

UNIVERSIDADE SÃO JUDAS TADEU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS DO ENVELHECIMENTO

FERNANDA REZENDE DA SILVA

**SUICÍDIO ENTRE OS IDOSOS: O FENÔMENO NA PERSPECTIVA DOS
ENLUTADOS**

São Paulo

2022

FERNANDA REZENDE DA SILVA

**SUICÍDIO ENTRE OS IDOSOS: O FENÔMENO NA
PERSPECTIVA DOS ENLUTADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu como requisito obrigatório para a obtenção de título de mestre em Ciências do Envelhecimento.

Orientador: Dr. Rodrigo Jorge Salles

Coorientadora: Dra. Débora Gozzo

São Paulo

2022

FICHA CATALOGRAFICA

**Ficha catalográfica elaborada pela
Biblioteca Universidade São Judas
Tadeu**

Bibliotecária: Tathiane Marques de Assis - CRB 8/8967

Silva, Fernanda Rezende.

Suicídio entre os idosos: o fenômeno na perspectiva dos enlutados.
169.

Orientador: Salles, Rodrigo Jorge.

Dissertação (mestrado) – Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, 2022.

1. Autópsia psicossocial. 2. Luto por suicídio. Morte. Autoextermínio. Velhice I. Orientador Rodrigo Jorge Salles. II. Universidade São Judas Tadeu, Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em 2022.

III. Suicídio entre os idosos: o fenômeno na perspectiva dos enlutados.

CDD 22 – 720.105

FOLHA DE APROVAÇÃO

Eu, Prof. Dr. Rodrigo Jorge Salles, orientador do trabalho realizado por **Fernanda Rezende da Silva**, declaro que a edição revisada desta dissertação cumpre os requisitos exigidos pelo Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ciências do envelhecimento.

Aprovada em

_____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Professor Dr. Rodrigo Jorge Salles – Orientador

Professora Dra. Dayse Miranda

Professora Dra. Bruna Gabriela Marques

DEDICATÓRIA

*A minha filha amada Lara Rezende
e a todos os idosos que morreram vítimas
de suicídio.*

AGRADECIMENTOS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) e a Universidade São Judas Tadeu (USJT), pelo apoio e oportunidade para a realização desse trabalho.

Aos meus familiares e amigos em especial minha filha/sobrinha Mariana Soares, minha mãe Rita de Cássia e ao meu pai de coração Milton Diniz, obrigada por acompanharem minhas angustias nesse processo do mestrado.

Ao meu orientador Prof. Dr. Rodrigo Jorge Salles, pelas orientações, ensinamento, paciência e acolhimento nessa trajetória tão desafiadora.

Aos professores do programa Ciências do Envelhecimento, por semear conhecimentos tão fundamentais e necessários em nossa formação.

Às professoras Dra. Dayse Miranda e Dra. Bruna Gabriela Marques, por aceitarem prontamente o convite para a composição da banca de avaliação, suas orientações e sugestões são de suma relevância na construção dessa trajetória.

A querida Marilya Batista por auxiliar na revisão desse trabalho, mesmo em processo de luto por seu querido pai, sempre auxiliava com atitudes de incentivo e positividade.

Aos colegas do mestrado Thiago, Leny, Zenaide, Eliane, Paula, Carmen, Rodrigo e Lucas, mesmo a distância foram inúmeros momentos de apoio nessa trajetória, obrigada a todos.

E por fim, aos familiares participantes da pesquisa, mesmo em seu processo de dor e pesar, compartilharam e ofertaram seu tempo na tentativa de auxiliar esse estudo e contribuir na prevenção do suicídio.

A morte não é nada

“Eu somente passei para o outro lado do caminho.

Eu sou eu, vocês são vocês. O que eu era para vocês, eu continuarei sendo.

Me dêem o nome que vocês sempre me deram, falem comigo como vocês sempre fizeram.

Vocês continuam vivendo no mundo das criaturas, eu estou vivendo no mundo do Criador.

Não utilizem um tom solene ou triste, continuem a rir daquilo que nos fazia rir juntos.

Rezem, sorriam, pensem em mim. Rezem por mim.

Que meu nome seja pronunciado como sempre foi, sem ênfase de nenhum tipo. Sem nenhum traço de sombra ou tristeza.

A vida significa tudo o que ela sempre significou, o fio não foi cortado. Porque eu estaria fora de seus pensamentos, agora que estou apenas fora de suas vistas?

Eu não estou longe, apenas estou do outro lado do Caminho...

Você que aí ficou, siga em frente, a vida continua, linda e bela como sempre foi.”

Santo Agostinho

Resumo

O evento da morte é uma condição de todo ser vivo, intransferível, universal e igualitário. Entretanto, a morte por suicídio é uma questão de saúde pública, sendo necessária uma amplitude de discussões de políticas de prevenção à população de forma efetiva, incluindo os impactos pós-suicídio, devido à violência e à devastação gerada nos familiares após a morte autoinfligida. O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial, não tendo uma única causa, mas sim, causalidades. Dentre os diferentes intervalos etários, os idosos são acometidos de forma significativa pela morte por suicídio, se comparado às demais etapas da vida. A presente pesquisa tem como objetivo principal analisar o suicídio na velhice a partir das percepções dos enlutados. Trata-se de um estudo de campo, transversal e de metodologia de base qualitativa, utilizando o delineamento de autópsia psicológica. Foram participantes do estudo nove familiares de idosos que morreram por suicídio no prazo retroativo máximo de três anos a partir da data da coleta de dados. Foram adotados os seguintes instrumentos na pesquisa: questionário de coleta de informações gerais do familiar; roteiro de entrevista semiestruturada de autópsia psicológica com informações sobre a morte do idoso; e um roteiro de entrevista com informações sobre o processo de luto do familiar. Os dados foram analisados a partir do procedimento de análise do conteúdo. Foi observado a letalidade do ato, a recorrência da escolha do método, bem como o local do falecimento ser entre as proximidades ou na própria casa do idoso. Além de traços da personalidade, aspectos de rigidez de pensamento, as vivências de perdas e lutos estão acentuadas entre essa população idosa, bem como os conflitos familiares e sociais dos quais esse público fazia parte. Dias ou meses antes há recorrências de comunicação para um membro da sociedade sobre ideação de morte autoprovocada. O luto dos familiares é expresso por sentimentos de culpa, angústia, impotência e solidão. O preconceito da sociedade intensificando o pesar da morte.

Palavras-chave: Autópsia psicossocial. Luto por suicídio. Morte. Autoextermínio. Velhice.

ABSTRACT

The event of death is a condition of every living being, non-transferable, universal and egalitarian. However, death by suicide is a public health issue, requiring a wide range of discussions of prevention policies to the population in an effective way, including post-suicide impacts, due to the violence and devastation generated in family members after self-inflicted death. Suicide is a complex, multifactorial phenomenon, not having only one cause, but causalities. Among the different age ranges, the elderly are significantly affected by death by suicide, compared to the other stages of life. The main objective of this research is to analyze suicide in old age from the perceptions of the bereaved. This is a field, cross-sectional study with a qualitative basis, using the psychological autopsy design. Study participants were nine family members of elderly people who died by suicide within a maximum retroactive period of three years from the date of data collection. The following instruments were adopted in the research: questionnaire to collect general information from the family member; semi-structured interview script for psychological autopsy with information about the death of the elderly person; and an interview guide with information about the family member's grieving process. Data were analyzed using the content analysis procedure. It was observed the lethality of the act, the recurrence of the choice of method, as well as the place of death being in the vicinity or in the elderly person's own home. In addition to personality traits, aspects of rigidity of thought, the experiences of loss and grief are accentuated among this elderly population, as well as the family and social conflicts of which this public was a part. Days or months earlier there are recurrences of communication to a member of society about self-inflicted death ideation. The grief of family members is expressed by feelings of guilt, anguish, impotence and loneliness. The prejudice of society intensifying the grief of death.

Keywords: Psychosocial autopsy. Grief for Individual. Death. Self-extermination. Old age.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Caracterização dos participantes enlutados.....	62
TABELA 2 – Caracterização dos idosos falecidos por suicídio.....	64
TABELA 3 – Unidades de significados mais recorrentes e o número de repetições nas entrevistas.....	72
TABELA 4 – Primeira categorização intermediária.....	74
TABELA 5 – Segunda categorização intermediária.....	75
TABELA 6 – Terceira categorização intermediária.....	75
TABELA 7 – Quarta categorização intermediária.....	76
TABELA 8 – Quinta categorização intermediária.....	76
TABELA 9 – Sexta categorização intermediária.....	77
TABELA 10 – Sétima categorização intermediária.....	77
TABELA 11 – Categorização final.....	78

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA DA PESQUISA.....	13
CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	17
1.1 O Processo da morte e do morrer.....	17
1.2 Fenômeno do suicídio.....	23
1.3 Suicídio nos idosos.....	33
1.4 O Processo do luto.....	40
1.5 Luto por suicídio.....	48
CAPÍTULO II – JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS DO ESTUDO.....	53
2.1 Justificativas.....	53
2.2 Objetivos.....	55
2.2.1 Objetivo geral.....	55
2.2.2	Objetivos
específicos.....	55
CAPÍTULO III – ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	56
3.1 Desenho do Estudo.....	56
3.2 Participantes.....	56
3.2.1 Critérios de inclusão.....	57
3.2.2 Critérios de exclusão	57
3.3 Instrumentos.....	57
3.4 Procedimentos.....	58
3.4.1 Procedimento para a coleta de dados.....	58
3.4.2 Procedimento de análise de dados.....	60
3.4.2.1 Pré análise dos dados.....	60
3.4.2.2 Exploração do material.....	61
CAPÍTULO VI – RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	62
4.1 Caracterização e apresentação dos participantes da pesquisa.....	62

4.1.1 Caracterização individual dos participantes e breve fragmentos da história do idoso.....	66
4.2 Análise de conteúdo das entrevistas.....	71
4.2.1 Apresentação dos resultados da análise do conteúdo.....	71
4.2.2 Discussão dos resultados da análise de conteúdo.....	79
4.2.2.1 Primeira categoria final: Biografia do idoso em sua dinâmica psicossocial.....	80
4.2.2.1.1. Primeira categoria intermediária ações e planejamentos anteriores ao ato suicida.....	80
4.2.2.1.2. Segunda categoria intermediária: adoecimento e/ou debilidades pregressos à morte.....	89
4.2.2.1.3. Terceira categoria intermediária: histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida.....	99
4.2.2.1.4. Quarta categoria intermediária: Aspectos da dinâmica emocional do idoso.....	106
4.2.2.2 Segunda categoria final: impacto na vida dos enlutados diante da morte por suicídio.....	112
4.2.2.2.1 Quinta categoria intermediária: Vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte violenta por suicídio.....	113
4.2.2.3 Terceira categoria final: o processo do luto dos familiares de idosos vítimas de suicídio.....	12
8	
4.2.2.3.1 Sexta categoria intermediária: Dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio.....	128
4.2.2.3.2 Sétima categoria intermediária Prevenção e posvenção. O manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio.....	137

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 144

REFERÊNCIAS..... 147

ANEXOS

Anexo I – Termo de Esclarecimento Livre e Esclarecido.....	154
--	-----

Anexo II - Folha de autorização do parecer do Comitê de Ética em pesquisa em seres Humanos.....	157
APÊNDICES.....	163
Apêndice I – Carta convite.....	163
Apêndice II – Instrumento (1) Questionário para Coleta informações gerais do familiar.....	164
Apêndice III – Instrumento (2): Roteiro de autópsia psicológica com informações sobre a morte do idoso.....	165
Apêndice IV – Instrumento (3) Roteiro de autópsia psicológica para coleta de informações sobre o processo de luto do familiar.....	167

APRESENTAÇÃO: TRAJETÓRIA DA PESQUISA

A presente pesquisa parte de minha inquietação ao estudar, durante a graduação de psicologia, o processo da morte e do morrer de pacientes em fase final de vida. Aos 10 anos de idade perdi minha avó, uma referência de cuidados maternos, desde então o processo de luto atravessa minha história de vida. E assim, ainda no último ano da formação, iniciei os estágios em um hospital particular na cidade de São Paulo, e foi nesse ambiente hospitalar, principalmente dentro das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), que realizei meu primeiro contato com pacientes em fase final de vida, pessoas fora de perspectiva de cura, bem como familiares vivenciando o luto. Minha inquietação com essa temática dizia da qualidade da morte, e os cuidados necessários ao amparo, dignidade e autonomia mesmo diante da terminalidade.

Após o final da graduação iniciei minha primeira especialização em Psicologia Hospitalar, no Hospital das Clínicas do Estado de São Paulo (HCFMUSP), com ênfase nos atendimentos de UTI e cuidados paliativos. Nesse grande hospital pude estudar e atuar com equipes multidisciplinares, que foram uma extrema contribuição para minha formação pessoal e profissional. A proposta, principalmente em cuidados paliativos, era ofertar e acompanhar os pacientes e seus familiares até o último instante da vida, disponibilizando cuidados totais, amparando os aspectos físico, social, psicológico e espiritual, ou seja, a dignidade até a morte, compreendendo que a pessoa em fase final de vida necessita ser acolhida e cuidada em sua totalidade, além do amparo aos familiares vivenciando o processo de perda. Entretanto, principalmente nos ambientes das UTIs, me deparei com outros pacientes também em sofrimento, mas de forma diferenciada: os que manifestavam o desejo de antecipação da morte, os ditos “suicidas”.

Foi a partir das experiências com essa população que presenciei, por inúmeras vezes, o preconceito e o despreparo no manejo emocional dos cuidados das equipes de saúde com esses pacientes. De forma recorrente, além do sofrimento psíquico, esses “suicidas” apresentavam sequelas físicas decorrentes das ações, as quais eram acompanhadas por constrangimento, às vezes arrependimento e sentimento de culpa após a tentativa de autoextermínio.

Em paralelo, familiares angustiados e preocupados, com inquietações a respeito das justificativas que levaram ao ato de tentativa de seus entes queridos. Constrangimento, decepção e medo de futuras tentativas eram comuns nas falas desses familiares após a tentativa de suicídio.

Ao término da primeira especialização, inicio minha jornada de 12 anos em psicologia hospitalar e, concomitantemente, minha atuação em consultório particular, no qual a demanda mais intensa está entre atendimentos aos enlutados de diversas *causa mortis*, além de um público significativo de pessoas que tentaram o suicídio e sobreviveram ao ato, bem como indivíduos com ideação e planejamento suicida. Em paralelo, realizo supervisões a outros psicólogos, palestras e aulas em cursos de graduação de Psicologia, em disciplinas voltadas a essa temática. Ao longo dessa formação e atuação, também realizo capacitação a profissionais da saúde e educação na tentativa de realizar o trabalho de prevenção e posvenção do fenômeno do suicídio. Estendo essa capacitação para intervenções psicoeducativas em instituições da sociedade civil como escolas, empresas, principalmente em eventos conhecidos como SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho) e/ou em campanhas do “Setembro Amarelo”, ou ainda na conscientização da problemática do suicídio em espaços religiosos e de convivência comunitária.

O ingresso no programa de mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas-SP, se deu após a constatação da escassez de estudos no assunto do suicídio entre os idosos. Minha vasta experiência nos atendimentos aos idosos era, em sua totalidade, nos cuidados ao final de vida, decorrentes de uma doença que culminava na morte. Em contrapartida minha experiência é nula nos cuidados de idosos vítimas de tentativa de suicídio, talvez devido ao silêncio em torno do fenômeno entre os idosos e, assim, surge o escopo dessa pesquisa, compreender a trajetória de vida, a biografia do idoso vítima de suicídio.

Ao longo dos estudos foram analisados relatos de muita emoção com detalhamento do percurso que antecedeu o ato final que culminou na antecipação do fim desses idosos. Fragmentos de histórias de vida compartilhados pelos enlutados, biografias de pessoas idosas que, ao longo da

existência, apresentaram momentos de desamparo e sofrimento. Na coleta de dados houve falas de muito sofrimento, alguns sobreviventes, pela primeira vez, contavam de seu ente querido de uma maneira tão intensa, narrando os fatos, inclusive de forma cronológica, com riquíssimos detalhes. Lembro de uma manhã de domingo, no qual estava escrevendo a pesquisa, relendo e organizando os resultados, e precisei em certo momento suspender a escrita para dar espaço para a emoção. Ali, naquele instante, com todo o material coletado para o estudo, me deparei com o pensamento de como teria sido o último instante de todos os idosos que estava “utilizando na pesquisa”. Nesse momento sinto as lágrimas no meu rosto, uma sensação de muita angústia. Precisei de alguns minutos em silêncio, pois necessitava ritualizar esse processo de luto e perdas de todos os indivíduos que ali estavam em minha pesquisa. Idosos que, em seu último instante, estavam sozinhos em seu desespero.

E assim, ao final desse estudo, me deparei com minha construção de uma escuta mais humanizada e sensível à problematização do sofrimento dessa população idosa tão sem voz perante a sociedade. São pedidos de ajuda, gritos de desespero e desesperança, porém, muitas vezes silenciados por uma sociedade despreparada e pouco sensibilizada ao desamparo humano, principalmente entre os idosos. Observei familiares impotentes e desorganizados após a morte, vivenciando seus lutos de forma solitária, carregados, algumas vezes, por dúvidas e culpa nas possibilidades de evitação do ato que não foram realizadas. Compartilho, de certa forma, a sensação de impotência como profissional em uma temática tão desafiadora, mas ao menos atravesso esse estudo com a certeza das inúmeras possibilidades de ações para a promoção de qualidade e dignidade na vida dos idosos.

A presente pesquisa segue o desenho estruturado no capítulo um em introdução no item 1.1 o processo da morte e do morrer com uma visão histórica e social na construção do processo final de vida e seus significados. Seguido ao item 1.2 o fenômeno do suicídio com a apresentação dos conceitos e a compreensão do ato em aspectos multi-determinantes. Na sequência o item 1.3 o suicídio nos idosos explorando o comportamento e suas singularidades entre os fatores de risco nessa faixa etária. Após no item 1.4 o processo do luto é

mostrado as nuances do pesar e do sofrimento de pessoas que perderam seus entes queridos e os mecanismos emocionais expressados diante das perdas. Já no item 1.5 foram apresentadas as particularidades existentes no processo de luto por suicídio e os aspectos sociais manifestados na tratativa aos familiares.

Após a exposição teórica, no capítulo dois são apresentadas a justificativa e os objetivos desse estudo. Já no capítulo três foi apresentada a descrição metodológica sobre a execução da pesquisa, os instrumentos, procedimentos e a análise dos dados coletados. No capítulo quatro os dados analisados foram enunciados e discutidos, divididos em categorias finais, intermediárias a partir de instituições de unidades de significados. Por fim, no capítulo cinco foram desenvolvidas as considerações finais da pesquisa, apresentando os resultados e indicando as contribuições do estudo.

CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

1.1 O processo da morte e do morrer

A questão da morte está atrelada à constituição do sujeito ao longo da humanidade. O fenômeno é uma condição de todo ser vivo, intransferível, universal e igualitário. Porém, como falar, escrever, pensar sobre a morte? A ideia que os seres humanos têm da morte, e a relação que mantêm com ela, não é estática nem linear. Toda essa manifestação sempre esteve inserida dentro de um contexto sociocultural. Entretanto, perguntas sobre a natureza da morte, e todo seu desdobramento em relação ao fim, alternam ao longo do desenvolvimento histórico humano, acompanhando as mudanças sociais (Elias, 2001; Cassorla, 2007; Ariès, 2012).

Para compreender os aspectos históricos, econômicos e sociais da morte, o antropólogo Ariès (2012) traça, em linhas gerais, a história da morte no Ocidente, apresentando as mudanças, ao longo do tempo, da relação que o homem mantém com o conceito de morte, a devoção aos mortos, suas ritualísticas no momento da morte e posteriores a ela, as transformações dos locais e formas de sepultamento e/ou cremação, conhecidos como necrópoles, bem como a arte como expressão da finitude e assim, as simbologias, variando de cultura para cultura. A via sagrada entre os vivos e os mortos, a veneração e os cultos das sepulturas no Campo Santo, podendo ser nas igrejas ou cemitérios, os ritos têm como finalidade, em sua maioria, impedir que os mortos adentrem o mundo dos vivos (Ariès, 2014).

A vida na sociedade medieval e pré-industrial era mais curta, mais perigosa, menos controlável e, logo, também mais violenta e escassa de recursos para a sobrevivência, sendo permeada pela fome e pobreza, desorganização higiênica, bem como normativas sociais desiguais e punitivas (Ariès, 2012; Elias 2001). Porém, a morte era vivenciada de forma individual, no sentido de o moribundo estar no centro do evento funeral, e, ao mesmo tempo de forma mais coletiva, pública e organizada. Contando, inclusive com a presença de crianças, a observação do evento era costumeiramente acompanhada por membros da comunidade, a morte acontecia em público, em

espaços abertos ou no quarto, a morte sempre ocupava o centro do grande evento do fim dos tempos. Esse processo foi denominado como morte domada, de certa forma sua trajetória final era conhecida e esperada. (Ariès, 2012).

As cerimônias fúnebres eram consideradas eventos sociais, regados a festejos com alimentos característicos daquela comunidade. A morte era advertida para a sociedade, ou acontecia de forma violenta e terrível ou subitamente com as pandemias, de certa forma, não se morria sem tempo para saber de sua finitude. A morte era vivida por rituais benevolentes e costumeiros (Ariès, 2014).

Após longos anos a sociedade em transformações de suas práticas, costumes e valores modifica de forma gradativa sua relação com a morte. Culturalmente, as sociedades pré-industriais, diante da imprevisibilidade da finitude, buscavam apoio nas religiões e no misticismo para lidar com seus medos e incertezas acerca da vida e da morte. A Igreja Católica, com a ressurreição de Cristo, coloca a morte como salvação e possibilidade da vida eterna além-túmulo, bem como separando as ações humanas entre sagradas e profanas. (Elias 2001; Ariès 2014). A partir desse momento histórico há a concepção da morte em si mesma, ou seja, o ser humano passa a se preocupar com o “além morte”. Surgem preocupações com a continuidade da existência e assim, o medo do julgamento da alma e seu destino na concepção católica da época o céu, o inferno e o purgatório. Esse destino estaria atrelado os bens feitorias do moribundo ou suas avarezas (Ariès, 2014).

Segundo Ariès (2014), no instante da morte acontecia o grande julgamento final entre a vida eterna seus bons frutos ou a condenação ao sofrimento perpétuo. O momento da morte era também vivenciado como o grande e último julgamento entre as forças do Bem e o Mal, com o ser julgado sendo levado pelos anjos ao Céu, ou pelos demônios a o inferno, cenas essas tão bem retratadas na arte conhecida como *artes Moriendi*, movimento esse expressado pela arte os momentos finais de vida, no qual a salvação do homem podendo ser conquistada até o último sopro com o arrependimento de seus pecados (Elias, 2001; Ariès, 2014; Santos, 2007).

Com isso passa a existir a busca pelo amparo e enfrentamento das ameaças a partir do uso de amuletos, sacrifícios, oferendas, rezas, dentre outros rituais, na tentativa de apaziguar seu terror e angústias frente ao aniquilamento (Elias, 2001). As homenagens aos mortos colocavam o local dos cemitérios como extensão da própria moradia do defunto, lugares esses de celebrar as memórias do falecido, sendo considerados os dormitórios dos mortos (Ariès, 2012). Entretanto, apenas as pessoas batizadas e iniciadas na Igreja Católica eram dignas de serem enterradas com as cerimônias fúnebres, os considerados pagãos não tinham o direito de serem sacralizados, pois esses cadáveres poderiam contaminar os espaços santificados (Ariès, 2014).

Porém, em meados dos séculos XVII e XVIII a vida do cadáver, a vida que há na morte, passa a ser um questionamento crescente entre a população. Nesse contexto o morto é detentor do conhecimento entre a vida e morte, no qual há uma linha tênue separando o Natural e o sobrenatural. Com isso, outro amedrontamento é frequente entre as pessoas, o medo de ser sepultado vivo. (Ariès, 2012). Os sepultamentos poderiam durar mais de 24 horas, para garantir de fato o falecimento. Em contra partida, existia a superstição da vida após a morte, e assim a alma poderia estar atrelada ao corpo, sendo viável mesmo após a morte, a pessoa sentir e o ouvir, assim vivendo entre dois mundos dos vivos e dos mortos. (Elias, 2001; Kovács, 2007; Ariès, 2012)

A partir do Século XIX a morte é vista como romântica sendo considerada sublime, poética, favorecendo o reencontro com os entes queridos já falecidos. A morte seria o passaporte para a vida idealizada, a fuga para o além e uma possibilidade de existência futura diferente da vida até então (Kovács, 2007). Nesse período surge o espiritismo e a possibilidade da comunicação entre os vivos e os mortos. Porém da mesma forma, surge a crença dos espíritos maldosos influenciarem os vivos, sendo assim, necessário rituais para a doutrinação e encaminhamentos dessas almas para a continuidade e evolução na vida espiritual (Kovács, 2007; Santos, 2007).

Em meados do Século XX, surge a denominação da morte invertida, na qual apresentam-se a incapacidade e as limitações de uma sociedade fragilizada, pois diante a morte do outro anuncia-se a morte e a finitude de si

mesmo. A morte torna-se um dos problemas biossociais da vida humana na contemporaneidade. A finitude passa a ser considerada como algo horrível, sendo a decomposição o fracasso do homem moderno (Kovács, 2007; Santos, 2007). Para a continuidade de suas vontades validava-se a importância dos testamentos, a garantia de suas heranças e o perpetuar de sua individualidade, a paixão ávida pela vida e os apegos às pessoas e seus acúmulos (Elias, 2001; Ariès, 2012).

Assim, o morrer passa a ser institucionalizado em hospitais, com os recursos tecnológicos e médicos sua extrema busca pela sobrevivência, com medidas invasivas, assim a morte higienizada, ocultada e principalmente sem dor, a morte passa a ser um acontecimento a ser vencido, visto como uma fatalidade e não um evento natural à condição dos seres vivos, buscando-se o longo, dolorido e angustiante prolongamento da vida (Kovács, 2007). De acordo com Ariès (2014), iniciam-se as técnicas para a anulação da putrefação dos cadáveres, bem como a terceirização dos serviços fúnebres, na tentativa de camuflar os aspectos de um corpo morto, bem como na tentativa de minimizar o desconforto que a morte exerce nos vivos, esvaziando os sentimentos, tradições e significados dos enlutados (Elias, 2001).

Na sociedade atual, observa-se uma visão de vida e morte como dicotômicas e não como condições naturais a toda espécie humana, sendo o nascimento oposto à morte. Isso quer dizer, a configuração que pauta as questões atuais da morte e do processo de morrer, ou seja, o final da vida de uma pessoa, estão vinculadas à maneira de viver de cada sujeito. Essa ambiguidade do evento morte reflete-se inclusive, na forma linguística de se referir a ela, usando-se termos como: falecimento, descanso, sono profundo, óbito, finitude, dentre outros. Não há ao certo uma única expressão universal para a morte (Becker, 1991).

A sociedade contemporânea inicia a transitoriedade dos locais de sepultamento, a migração dos ossuários e valas coletivos, dos interiores e os arredores da igreja, bem como as sepulturas individuais, para espaços em meio à natureza como parques e jardins, um lugar silencioso de contemplação, longe dos ruídos e agitos das vidas cotidianas, como também para os cemitérios

verticais, considerando a necessidade de reorganização urbana na escassez de espaços geográficos. Cabe ressaltar que tais tratativas não eram consideradas para as pessoas pobres, aqui há diferenciações econômicas que atravessam a vida e a morte (Elias, 2001; Ariès, 2012; Ariès, 2014).

Em sua maioria, as sociedades mais desenvolvidas têm a tendência de buscar a diminuição de ameaças à sua população, os riscos são mais previsíveis e ações preventivas são realizadas frequentemente, aumentando desta forma, a longevidade e qualidade de vida da população (Elias, 2001). Em contraponto, nas sociedades menos desenvolvidas a expectativa de vida é curta e as incertezas são maiores, a perspectiva de vida e a qualidade dela é mais desigual socioeconomicamente e a escassez de subsídios básicos para a sobrevivência faz a expectativa de vida ser menores nessa população periférica (Elias, 2001).

Cabe ressaltar que no que diz respeito à morte, há aspectos econômicos importantes que atravessam as sociedades, os mortos ricos têm cerimônias com recursos sofisticados, sendo enterrados em túmulos individuais e ou familiares com identificações visíveis de sua personalidade, ou até mesmo nas igrejas locais sagrados e privilegiados. Enquanto os pobres são enterrados em lugares comuns, muitas vezes com diversos corpos sem qualquer familiaridade entre si (Ariès, 2014). A morte também passa a ter sua expressão na arte, as esculturas fúnebres, incluindo imagens como anjos, cruzes, representações de mulheres em sofrimento, crianças ou bustos da pessoa falecida, eram encomendadas por famílias de poder aquisitivo alto, bem como as fotografias *post-mortem* tiradas com o corpo em aspecto da pessoa viva, muitas vezes retratados na presença de familiares, marcam manifestações que atravessam a relação do homem com a morte (Ariès, 2014).

Objetivamente o homem sabe de sua mortalidade, entretanto, subjetivamente, ele a nega. A mente humana é capaz de captar sensações e emoções e transforma-la em vivências, mas é incapaz de representar e pensar o não vivido (Cassorla, 2007). A humanidade busca uma forma de compreender e talvez controlar as inquietações frente ao aniquilamento da existência individual (Goldberg, 2019; Kovács, 2007; Santos 2007). Os seres que experienciam a morte, não podem falar sobre ela. Assim, a transformação da

humanidade na percepção diante da morte e lenta e gradual. Em Ariès (2014), mesmo com o progresso científico, certas comunidades admitem a expectativa de uma vida após a morte, assim, percebe-se uma parcela significativa das pessoas, na maior parte do tempo, vive como se fosse imortal; poucos são os que percebem, de uma maneira clara e objetiva, sua finitude (Ariès, 2012; Cassorla, 2017).

Segundo Santos (2007), por si só, a morte já seria relevante para uma reflexão nos aspectos filosóficos, social, religioso, psíquico, pedagógico e antropológico. Entretanto, não podemos estar conscientes o tempo todo de nossa morte e do terror que esse pensamento causa, pois, dessa forma, seríamos incapazes de agir normalmente (Becker 1991; Kovács 2002). Sobretudo, segundo Parkes (1998), é somente com a morte do outro que temos a vivência da morte em si, sendo essa a única possibilidade de experiência com a morte e não com o morrer. O morrer é para quem está vivo e a morte para quem fica, ou seja, os enlutados. Para Ariès (2014), os mortos sempre estarão presentes na memória dos vivos, em diversos momentos ao longo da história da humanidade, sendo assim, a morte em si não seria um problema, mas sim a consciência dela (Elias, 2001; Goldberg, 2019).

Atualmente a sociedade, segundo Bauman (2004), vivencia valores sociais imediatistas e descartáveis dentre os aspectos existenciais. Percebe-se assim o evento da morte, da doença e do sofrimento humano como questões dissociadas da vida. O evento da morte passa a ser o contraponto da vida e não parte de um ciclo vital, os avanços da ciência na saúde facilitam e promovem o bem viver e algumas vezes complicam o morrer (Pessini, 2007; Kovács, 2007; Santos 2007). A cultura urbanizada, a busca da felicidade, do consumo e da produtividade não promove espaço para a vivência do pesar. A sociedade atual silencia, oculta a morte dos olhos dos vivos, impera a solidão dos moribundos (Elias, 2001; Ariès, 2012; Santos 2007).

Para Goldberg (2019), os ritos de passagem também são configurados diante das alterações sociais, como exemplo temos as redes sociais. Locais virtuais de manifestações do pesar, o que o autor denomina como tanatografias digitais, ou seja, a representação dos cemitérios e túmulos virtuais, as postagens

publicadas no perfil da pessoa falecida, dentre outras ações. O que antes era feito por meio das lápides, obituários ou jornais hoje acontece via internet, passando a ser o espaço para a publicação de fotos, vídeos e áudios sobre o morto. O que antes se escrevia sobre o morto, na atualidade se escreve para o morto.

Os vivos se deparam com o perfil da pessoa falecida, e assim há também o questionamento do legado digital do falecido, inquietações sobre excluir ou manter a conta social de quem morreu passa a ser um dilema do enlutado na atualidade (Goldberg, 2019). O imperativo de como se prosseguir com a identidade virtual do morto, e talvez a angústia de apagá-lo da memória cibernética, ronda o pensamento do enlutado na atualidade. Ademais, mesmo com o conhecimento biológico, médico e tecnológico e a mudança de comportamento da sociedade em seu processo de desenvolvimento e aprendizado, elevando consideravelmente a expectativa de vida de pessoas, com a prevenção e cura das doenças, a morte ainda é o fato que indica a impotência humana, registrando a falta de controle e os limites da natureza humana (Elias, 2001).

1.2 O fenômeno do suicídio

O autoextermínio é um ato exercido pela pessoa que tem a intenção real e objetiva de colocar fim à sua própria vida, ou seja, provocar a morte de forma voluntária e intencional ou, ao menos, uma forte expectativa do falecimento, utilizando-se de métodos que acredita serem letais para seu auto aniquilamento (Dias, 1991; Corrêa, 2009; Bertolote, 2012; Botega, 2015). O suicídio é o ápice de um processo de longo e intenso sofrimento no qual, inicialmente, podemos encontrar uma ideação suicida, pensamentos vagos de morte, questionamentos de uma possibilidade de morte – os ‘e se’: “se eu morresse, como ficaria minha família, meu trabalho, minha vida sem mim?” –Aos poucos os pensamentos ganham consistência e persistência, seguindo para um trajeto de plano suicida, passando ao planejamento da execução com a escolha do método, local e, algumas vezes, recursos de comunicação da morte como bilhetes, cartas,

áudios, *posts* nas redes sociais, dentre outros. E, por fim, o ato em si: a tentativa de suicídio, culminando, ou não, na fatalidade. Não necessariamente este processo acontece de forma linear e cronológica, em alguns casos o ato suicida diz de uma impulsividade (Bertolote, 2012; Rezende, 2019).

Em uma revisão proposto por Minois (2018) a respeito das compreensões do autoextermínio nos diferentes campos da filosofia e da arte, o suicídio é considerado uma das maiores tragédias humanas, segundo Sêneca (4 a.C. – 65 d.C.). Para Albert Camus (1913-1960), segundo Minois (2018) só existe um problema filosófico fundamental: o suicídio, pautado na indagação se a vida vale a pena ser vivida. O suicídio é especificamente humano, nenhum outro animal é capaz de impor a morte voluntária. Minois (2018) retoma Hamlet de Shakespeare e o questionamento “Ser ou não ser? Eis a questão” (Minois, 2018). A humanidade existe, pois os seres humanos encontram motivos para permanecerem vivos, entretanto, alguns abreviam sua vida por não encontrarem sentido e esperança e já não há forças para suportar a existência, avaliando que suas vidas não valem mais a pena, quando o mundo se torna um fardo, o suicídio vem como a possibilidade de acabar com o sofrimento (Cassorla, 2007; Minois 2018). O autoextermínio é a representação de um sofrimento intolerável e insuportável para o indivíduo, porém também é sinônimo de uma dor para os que ficam, juntamente com diversos sentimentos avassaladores pelos motivos da morte, bem como a impotência e a culpa tão recorrentes nessas vivências (Bertolote, 2012).

Cada indivíduo tem suas razões para tal ato, entretanto é importante compreende-las na tentativa de implementar políticas de saúde pública para a prevenção da autoviolência. Sendo assim, cabe a discussão do fenômeno em sua compreensão nos aspectos físico, moral, social e como adoecimento mental (Minois, 2018). Segundo Minois (2018), o vocábulo “suicídio” é derivado do latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), isso quer dizer, morte provocada a si mesmo, o matar a si mesmo, ser homicida de si mesmo, ser assassino de si mesmo. Ao longo da história muitos homens e mulheres escolheram a morte, porém o suicídio nunca foi visto pela sociedade como um fenômeno natural (Corrêa, 2009). Em alguns casos o autoextermínio é visto como heroísmo,

porém, em sua grande maioria, é considerado uma ofensa à vida e à criação divina, e um insulto aos vivos. Há ainda os suicídios que servem como manifestação e acusação política e, em outros casos, considerados como insanidade cometida por pessoas tidas por loucas ou ainda, vistos como possessões demoníacas com influências maléficas e de feitiços (Cassorla, 2007; Corrêa, 2009; Minois 2018).

Outro ponto considerado no comportamento autodestrutivo diz de uma morte como punição ou vingança contra quem, na concepção da pessoa suicida, causa-lhe dor e sofrimento por situações como: traição, rompimento de relacionamentos, maus-tratos, violência, entre outros. Com isso, a pessoa em agonia cria fantasias de ter a possibilidade de ver o sofrimento das pessoas diante de sua morte (Corrêa & Barrero 2006). Nessas situações a destrutividade vem de duas maneiras: parte da agressividade volta a si, com a morte violenta, e parte da raiva é direcionada ao sobrevivente, pois, na concepção do suicida, esse outro é o causador de seu sofrimento (Dias, 1991; Cassorla, 2007)

No que diz respeito ao aspecto histórico são diversas as manifestações sociais de condenação em volta do fenômeno, dentre elas os corpos dos suicidas eram escondidos por seus familiares para minimizar a retaliação da comunidade ou, quando não, a própria sociedade expunha o corpo de forma a penalizar a memória do falecido, na tentativa de informar a sociedade sobre o crime realizado (Cassorla, 2007). Os cadáveres eram arrastados e mutilados, ou ainda, eram “enforcados” ou amarrados pelos pés em praças públicas. Em alguns casos o corpo era amarrado e arrastado por cavalos até uma forca. Ainda há casos em que a mão era cortada e enterrada separadamente, estacas eram transfixadas no peito do cadáver e uma pedra posta em seu rosto. Alguns corpos colocados em barris e lançados ao mar, pois dependendo da cultura havia também fantasias do retorno do morto à comunidade, e os suicidas precisavam ficar afastados das comunidades em que viviam (Corrêa & Barrero 2006).

Os corpos de suicidas eram enterrados em estradas ou encruzilhadas, nunca nos cemitérios da comunidade. Com essas atitudes, acreditava-se que se instauravam ações na combinação de castigo, dissuasão e exorcismo dos comportamentos suicidas na comunidade (Botega, 2015). Costumeiramente, os

cadáveres eram condenados por seus atos, sendo determinado judicialmente o confisco de seus bens. Não raro a sentença recaía sobre os herdeiros condenados a pagar ao Estado quantias significativas na tentativa de conter e prevenir os comportamentos de outros membros da comunidade, bem como comprometer a honra da família sobrevivente perante a sociedade (Cassorla, 2007; Bertolote, 2012; Minois, 2018).

No aspecto religioso os suicidas eram banidos dos sepultamentos nos cemitérios, era permitido apenas fora do campo santo ou nas margens dos muros (Minois 2018). No Cristianismo há a crença de que é pela morte que se há de alcançar a glória da vida eterna, pois a vida terrena se faz detestável. Entretanto, é preciso suportar o sofrimento ainda que o fim seja desejável, não é aceitável buscá-lo e, quando assim acontece, há a punição na quebra da Lei Cristã, pois o corpo seria morada da alma. Em 314 d.C, no Concílio de Arles, Constantino condena a morte por suicídio e pune os familiares confiscando os bens da família (Minois 2018). Porém, Minois (2018) menciona que foi com Santo Agostinho (354-430 d.C.), em *A cidade de Deus*, que a Igreja Católica se posiciona oficialmente:

“Nós dizemos, declaramos e confirmamos que ninguém tem o direito de se entregar à morte de maneira espontânea com o pretexto de escapar dos tormentos passageiros, sob pena de mergulhar nos tormentos eternos; ninguém tem o direito de se matar pelo pecado de outrem, isso seria cometer um pecado mais grave, pois a falta de um outro não seria aliviada; ninguém tem o direito de se matar por faltas passadas, pois são, sobretudo, os que pecaram que têm mais necessidade da vida para nela fazerem sua penitência e curar-se; ninguém tem o direito de se matar na esperança de uma vida melhor imaginada depois da morte, pois os que se revelam culpados da própria morte não terão acesso a essa vida melhor”. (Minois, 2018 op cit. p. 47)

Dito isto, o suicídio se torna um crime injusto contra Deus, o Dono soberano da vida, a Natureza humana de viver, e também contra a sociedade, pois todos os humanos vivem em comunidade. Os suicidas não recebiam honras como missas, cânticos e salmos. Os corpos não seriam acompanhados pelo sacerdote à sepultura (Botega, 2015). O autoextermínio seria um crime ou ainda um ato de loucura, sendo um aspecto recorrente na interpretação leviana da sociedade como um comportamento “exagerado” de um desequilibrado. Contudo, nessa ótica seria inadmissível uma pessoa de mente saudável

considerar o suicídio como escapatória de seu sofrimento, seria um comportamento de extrema frieza ou um ato insano (Minois, 2018).

Em outras religiões, como no Judaísmo, a Lei judaica condena o ato, os suicidas não são enterrados em locais com os outros judeus que tiveram outra *causa mortis*. No Hinduísmo há uma dualidade, ora condenando, equiparando o ato a um homicídio, ora compreendendo, quando aceita os longos jejuns ou até mesmo o *sati*, autoimolação pelo fogo das viúvas que se jogavam na pira dos maridos mortos. No Islamismo o suicídio é condenado de forma incisiva, a destruição de algo que foi criado por Alá é considerado um dos pecados mais graves que podem ser cometidos. Já para o Budismo não há condenação, mas, ainda assim se considera uma ação negativa, não condizendo com a via da iluminação pregada pela filosofia (Bertolote, 2012).

Em meados do século XIX o suicídio passa, gradativamente, de pecado para uma condição médica psiquiátrica. O ato é praticado por uma pessoa insana, no século XXI o comportamento suicida é incluído no Manual Estatístico de Transtornos Mentais (2019) (DSM-5 - *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) restringindo o ato a um adoecimento mental de cunho psiquiátrico, sendo os quadros de depressão, seguidos dos transtornos de humor bipolar, os mais frequentes em se tratando da autolesão. Atualmente, observamos a punição infligida aos pacientes pelas equipes hospitalares após o recebimento de ocorrências de tentativas de suicídio, como a demora nos atendimentos e/ou o julgamento das ações. Observa-se a dificuldade de compreender como alguns pacientes buscam a morte, quando o hospital é um lugar de lutar pela vida, a equipe de saúde está preocupada a realizar atos heroicos, o paciente que não quer ser salvo representa incapacidade e fragilidade dos profissionais (Parkes, 1998; Cassorla, 2007; Kovács, 2007).

Para os autores Junior e Pereira (2018), outro aspecto contemporâneo a ser observado diz da banalização da sociedade ao falar o assunto da morte por suicídio, o que os autores chamam de morte-espetáculo, ou seja, banalizada, um evento consumível e não informativo e preventivo. O falecimento como produto para chocar e/ou ganhar audiência, ou ainda, seguidores, quando falamos das redes sociais, muitas vezes republicando imagens detalhadas da morte,

exaltando ainda os métodos utilizados ou produzindo reportagens que minimizam e rotulam o suicídio como um fenômeno superficial. Além da invasão de privacidade e julgamento em relação ao ato, expondo e criticando a memória do falecido, atingindo os familiares, criando particularidades das configurações do luto no ambiente virtual (Cassorla, 2017; Junior & Pereira, 2018).

Atualmente, o fenômeno do suicídio vai ganhando outras compreensões e assim, segundo a Organização Mundial da Saúde OMS em sua primeira publicação do assunto (2006), no mundo, a cada 44 segundos há uma morte por suicídio. No Brasil, a cada 40 minutos uma pessoa morre por suicídio. A morte autoinfligida é uma questão de saúde pública, sendo necessário ser discutida, propondo, assim, políticas de prevenção à população de forma efetiva. Para a OMS (2006), o suicídio é um evento que afeta toda a sociedade em diversas fases do desenvolvimento, indiferente do gênero e classe social.

O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial, jamais deve ser reduzido a uma única causa. Porém, para Corrêa (2009), há uma tentativa da humanidade de compreender o autoexterminio por diferentes vertentes, entre elas: social, psicológica, psiquiátrica (causada por transtornos de humor e personalidade), cultural, política e econômica, com o intuito de elucidar por que a pessoa se mata, em quais condições, quais as possíveis substâncias químicas que estão alteradas no organismo, e quais características e circunstâncias culturais são suscetíveis (Dias, 1991; Corrêa, 2009).

Para os autores Dias (1991) e Bertolote (2012), no âmbito psíquico temos, sob o olhar da psicanálise de Sigmund Freud (1856-1939), a compreensão da pulsão/impulso de morte predominando na dinâmica do sujeito, uma defesa contra o próprio Eu em sofrimento, um ser melancólico e deprimido, sendo o suicídio uma autopunição, entretanto sua agressividade é direcionada a outra pessoa, com o aspecto de homicídio de um outro que lhe causa sofrimento (Dias, 1991; Bertolote, 2012). Diante de uma ameaça de desintegração emocional, o suicídio passa a ser uma tentativa de preservação do Eu, às vezes considerada como fuga do sofrimento, porém, por outro prisma, há também a busca para sobreviver a essa desorganização emocional (Cassorla, 2017). Para Dias (1991), no olhar psicanalítico, o suicídio seria um ato primitivo do inconsciente,

uma defesa psicótica contra o aniquilamento, seria um “ato fora de si”, a dissociação da realidade, ausência de um juízo crítico, culminando assim a autolesão.

Segundo Dias (1991), observam-se algumas causalidades ou fatores de desencadeamento do ato, tais como: falecimento de pessoas significativas, separação, reprovação em atividades, desemprego, expectativas de carreiras que não foram alcançadas, doenças crônicas e degenerativas, miséria, amores impossíveis, medo de punição, fuga de condições de escravidão, honra, mágoa, recusa da humilhação (dentre elas o estupro), solidão, idade avançada violência física, sexual e/ou emocional, seja qual for a causa do sofrimento, para o suicida se torna insuportável a continuidade da existência, a morte seria o nada, o inimaginável, a ideia do fim como um sono profundo (Minois, 2018). Porém, algumas doenças psíquicas são frequentes nessa população, como: depressão, borderline, bipolaridade, esquizofrenia e uso de álcool abusivo (Dias, 1991; Minois, 2018).

Há perspectivas em suicidologia que apontam o suicídio como uma ambiguidade de sentimentos de amor e ódio a objetos externos a si, considerando-se, em alguns casos, o suicídio como um homicídio, uma vingança, pois a agressividade que seria direcionada ao externo volta-se para si, o desejo de matar implicaria no desejo de morrer. Quem morre quando um suicídio acontece? (Minois, 2018; Corrêa, 2009; Fukumitsu, 2018). Essa ambiguidade entre o viver e o morrer, dependerá não somente do indivíduo em sofrimento, mas também da força do ambiente em intensificar ou preservar os impulsos autolesivos, pois quanto maior a intenção de morte, mais letal poderá ser o método utilizado (Cassorla, 2017).

Nas mortes por suicídio são recorrentes bilhetes, cartas, frases no corpo, vídeos, áudios e, atualmente, posts nas redes sociais. Um gesto que diz de comunicações de adeus, dentre elas: possíveis justificativas pelo ato, pedidos de desculpas aos familiares e amigos, preces religiosas – denotando preocupações em relação ao pós-morte – direcionamentos dos seus bens, desejos fúnebres, principalmente com seu corpo, ou ainda, apontamentos como “culpados” por sua atitude de findar-se. Há a fantasia do suicida em “ver e

presenciar” as reações, emoções e sentimentos dos “vivos”, chamada autoscopia, assim avaliando o impacto que sua morte causou na vida dos sobreviventes (Dias, 1991; Corrêa & Barrero 2006; Cassorla, 2017). Entretanto, esses materiais são, em sua maioria, testamentos do sofrimento da pessoa falecida, em alguns casos os familiares guardam esses recursos de comunicação como verdadeiras relíquias do ente querido (Junior *et al*, 2018).

Para autores Dias (1991) e Corrêa (2009), Shneiman, psicólogo Americano, considerado o “pai” da Suicilogia do Século XXI, há alguns aspectos que levam ao suicídio, entre eles: luta: sendo agressões, revanche, raiva, desejos de assassinato. Fuga: resgate, escape, reunião a pessoas falecidas, renascimento, sonho de um lugar melhor, desejo de morte, alcançar realizações após a morte. Medo: desesperança, desolação, solidão, pânico. Herança: história familiar, doenças mentais na família, história de abusos, genética (Dias 1991; Corrêa 2009). Porém, o sofrimento que pode levar ao autoextermínio seria uma crise, um colapso de diversos fatores, o esgotamento da vida, o excesso de sofrimento físico, moral e emocional, o esvaziamento da alegria e esperança, a desconexão com o mundo, os temores recorrentes de pensamentos melancólicos, possíveis nuances da vida do sujeito em desespero, e assim sendo, o ato suicida necessita ser estudado por inúmeras esferas do conhecimento (Dias, 1991; Cassorla, 2007; Minois, 2018). Entretanto, fica a questão: por que em determinada época da vida, alguns indivíduos escolhem findar com sua existência? (Minois, 2018).

Para Faria (2007), quando falamos de sofrimento humano, necessitamos ampliar a simbolização da experiência de cada sujeito, a sua história de vida, bem como o suporte social existente quando estamos abordando a morte por suicídio, o que por si só, já remete a uma crise e ruptura de dinâmicas preexistentes. Segundo Cassorla (2007), a ideação da morte através do ato de autoextermínio, não necessariamente é a busca do aniquilamento, mas sim o findar do sofrimento insuportável. As vivências reais e imaginárias são desorganizadoras, levando a pessoa ao desespero, e assim, a rigidez do pensamento suicida se impõe como uma única possibilidade.

Para Botega (2015), quando estamos falando do suicídio, olhando pelo viés dos adoecimentos mentais, temos, dentre eles, a depressão e suas características peculiares, sendo a psicopatologia que mais acomete as pessoas que faleceram por autoaniquilamento. Após o evento da morte, quando coletados dados do contexto de vida – o que chamamos de “autópsia psicológica” – verificamos traços característicos da depressão com maior incidência, comparado a outras psicopatologias. Entretanto, ao longo de sua história a pessoa vivenciará diversas crises, algumas devido ao desenvolvimento da vida e outras circunstâncias, e ainda outras poderão ser dolorosas e traumáticas, acarretando assim, vivências de angústia, desespero, esgotamento e falta de perspectiva (Botega, 2015; Rezende, 2019). Quando estamos falando de crises é necessário considerar o aspecto do tempo, a adaptação do sujeito e a incorporação de novas nuances em sua vivência histórica. O desespero acabaria com a vida em um momento de dor intolerável, a morte como único desfecho para aniquilar o que é insuportável (Rezende, 2019).

Ao falarmos dos métodos utilizados é considerável observar que além da facilidade de acesso, um ponto importante é a geografia e a cultura nas quais a pessoa suicida se encontra. Em zonas rurais o acesso a pesticidas é maior, em contraponto, nas zonas urbanas o acesso a edifícios e às linhas rodoviárias são em maior preponderância. A escolha da letalidade também é observada segundo o gênero. Homens têm a tendência a escolher métodos mais letais e violentos como enforcamento e uso de arma de fogo, já no gênero feminino, a ingestão de medicamentos e pesticidas, cortes e queimaduras são mais recorrentes (Bertolote, 2012).

Segundo a compreensão de Dias (1991), um aspecto a ser considerado de forte relevância é a leitura do suicídio pelo viés sociológico proposto por Durkheim (1858 – 1917), sociólogo e filósofo do final do Século XIX, apresentando a perspectiva de que não são os indivíduos em si que se matam, mas sim, a sociedade através deles. São as regulações da estrutura dessa sociedade, ou seja, as grandes injustiças que determinam o desfecho do autoextermínio. As reais motivações do ato suicida estão para além do indivíduo que morre (Dias, 1991). Ainda segundo Dias (1991), Durkheim classifica os

suicidas entre o egoísta: indivíduos pouco integrados à comunidade familiar ou a um grupo social, alguns se colocam em posições de superioridade frente aos demais; os altruístas: um nível de integração com seu grupo de forma exagerada e com pouco juízo crítico em relação aos valores e códigos morais e, às vezes, a devoção aos líderes – nessa modalidade sacrifícios são vistos como heroísmo e lealdade; os anômicos ou fatalistas: devido à desorganização do sistema há insegurança e instabilidade, são os suicídios diante de crises econômicas e sociais, essas pessoas se veem incapazes de mudar as possibilidades frente às expectativas (Dias, 1991; Corrêa, 2009; Bertolote, 2012; Botega 2015; Minois, 2018).

Entretanto, ao falarmos do fenômeno do suicídio e suas especificidades, temos a considerar os fatores de prevenção e proteção em relação ao comportamento autolesivo. Ainda há um longo caminho a se traçar. Segundo Bertolote, (2012) a criação de condições de melhoria para a sociedade, pensando na qualidade de vida de seus membros, um melhor e mais fácil acesso ao tratamento na saúde mental para a comunidade, com informações e campanhas sobre a relevância da saúde mental, seria relevante, mas quando o suicídio for inevitável, faz-se necessário implementar planos de ações de cuidados na contenção e minimização das sequelas, seus desdobramentos entre os sobreviventes (Bertolote, 2012). A capacitação constante dos profissionais, bem como a integração dos cuidados entre os profissionais cuidadores, também são indicadores de programas de contenção e prevenção do suicídio. Outro ponto a ser considerado na prevenção é a restrição e/ou a dificuldade do acesso ao método letal, bem como a importância da notificação de forma adequada pelas autoridades da vigilância e informação fidedigna no registro da notificação de óbito (Corrêa, 2006; Bertolote, 2012).

Acredita-se que o número real de casos de suicídio seja bem maior do que os dados registrados, criando assim sub-registros de notificação devido ao prisma preconceituoso que induz e distorce as informações, incluindo aspectos religiosos, securitários, financeiros, como a possível desvalorização na venda do imóvel em que ocorreu a morte, vertentes sociais devido ao constrangimento histórico acerca da violência autoprovocada, até a inaptidão por parte de alguns

profissionais da área da saúde (Bertolote, 2012; Botega, 2015). Com isso, há um prejuízo para a população, visto que com a subnotificação há limitações para promoções de políticas públicas com foco no suicídio, pois verbas que seriam possivelmente destinadas à prevenção são levadas para outras doenças fatais, como doenças cardiovasculares ou vasculares cerebrais, diante da falta de informações fidedignas, há uma tendência à minimização da problemática do autoextermínio, impulsionando assim as verbas destinadas para o estudo e o combate dessas doenças que impulsionam as estatísticas, visto que a morte por suicídio tem sua alteração para doenças cardíacas e cerebrais (Bertolote, 2012).

Cabe ressaltar que a presente pesquisa delineou a tratativa da análise dos dados a partir da perspectiva multidimensional, ou seja, uma proposta de estratégia de investigação dos suicídios com o intuito de compreender o auto extermínio, considerando a totalidade entre os aspectos de vida do idoso, além de considerar a biografia de cada sujeito falecido. (Cavalcante, 2012). Para tanto será utilizado método de autópsia psicológica ou autópsia psicossocial é indicado por Schneidman (2004), sendo caracterizado pela reconstituição das condições físicas, emocionais e sociais do falecido morto por suicídio. (Cavalcante, 2012)

1.3 O suicídio nos idosos

Para autores como Py & Oliveira (2007), ao abordar o envelhecimento, falamos de um dos momentos mais densos do desenvolvimento humano, pois há um acúmulo de perdas, é o momento de defrontar-se com sinais e marcas inevitáveis da fragilidade do corpo físico, fragilidade emocional e social, com isso o deparar-se com a aproximação da finitude; a velhice apresenta a morte como um fim da jornada. Na sociedade contemporânea, um sistema alienante e consumista, a competitividade e a desonestidade, são ingredientes para a exclusão diante do preconceito etarista (Cassorla, 2017).

Minois (2018) traz a visão de Seneca (4 a.c – 65 d.c.), de que enquanto o corpo e a mente permitem levar uma vida digna com autonomia e possibilidades não há motivos para se matar, pois é quase impossível o idoso não sofrer ao

longo de sua história perdas e ou mudanças significativas. Seneca citado por Minois (2018) apresenta sua visão em relação ao suicídio na velhice:

“por que razão julgam vocês que é uma crueldade encurtá-la um pouco, sabendo muito bem que ela deve terminar um dia? Quanto a mim, não abandonarei bruscamente minha velhice; contanto que ela preserve minha integridade, vejo-a como a melhor porção de mim mesmo. Mas se ela vier perturbar minha mente, corromper seu funcionamento, se restar apenas uma alma destituída de razão, abandonarei a casa em ruínas e prestes a desabar” (Minois, 2018 op cit. p. 75)

“Se eu soubesse que teria de sofrer eternamente, abandonaria a vida; não por causa do sofrimento, mas por causa do incômodo que ela me traria nas atividades da vida. Na verdade, considero covarde quem morre com medo de sofrer, e tolo quem vive para sofrer”. (Minois, 2018 op cit. p. 75)

Ao longo da história do ocidente há diversos relatos de pessoas que tiram sua própria vida na velhice. Diante das inúmeras limitações há o desejo de cessar a dor, pois para essas pessoas a vida tornou-se um fardo para si e, conforme acreditam, também para os demais de sua comunidade. Esses sujeitos em sofrimento perderam os laços afetivos, a convivência torna-se limitada e instaura-se a improdutividade (Dias, 1991; Botega, 2015). Diante de sofrimentos incuráveis e debilidades físicas, há inúmeros relatos nos quais casais de idosos cometem juntos os atos suicidas, um incentivando o outro a findar a vida, anuncia-se a necessidade de se abreviar o fim já iniciado com o envelhecimento enquanto fase do desenvolvimento. No imaginário dessas pessoas há o pavor da dependência de outros, e a angústia de tornarem-se um fardo para os familiares e amigos (Dias, 1991; Minois, 2018).

Porém, na atualidade, o que vemos, segundo a Organização Mundial da Saúde OMS (2019), é que as possíveis causalidades do ato suicida compreendem aspectos de instâncias psíquicas, biológicas, sociais e ambientais. E assim sendo, a prevenção do suicídio permeia uma variedade de ações, sendo algumas delas: educação da comunidade ainda na primeira infância, orientação familiar, campanhas nas escolas e instituições públicas e privadas, acesso a tratamentos dentro da saúde mental, prevenção do uso de substâncias, controle de riscos ambientais e restrição dos métodos utilizados. A Organização Mundial apresenta dados do ano de 2006, o registro de aproximadamente um milhão de pessoas mortas por suicídio. Esses números superam as mortes de guerra, equivalentes ou inferiores apenas ao índice de mortes por acidentes de trânsito.

No que diz respeito à letalidade, os maiores números são de homens e os índices de tentativa de suicídio são mais altos entre as mulheres (Volpe et al., 2006; Bertolote, 2012; Pinto & Assis, 2016; Cassorla, 2017). Na comparação entre idosos e pessoas mais jovens, as tentativas são maiores entre os adolescentes e adultos, ou seja, a letalidade do ato é mais frequente entre os idosos (Barrero, 2006). Isso demonstra que entre os longevos há possível planejamento do ato, com pouca impulsividade, bem como a escolha de métodos mais letais, isso denota que o ato foi pensado e organizado e, muitas vezes, até anunciado através da comunicação de formas distintas.

Nos precipitantes entre os idosos, o medo da dependência e a degradação do corpo são fatores frequentes para risco de morte, uma dependência ainda maior após uma tentativa fracassada, seria na concepção dessa população, um sofrimento ainda maior (Sousa, Silva, Magalhães, Vieira, Perrelli, Sougey, 2016). Porém, como aponta Pinto & Assis (2016), ao analisarmos os idosos longevos em comparação aos idosos mais novos, observamos possíveis causalidades distintas precipitadoras do ato. Entre os idosos mais jovens temos: separações, luto, mudança na condição social e financeira. Já nos idosos acima de 75 anos de idade observa-se a solidão, o isolamento social e as limitações físicas como desencadeantes mais recorrentes na morte autoinfligida, a antecipação da finitude como um ato de libertação e alívio.

Entre os idosos os fatores de risco ou fatores precipitantes estão associados a perda da funcionalidade, limitações motoras e cognitivas, aposentadoria e improdutividade no trabalho (mais acentuada no sexo masculino), morte de familiares e amigos, fragilidades físicas, doenças crônicas e degenerativas, tédio vital, perdas de papéis e configurações sociais e doenças mentais, tais como a depressão (Costa, Leite, Torquato, Costa, Sarmiento, Moreira, 2015). Os conflitos sexuais que podem surgir com a menopausa e a andropausa, impotência sexual, em alguns casos a diminuição da libido e as mudanças inerentes ao envelhecimento corporal poderão desencadear processos melancólicos. Nas mulheres, a degradação do corpo imposto na configuração sexual somando-se à incapacidade de reprodução também são

fatores contribuintes para quadros depressivos, bem como a aproximação da finitude e a consciência desse desfecho (Barrero, 2006; Cassorla, 2017).

O processo de inúmeras perdas, esperadas na velhice, é capaz de gerar distúrbios emocionais, considerados como doenças (Parkes, 1998). O sujeito poderá vivenciar ao longo de sua vida diversas crises vitais ao desenvolvimento, ou seja, as dificuldades próprias de fases da vida, porém há as crises circunstanciais originárias de eventos e situações que o sujeito não teria como controlar (Botega, 2015). Entretanto, outros eventos, principalmente na primeira infância e na adolescência, poderão ser de cunho traumático, acarretando assim sequelas que serão carregadas ao longo da vida, configurando, portanto, um dos fatores de risco para os atos autolesivos (Minayo, 2016; Sousa et al., 2016).

O estigma social da velhice, segundo Cavalcante & Minayo (2015), mostra a forma como as pessoas idosas são percebidos pela sociedade: como improdutivos e onerosos, acarretando assim, sentimentos de menos-valia e exclusão, impactando sua autoimagem. Um dos aspectos recorrentes nos estudos na área do suicídio, no que tange a explicações psicológicas, na tentativa da agressão ao outro externo o suicida agride a si mesmo como uma comunicação de seu sofrimento. Nessa primícia, o ato suicídio é, ao mesmo tempo, também um homicídio simbólico (Minois, 2018; Dias, 1991). Portanto, com tantas nuances de variáveis, abre-se espaço para os questionamentos: o que se deseja quando se busca a morte? Antecipar o final da vida passa a ser uma necessidade para sanar o sofrimento sentido por toda uma vida, a morte passa a ser uma alternativa para preencher algo que não se tem, a morte seria a busca de outra possibilidade de vida diferentemente daquela que se tem (Cassorla, 2017).

Outro agravante considerado um dos fatores de risco do suicídio entre os idosos, é o rompimento abrupto das relações sociais das pessoas de seu convívio, ou seja, a diminuição ou perda por morte de familiares e pessoas significativas de seu contexto. A síndrome do ninho vazio, a saída de casa dos filhos, são eventos transformadores na vida do idoso, uma nova configuração familiar é imposta nessa estrutura. Em algumas dinâmicas, o afastamento geográfico também contribui para sentimentos de solidão e desamparo

(Cassorla, 2017; Minayo, 2016). Esse afastamento da rede de apoio pode provocar sentimentos de vazio e isolamento. Para Minois (2018), em momentos de Guerra e após calamidades públicas, há uma diminuição da taxa de casos de suicídios, algumas sugestões para tal evento, diz da coesão reforçada da coletividade, a solidariedade em grupos, o desejo de sobrevivência e a ajuda mútua dando sentido ao viver, na compaixão como acolhimento ao sofrimento humano (Minois, 2018).

Faz-se notório na velhice o sofrimento devido à redução de atividades como trabalho, participação em eventos sociais e esportivos. Para Py et al. (2007), e Minois, (2018) muitas vezes a percepção do idoso é o sentimento de definhamento gradual sem perspectiva de retomada das perdas simbólicas e reais, o desgosto em viver seria um acréscimo para o ato suicida (Minois, 2018). A perda da função e renda econômica também é um agravante para o risco de suicídio, ao decaírem as condições econômicas há uma tendência do idoso a reduzir a autoestima. Pessimismo, limitações aos tratamentos necessários devido à ausência ou diminuição do acesso à saúde, redefinições das relações sociais com a diminuição do poder econômico, são fatores de risco para o comportamento autolesivo (Volpe et al., 2006; Minois, 2018).

Ainda pensando na vulnerabilidade da população longeva frente à morte auto provocada, se faz recorrente o despreparo e a incompreensão familiar e/ou de profissionais para acolher essas novas mudanças, visando uma qualidade de vida do idoso. Frustrações por não conseguir manter uma conexão com seus familiares, às vezes desrespeito por seus valores sociais e morais, tão discrepantes no ponto de vista transgeracional, essas lacunas também são aspectos suscetíveis para a antecipação do fim (Sousa et al., 2016). Para a OMS (2019), a população de idade mais avançada sinaliza a ideação ou o planejamento suicida, em sua grande maioria, aos familiares, profissionais da saúde, líderes religiosos e cuidadores, isso quer dizer que há uma comunicação direta ou indireta de sua intenção.

Para Barrero (2006), também é um ponto considerável para fatores de risco para o autoextermínio os maus-tratos que o idoso sofre, em alguns casos físicos e/ou emocionais, como restrição alimentar e a restrição de outros itens de

necessidade básica, bem como abusos financeiros, levando o idoso à submissão a condições precárias e escassas. São ambientes familiares desajustados, envoltos, algumas vezes, no uso de substâncias ilícitas por parte dos familiares (Barrero, 2006). A demora entre a ocorrência do ato e a busca de atenção médica, as divergências nos relatos entre os familiares e os idosos, visitas recorrentes ao médico, mesmo com demanda de doenças crônicas já em tratamento, são possíveis comunicações e pedidos de ajuda dessa população relacionados a vivências de violência doméstica (Barrero, 2006; Figueiredo & Minayo, 2016).

Ainda nessa perspectiva da singularidade do suicídio na velhice, o idoso apresenta algumas necessidades de reviver e recontar suas experiências e sua história de vida, com limitadas perspectivas do futuro marcadas pela imposição do desenvolvimento humano, o longevo expressa um discurso saudosista. Parte de seu passado encontra-se em seus objetos, verdadeiras relíquias, posto isso, o apego com seus pertences e/ou sua residência traz uma sensação de segurança (Barrero, 2006). Em alguns casos, vemos a dificuldade e o sofrimento imposto pelos familiares por terem que mudar de seus lares, bairros, às vezes cidades, com a justificativa de ser mais fácil para os familiares.

Circunstancialmente, ainda há casos considerados como o efeito “*ping-pong*”, a transitoriedade do lar entre os membros da família, e com isso o idoso perde sua residência, ficando de tempos em tempos na casa de um dos familiares, sendo necessária a adaptação da rotina de cada ambiente, para ao menos integrar-se a novas dinâmicas. Observa-se assim o fenômeno da despersonalização da identidade, limitado em muitas vezes em suas malas, semelhante a um imigrante longe de seu lugar “seguro” (Barrero, 2006). Somando-se a isso tem a questão das pessoas mais velhas necessitarem de diversas internações para procedimentos cirúrgicos, isso também impacta na rotina e previsibilidade da vida do idoso.

São características frequentes no fenômeno da morte por suicídio entre os idosos o sentimento de solidão definitiva e irremediável seguido por um afastamento social, a perspectiva de um futuro sem alegria, o sofrimento marginalizado e estigmatizado devido ao tabu e preconceito que se fazem

notórios ainda atualmente, agravados, algumas vezes, pelo processo de envelhecimento (Sousa et al., 2016; Minois, 2018). Segundo Goldberg (2019), a sociedade aceita melhor as mortes consideradas “naturais” ou morte por “velhice”, sendo assim, a morte na velhice por suicídio é vista como escândalo e motivo de constrangimento. Viver em uma sociedade individualista, na qual há uma valorização do sucesso e da prosperidade, acarreta o que Cassorla (2017) refere como autoaniquilamento por fracasso, um desajustamento ao meio em que vive.

Na sociedade atual, segundo Franco (2021), a dinâmica social imediatista não permite a construção e o aprofundamento dos vínculos, a memória do idoso não é valorizada, sua história não é aproveitada como conhecimento e sabedoria para a comunidade. A superficialidade das relações suscita no idoso a sensação de não pertencimento àquele núcleo em que se vive. Para Llosa (2013), na atualidade, os personagens sociais foram “coisificados”, a vida foi entregue ao consumo, os valores são inúteis e supérfluos, nesse cenário o idoso se torna obsoleto, principalmente na sociedade do consumo, pois o idoso não é um consumidor assíduo, adquire, em sua maioria, produtos farmacológicos e serviço de saúde. No mais, de forma recorrente observa-se a exclusão tecnológica e digital do idoso em relação à contemporaneidade. Há um analfabetismo nas ferramentas de conexão e acesso às informações, bem como nos utensílios domésticos disponibilizados na atualidade, e essa defasagem do manuseio desses recursos contribui para o isolamento, muitas vezes em seu próprio *habitat* familiar (Zimerman, 2000).

Entre os aspectos observados, destaca-se a própria possibilidade de rejeição e dificuldade de adaptação do idoso a suas limitações, a não aceitação de suas dificuldades, sendo recorrente a revolta com sua condição de vida, tornando-se vulnerável a autoviolência (Moraes, 2014). Para muitos idosos, a solidão real ou a percepção ao longo de seu sofrimento, acentua muitas vezes a desesperança e o desespero. Segundo Py et al. (2007), a solidão que acompanha o longo tempo traz a desorganização emocional por não encontrar caminhos, quando não há o que se esperar na condução de suas mazelas, a sensação da ausência de si.

Quando se trata de suicídio entre idosos, há necessidade de uma atenção particular à sua reclusão, bem como à dificuldade na expressão de seu sofrimento, e devem-se considerar alguns aspectos relevantes no que diz respeito ao ato de autoextermínio: expressão de ideias concretas de despedidas e organização de seus pertences, pois se sabe do apego que o idoso tem a seus objetos pessoais carregados de memórias afetivas. Falas e fantasias de autodestruição, acidentes e catástrofes, comportamentos mais entristecidos e deprimidos, afastamento da rotina e das pessoas, são aspectos que merecem atenção dos familiares (Barrero, 2006; Sousa et al., 2016).

Por fim, ao que parece, para algumas pessoas a força do instinto humano para a sobrevivência é esvaziada diante do sofrimento existencial, a dor psíquica intolerável poderá despertar o ímpeto de interromper a vida diante de seu desencanto, assim, o suicídio passa a ser a solução para quem parte, mas instaura-se a angústia e a dor do pesar para os que sobrevivem à perda.

1.4 O processo do luto

A morte é uma condição humana, mas a morte de um ente querido gera diversos sentimentos mobilizadores de mudanças frente à crise pela perda. Para Parkes (1998), o luto é um acontecer universal, individual e coletivo, toda perda significativa remete a um processo de luto. Sendo assim, o luto é um processo de elaboração e adaptação diante de uma perda, há uma quebra na convivência com o objeto perdido, o vínculo se é rompido, a morte instaura uma ruptura irreversível (Franco, 2021). Para Goldberg (2019), a morte em si não é uma experiência do morto, mas sim do enlutado. Ninguém tem a experiência da própria morte, apenas da morte do outro.

As mudanças da sociedade direcionam as formas de expressão da dor do luto ao longo da história. As vivências do luto são subjetivas, mas a expressão da dor também acontece no âmbito social e cultural. Porém, o luto é uma vivência saudável e necessária para a adaptação a uma nova realidade do enlutado após a perda. Segundo Kovács (2007), o pesar é um processo subjetivo, experiência

interna vivida pelo enlutado, já o luto é a expressão do sentimento do pesar para a sociedade, o compartilhamento da vivência na comunidade do enlutado.

O luto é um processo de transição, enfrentamento e adaptação do enlutado à crise e à vulnerabilidade instalada com a morte do ente querido (Casellato, Mazorra, Franco, Tinoco, 2009). O luto tange à presentificação de algo ausente, é o cessar da comunicação com um ente querido aniquilado pela morte, (Goldberg, 2019). Com a finitude, a perda impõe uma nova configuração da relação com o morto, inicia um corte entre o antes e depois do evento do falecimento, a vida continua acontecendo, mas sem a troca, a relação acontece somente no imaginário e na memória do enlutado. Assim sendo, a comunicação é reconfigurada mesmo que de forma unilateral. O processo de luto não tem um tempo certo para ser vivido, é o tempo subjetivo de cada pessoa. Não existe o uma forma adequada, mas sim o jeito possível de cada desolado viver seu pesar, pois com a morte há alterações na dinâmica de sua vida, até então presumível. Assim, a referência de mundo do enlutado é alterada de forma irreversível. (Goldberg, 2019)

Na perspectiva de Franco (2021) ao analisarmos a qualidade do processo de luto, é necessário verificar a vulnerabilidade em que a pessoa que perdeu seu ente querido se encontra, a figura e a representação do sujeito morto na vida do enlutado, as circunstâncias em que ocorreu a morte, bem como as condições prévias da pessoa em luto, os vínculos anteriores e as funções adaptativas após o falecimento bem como o repertório de as perdas vividas antes do evento. (Casellato, et al., 2009; Fukumitsu, 2019). Sendo assim, a experiência do luto é uma reação ao sofrimento da ausência manifestada de forma multidimensional, ou seja, o enlutado poderá ter reações no âmbito físico, emocional, social e cultural, expressando de formas alternadas suas emoções e reações (Solano, 2014).

Alguns autores traçam possibilidades de refletir sobre o processo do luto, dentre eles temos a precursora no estudo da tanatologia, Elisabeth Kübler-Ross, médica psiquiatra que trouxe contribuição por meio de sua importante obra *Sobre a morte e o morrer* (1966/1998), na qual traz entrevistas com pacientes internados que se encontram em fase final de vida. Esse estudo contém relatos

e depoimentos dos moribundos e a autora aborda o que denominou de estágios da morte e do luto (Kovács, 2007). A pesquisa desenvolvida direciona a escuta para compreensão das fases da morte e do morrer, seu método consistia na escuta desses pacientes em forma de *workshop* para estudantes de medicina. As entrevistas forneciam indícios de sentimentos e emoções recorrentes de pacientes que estavam morrendo, e a partir dessas reações a autora propôs o processo em fases, sendo elas: a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. A autora apresenta estágios, mas não necessariamente de forma sequencial, determinados e/ou enrijecidos, mas sim, emoções recorrentes dos moribundos diante da consciência da morte (Goldberg, 2019). Entretanto, sua obra não tinha o intuito de apresentar um manual de como cuidar de pessoas frente ao fim, mas sim, salientar que mesmo em fase final de vida os pacientes expressavam desejos, sentimentos com demandas, muitas vezes ignorados pelos profissionais da saúde e/ou familiares (Kovács, 2007).

Já Freud (1917/1974), pai da psicanálise, em seu clássico *Luto e melancolia*, se refere ao luto como uma ação normal e esperada diante da perda do objeto de afeto, sendo recorrentes reações emocionais. Com isso, a implicação da perda incide temporariamente na falta de interesse, há um desinvestimento por tudo que diz respeito ao mundo externo ao enlutado. Para Goldberg (2019), na perda por morte, a dinâmica da relação acontece apenas com a memória do falecido e, para tal transição, há a necessidade da suspensão das atividades externas do enlutado. Em Kovács (2007), referindo-se a Freud (1917/1974), o luto é um trabalho penoso, que requer tempo para o desligamento e/ou desinvestimento do enlutado em seu objeto de amor. O trabalho de luto seria a constatação da perda, ou seja, as mudanças ocorridas após a morte. Essa labuta penosa está relacionada a lembranças, expectativas, adaptações que requerem tempo para acontecer na vivência do enlutado (Kovács, 2007; Franco, 2021).

Outra perspectiva em relação à vivência do luto, foi por Bowlby (1985) citado por Kovács, (2007) que ressalta a importância de considerar a qualidade dos vínculos estabelecidos pelo enlutado com o morto, bem como os vínculos do enlutado com outras figuras relevantes ao longo de sua história. Bowlby

(1985) citado por Casellato (2018) propõe o luto em fases, dentre elas: choque: constatação da perda e, com isso, sensação de anestesia, gerando um possível descontrole, reações intensas de desespero são recorrentes; busca: nessa fase há a assimilação da morte, inicia o anseio pela busca da pessoa falecida, entretanto há uma ambiguidade em constatar a realidade e, ao mesmo tempo, não acreditar (Casellato, 2018).

Ainda seguindo a teoria de Bowlby (1985) citado por (Kovács, 2007), o autor apresenta a fase de desorganização e desespero: a perda é vivida como realidade, mas ainda há a ambiguidade dos sentimentos, em alguns casos mantendo os pertences dos entes queridos, em contraponto alguns enlutados se desfazem rapidamente dos pertences do falecido, o que denota uma tentativa de não entrar em contato com os sentimentos intensos do luto. Outra fase mencionada é reorganização: adaptação e redistribuição da energia libidinal para outros aspectos além da perda. Outros interesses são manifestos e de forma gradativa a vida vai se configurando por outros caminhos. Assim sendo, o transcorrer do processo do luto sofrerá variações mediante as vivências dos enlutados. Contudo, é de extrema importância, a verificação do suporte social recebido pela comunidade em que está inserido (Kovács, 2007).

Outro prisma para o luto foi proposta por Parkes (1998), que apresenta uma fase que denominará como procura, a dor que inicia horas ou dias após a perda, chegando a uma intensidade nas primeiras semanas. Frequentemente há comportamentos de hiperatividade com inquietações, ou perda de interesse nas situações externas, rumações dos acontecimentos anteriores à morte. E com isso, se faz uma urgência na procura do ente querido e de respostas que permeiam esse evento. Às vezes, há uma perambulação nos lugares que o falecido habitava, o mexer nos pertences na tentativa de encontrar cheiros, fios de cabelos, traços que tragam a lembrança da pessoa morta. Há ainda as lembranças dos últimos momentos, dos últimos dias na presença da pessoa falecida. Em situações de maior vulnerabilidade, a busca leva a pensamentos e comportamentos suicidas do enlutado, como última esperança de se juntar à pessoa falecida (Parkes, 1998). O autor também apresenta o que seriam episódios de enfrentamento, dentre eles o que chamou de *alívio*: sensações de

que o falecido está por perto, cuidado e zelando pelos vivos, quase que continuando a exercer seu papel quando ainda vivo, ou seja, há uma sensação da presença mesmo na ausência. Algumas pessoas apresentam o que o autor chama de momentos de despersonalização transitória, sentindo a perda como irreal, algumas vezes reagindo ao rompimento de forma automática (Parkes, 1998)

Seguindo as considerações de Parkes (1998), temos, em alguns casos, episódios de evitação de pensar na perda: a inserção em atividades intensas que ocupam a maior parte do tempo do enlutados com tarefas de rotina da casa e de trabalho, por exemplo, não sobrando tempo para rememorar sua perda. Observa-se uma organização rápida dos pertences do ente querido, na tentativa de seguir adiante sem indícios da pessoa falecida. Há também, em alguns processos, o que o autor denomina como episódios de esquecimento seletivo: o desaparecimento da imagem do morto, bem como certa amnésia temporária. Entretanto, com o passar do tempo, ao longo do processo o enlutado poderá aos poucos construir uma nova imagem da pessoa falecida, mesmo após a morte (Parkes, 1998). Cabe ressaltar que, de certa forma, há uma idealização da pessoa falecida, algumas vezes é preciso realizar um recorte dos momentos bons e felizes, criando nova identidade do falecido apenas com aspectos positivos.

Ainda seguindo o processo de luto, para Parkes (1998), há diversas manifestações, como episódios de raiva: uma irritabilidade e protesto, algumas vezes, dirigidas para as pessoas responsáveis pelo sofrimento, como profissionais da saúde e instituições, em alguns casos também raiva do falecido ou ainda manifestação de cólera contra si com autoacusações; episódios de amargura: para os enlutados, o mundo após a morte torna-se um lugar inseguro e perigoso; sentimento de culpa: a morte como injusta, evento desafiador e punitivo, sensações de autoacusações também são recorrentes. A perda irreparável gera insegurança e instabilidade, o mundo, que era presumível, é desconstituído e torna-se momentaneamente instável e desorganizado (Parkes, 1998; Casellato, et.al. 2009).

Segundo Goldberg (2019) e Franco, (2018), o enlutado precisa compreender a perda, para assim constituir um trabalho de diminuição do pesar em relação ao objeto de amor, essa labuta marca a separação irreparável da perda, porém há necessidade da dualidade entre o direcionamento e a ruptura e para a restauração da vida. Paulatinamente, se não houver agravantes direcionando para um luto mais complicado, a tendência é de o enlutado direcionar seu afeto para além do ente querido falecido. O sofrimento vai se configurando e espaçando. Os momentos de dor de forma intensa, aguda e contínua são intercalados com lembranças, memórias geradoras de um sofrimento mais ameno e menos inquietante. Há espaços para recordações reconfortantes e alegres. Em contínuo, em um dado momento é possível sentir esperança por instantes de alegria e possibilidades de novas construções prazerosas (Cassorla, 2017).

Porém a expressão do luto é flutuante na história, há constantemente uma modificação nos significados da dor. Assim sendo, pesquisar o luto requer contextualizar o momento histórico e social da comunidade, ou seja, o multipluralismo do processo do luto (Franco, 2021). Contudo, o luto não será concluído de forma total, mas é possível o início de uma nova perspectiva de vida, o luto é um processo de aprendizado devido às mudanças. Após a perda, uma nova concepção de mundo se torna real (Parkes, 1998; Kovács, 2007). E ainda assim, momentos de tristeza e angústia são recorrentes de tempos em tempos. Episódios de dor e sofrimento intenso irão ocorrer de forma intermitente, a saudade latente de quem morreu, muitas vezes retorna e volta a procurar o falecido, buscando, às vezes, novas comunicações escritas e/ou faladas com seu ente querido (Parkes, 1998). Ou ainda, haverá a tendência de idealizar e supervalorizar o falecido (Tavares, 2018).

Ainda sobre as reações ao luto, observa-se o que seriam reações de aniversário em datas importantes como aniversário de morte, aniversários de nascimentos, bem como datas comemorativas. São momentos de extrema emoção, pois ressurgem memórias afetivas geradores de saudades e pesar, lembranças de momentos vividos com o falecido ou experiências iniciais após a morte, como o funeral e ritos de passagem. Em alguns casos a tentativa

momentânea de resgatar a pessoa querida (Kovács, 2007; Casellato et al., 2009). Outro ponto relevante no processo do pesar é o destino dos pertences do falecido, questionamentos de qual seria o tempo adequado para essa organização, a separação dos pertences entre os membros familiares, são ações que podem ser gatilhos para sofrimento entre os enlutados (Tavares, 2018). Os sonhos também apresentam um papel importante para o processo de luto. Para algumas pessoas, o sonho poderá trazer alívio da dor da ausência, porém, em contraponto, alguns enlutados referem a angústia ao entrar em contato com a realidade quando despertam para a realidade. (Parkes, 1998).

Com isso, os ritos de passagem fúnebres são aspectos relevantes a serem considerados quando refletimos e pesquisamos sobre o processo do luto. Os rituais cemiteriais, muitas vezes na presença do corpo, são um importante simbolismo entre a vida e a morte do ente querido. A iniciação fúnebre anuncia a nova condição da realidade imposta, por isso a importância dessa celebração, auxiliando muitas vezes, na ambivalência do enlutado entre a dúvida e a constatação da morte. Para (Parkes, 1998), é esperado e natural a busca do enlutado por seu ente querido falecido. Nos ritos há a tentativa de minimizar a ansiedade de separação, na qual a realidade do “nunca mais”, às vezes, é cruel e imperativa (Goldberg, 2019). A não autorização para a expressão a dor poderá acarretar sérias consequências para o enlutado, dando margem para um luto mal elaborado (Kovács, 2007).

As últimas homenagens ao morto marcam seu findar em vida, e assim, é recorrente entre os enlutados ofertar o máximo possível na intenção de agradar a memória do falecido, a expressão do afeto não é interdita pelo evento do fim (Tavares, 2018). Os mortos são enterrados com roupas banhadas de memórias afetivas, com flores, se possível em abundância, com recursos considerados muitas vezes onerosos pelos familiares, assim, são colocados todos os esforços para prover uma despedida honrosa ao ente querido. Com isso, inicia-se assim uma nova narrativa dos vivos para com o falecido.

Segundo Parkes (1998), o luto não é uma doença, muito menos um conjunto de sintomas, mas sim um acontecer de estágios que se mesclam, se substituem, podendo sim, afetar aspectos físicos, inclusive o sistema

imunológico, levando a quadros de adoecimento biológicos e emocionais, mas, a priori, se trata de um processo natural, universal e esperado mediante a perda. O luto é um processo ambíguo, não linear, sem definição de tempo, multidimensional e individual até certo ponto. Dessa forma, Parkes (1998) apresenta aspectos relevantes a serem considerados no processo de perda: a relação entre o enlutado e a pessoa falecida, ou seja, o vínculo estabelecido, a história de vida do enlutado (experiências de perdas anteriores), o tipo de morte (violentas, mutilações, ausências do corpo, inesperadas possuem uma forte tendência a causar dificuldades na elaboração do luto), a autorização entre os membros da família a falar sobre o falecido e a rede de apoio de que os enlutados dispõem (Kovács, 2007; Casellato, 2018).

Entretanto, há algumas pessoas que vivenciam o agravamento do processo de luto e, segundo Freud (1917/1974), para alguns indivíduos o luto pode não ocorrer a elaboração da perda, suscitando o pesar em melancolia. A complicação seria a instauração de uma psicopatologia, distinto do sofrimento normal. No luto saudável o enlutado compreende a falta e sofre diante do objeto perdido, no luto esperado há o pesar da morte e nesse contexto há um distanciamento do mundo; tudo à volta do enlutado fica sem energia e sem interesse. Já na melancolia a perda é do enlutado em si, do Eu, a perda é do mundo interno do enlutado, e com isso há um desinvestimento na vida, desconexão com a realidade. (Kovács, 2007)

Em alguns casos, no luto disfuncional há certa paralisação dos pensamentos nas vivências passadas, na tentativa de reviver as experiências na presença do ente querido, como se “o tempo parasse”, há uma fixação no passado, muitas vezes como fuga da realidade, em outros momentos, há uma idealização do futuro, “o que se poderia ter vivido com o falecido” (Kovács, 2007). Há certa fixação da fantasia do reencontro com o ente querido, associando a volta da felicidade em outra vida em outro mundo, muitas vezes, esses pensamentos são banhados por aspectos religiosos e espirituais (Cassorla, 2007). A esse respeito, Parkes (1998) sinaliza a necessidade de uma avaliação crítica no que diz respeito aos tranquilizantes ofertados aos enlutados, principalmente após a notícia do óbito, pois diante do processo da perda é

relevante a vivência da realidade, agora posta com a finitude. A utilização dessas medicações sem critérios médicos seria uma forma de minimizar o aprendizado do enlutado frente o seu pesar. (Casellato et al., 2009)

Contudo, se faz necessária a avaliação da duração e a intensidade dos sintomas manifestos pelo enlutado, bem como da condição de adaptação do à sua nova realidade, algumas vezes o enlutado perde os atributos e capacidades, gerando desorganização em seu mundo subjetivo ou ainda a ausência prolongada de manifestação do pesar (Casellato, et.al. 2009). Cabe ressaltar que o processo de luto não diz apenas sobre as perdas por morte, mas também por situações significativas ao longo da vida de uma pessoa, tais como a perda de emprego, mudanças geográficas, mudanças da fase da vida, finalização de uma condição social (casamento, formatura, aposentadoria dentre outros), infertilidade, perda de um membro ou parte do corpo suscitando alterações na imagem corporal, doença ou acidente que leve à perda de um dos sentidos, fracasso na adoção, doenças degenerativas, dentre outros. (Parkes 1998; Casellato, 2018; Franco, 2021) De qualquer forma, são perdas consideradas dolorosas, são as perdas secundárias ao falecimento as quais também requerem do enlutados adaptações frente às mudanças. Entretanto, na presente pesquisa foi abordado apenas o tema do luto mediante à perda por morte.

Assim sendo, segundo Franco (2021), há um novo paradigma na compreensão do luto, não mais se propondo um encerramento e finalização, mas sim, uma adaptação e ressignificação da transição da ausência física para a presença afetiva, do esquecimento para as novas atividades na ausência do ente querido. Assim, os enlutados tornam-se os guardiões das memórias de quem partiu, a ausência se faz presente pelas histórias dos sobreviventes.

1.5 Luto por suicídio

O luto por suicídio, muitas vezes, não é reconhecido socialmente devido ao julgamento que intriga, revolta e traumatiza os familiares diante da morte autoprovocada (Neto 2014; Fukumitsu, 2018). Para cada morte por suicídio,

segundo Bertolote (2012), variando de cultura para cultura, em média de 5 a 6 pessoas são profundamente afetadas, em outras comunidades com uma organização na qual seus membros são envolvidos com laços mais estreitos, esse número é muito maior (Dias, 1991; Volpe et al., 2006; Bertolote, 2012). O impacto e a violência que essas perdas causam são intangíveis, ocasionando muitas vezes um luto traumático (Dias, 1991). Os sobreviventes ao suicídio se sentem sufocados e esmagados, pois há o peso da sua dor e também há o afastamento da sociedade que inibe a expressão do sofrimento. No luto por suicídio há um vazio imposto pela comunidade, uma dor silenciosa e silenciada (Ariès, 2012).

Quando se trata dos aspectos sociais ao longo da história, vimos o trato marginalizado no enterro do falecido em cemitérios separados para pessoas suicidas. Havia casos em que se obrigava a passar o caixão por cima do muro das casas como forma de punição e alerta para a comunidade em que o morto vivia (Ariès 2014). Na atualidade, pelo aspecto jurídico, o corpo da pessoa suicida não pode ser cremado, esse método não pode ser utilizado devido à morte ser violenta, e assim o óbito encontrar-se sob investigação, sendo este mais um aspecto que intensifica e diferencia o luto por suicídio das demais *causa mortis*. Porém, em caráter investigativo, quando são deixados bilhetes de despedida, principalmente com a letra do falecido, servirão de provas para a comprovação do ato de autoextermínio (Paulino, 2006).

Considerando uma perda inesperada e traumática como o autoextermínio, as memórias felizes e alegres do ente querido se tornam escassas ou reduzidas. O luto por suicídio suscita diversos sentimentos como: raiva, sensação de abandono, culpa, vergonha, dentre outros (Parkes, 1998; Franco, 2021). Os enlutados por suicídio, diferentemente de outros enlutados, buscam explicações e respostas justificáveis para o ato de auto violência (Fukumitsu, 2019). Esse tipo de perda não permite despedidas, apenas o que fica são incertezas e lacunas dos motivos que levaram ao ato. Ainda dentro desse cenário, algumas famílias ocultam a causa da morte para outros membros da comunidade, tal atitude é justificada devido ao constrangimento e vergonha. Frequentemente, a

mentira suscita um acréscimo no sofrimento para um luto não autorizado (Vale, 2017; Kovács, 2007).

As mudanças pertinentes à morte por suicídio são vividas de forma ambígua. São sentimentos duais que oscilam entre sensação de abandono e raiva do morto, além da angústia por não terem percebido o planejamento da morte. Mas há ainda os que sintam alívio pelo término do sofrimento emocional de seu ente querido (Parkes, 1998; Kovács, 2007). A morte, frequentemente, suscita questionamentos das crenças e valores, assim, rompantes de raiva e desapontamento para com Deus, ou ainda, em relação ao suicida, bem como a sensação de traição e abandono são recorrentes na fala desses enlutados. (Worden 2013, Casellato et al., 2009).

Franco (2021), apresenta as manifestações recorrentes no processo de luto, e suas respectivas dimensões: cognitiva: falta de concentração, desorganização e alteração na memória; física: alteração do sono, como insônia ou sono em excesso, palpitações cardíacas, cansaço, alteração alimentar com ganho ou perda de peso acentuada em um breve período, cefaleia, perda de interesse sexual, doenças psicossomáticas; emocional: tristeza, saudades, entorpecimento, solidão, desespero, ansiedade, confusão, irritabilidade, choro, negação, medo; sociocultural: afastamento de pessoas, falta de interação, perda da identidade e de papéis sociais e isolamento; espiritual: escassez ou aumento de fé, sonhos com o falecido, dor espiritual e existencial, questionamento de valores, sensação de desamparo por Deus e questionamento dos valores religiosos (Franco, 2021).

Sentimentos antagônicos surgem quando o próprio enlutado também vivenciou tentativas de suicídio, há assim uma dualidade de desapontamento, mas também de compreensão e empatia pelo ato extremo do autoextermínio. Sintomas depressivos ou, em alguns casos, estados de mania, autorrecriminação são recorrentes no enlutamento por suicídio. Alguns enlutados, segundo Parkes (1998), têm a sensação de que foram ejetados do mundo com a morte violenta e inesperada, sendo a separação vivida de forma irreal e inacreditável, partindo da premissa de que a escolha de acabar com a vida foi de quem morreu. Com isso, mecanismos de defesas são acionados na

tentativa do afastamento de lembranças do morto de forma recorrente, levando o enlutado a um afastamento social, bem como falta de confiança diante de suas fontes de apoio (Parkes, 1998; Fukumitsu 2013; Franco, 2021).

O luto por suicídio poderá ser marcado por expressões peculiares à causa da morte, que o psiquiatra e pesquisador Parkes (1998) nos apresenta: luto crônico, expressões prolongadas e severas, ansiedade e angústia acentuadas, traços de dependência afetiva com o falecido, incapacitado de perceber-se seguindo a vida na ausência do ente querido; luto adiado: o enlutado apresenta dificuldades para entrar em contato com a perda e a angústia de separação, não segue na evolução e na elaboração do processo da falta; luto inibido/reprimido: as expressões passam a ser ausentes ou minimizadas. A sociedade julga a ação do autoextermínio, sendo escassos, na morte por suicídio, os abraços recebidos e frases tão recorrentes nas condolências quando a *causa mortis* é uma doença agressiva como o câncer, por exemplo: “ele foi um guerreiro, lutou até o fim”. O luto por suicídio não reconhecido, não é validado pela sociedade (Casellato et al., 2009).

Para Casellato et al. (2009), a expressão do luto é multideterminada, ou seja, há fatores de proteção que podem contribuir ou fatores de risco complicadores. Esses aspectos são dinâmicos, apresentando componentes subjetivos e externos ambientais à pessoa enlutada. Para Worden (2013), o enlutado necessita realizar algumas tarefas, atividades que não são fixas, mas são importantes na vivência do rompimento, pois, assim sendo, será possível restabelecer o equilíbrio da vida após a perda e findar o processo de luto. Dentre as tarefas, Worden (2013) destaca: aceitar a realidade da ruptura, a vivência física com o falecido é impossível, a morte torna-se imperativa, mas a aceitação intelectual e emocional estão presentes nessa tarefa; processar a dor do luto: a tristeza sendo vivida e não evitada, reprimi-la ou silenciá-la poderá adiar a vivência, a inibição da angustia poderá ser um fator para a evolução de um luto complicado; ajustar-se a um mundo sem a pessoa morta: se deparar com uma realidade sem a presença do ente querido, as modificações dos papéis e tarefas até então vividas; encontrar conexão duradoura: a permanência do vínculo, porém apenas na memória, e assim, os enlutados passam a estar dispostos a

criar novos vínculos significativos, ou seja, a perda não é mais impeditiva de novas conexões emocionais (Worden, 2013).

Contudo, a sociedade é imperativa nas normativas da manifestação do pesar, as diretrizes de como o enlutado deva se comportar, por exemplo, na escolha das roupas, na forma de arrumar o cabelo, como se referir ao seu pesar e, atualmente, as tratativas das redes sociais. Nas mortes por suicídio novas regras são impostas, a regra do silêncio, curiosidades e as especulações sobre o que acarretou a morte (Dias, 1991). E assim, outro aspecto a ser considerado diz respeito às novas formas de expressão do luto no que tange ao cenário das redes sociais. Segundo Goldberg (2019), com esse novo ambiente, que concerne à quebra de barreiras geográficas nos ritos de passagem, torna-se possível a participação de outros agentes no cenário das homenagens ao morto.

Entretanto, ao mesmo tempo em que se abre espaço para manifestações acolhedoras aos enlutados, há também algumas mensagens ofensivas e preconceituosas, principalmente em relação ao julgamento da morte por suicídio (Franco, 2021). Na atualidade é visto de forma recorrente o acesso mais amplo ou ilimitado ao mundo virtual, conhecido como “*voyeurismo*”, ou seja, outros internautas curiosos em saber sobre a vida e morte do usuário (Goldberg, 2019). Outro ponto relevante é a propagação, entre os usuários das redes, de imagens e/ou vídeos do momento do suicídio, esse repasse acontece entre frequentadores das redes que são desconhecidos da pessoa falecida. Portanto, o evento do autoextermínio passa a ser dividido de forma sensacionalista, pois a morte como catástrofe é geradora de audiência e visibilidade no mundo cibernético.

CAPÍTULO 2. JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS

2.1 Justificativa

O aumento da população idosa no cenário mundial e em nosso país amplia e potencializa a discussão da qualidade de vida nos longevos. Sendo assim, a presente pesquisa tem como intuito analisar o possível adoecimento que culmina na morte por suicídio nos idosos, a partir da perspectiva dos enlutados. (Botega, 2015). O ato suicida é um fenômeno multifatorial, não tendo uma única causa, e sim causalidades. Tratando-se da morte auto infligida, Cavalcante et al. (2015) ressaltam como o cenário requer atenção ao sinalizar também o fato como violência ao idoso, quando o assunto é minimizado e/ou negligenciado, observando assim o lugar social do idoso quase como um não lugar. A inatividade, o descaso familiar e social, o afrouxamento dos vínculos, a incompreensão no convívio intergeracional e o declínio das funções físicas, bem como as doenças, são fatores intensos e, quando entrelaçados, direcionam para o comportamento de autoextermínio. (Minayo, 2016).

A pesquisa como prática social na temática torna-se relevante, como educação para um novo paradigma do envelhecer, tais pesquisas suscitarão, novas questões teórico-metodológicas, impulsionando a construção de saberes. Acredita-se que a promoção da saúde, na prevenção do suicídio como enfoque dessa pesquisa, se faz necessária na interlocução de ações multifacetadas, na intercessão transdisciplinar. Para um processo complexo como é o envelhecer, tal evento requer a discussão de forma entrelaçada nos diversos saberes da gerontologia, para assim falarmos de prevenção do suicídio de forma possível e eficaz. (Brandão et al., 2015). Assim, a problematização dessa pesquisa percorre os caminhos entre os possíveis fatores de risco que culminaram a morte por suicídio entre os idosos, bem como se há alternativas para eventuais programas e ações na prevenção da morte auto provocada. Além da relevância em compreender e contextualizar as emoções e sentimentos que permeiam o processo de luto entre os sobreviventes por suicídio. [Portanto, as perguntas de pesquisa que nortearam a definição dos objetivos do estudo foram: Quais as](#)

particularidades do fenômeno do suicídio na velhice?; Como se dá o processo de luto dos familiares sobreviventes?

Cabe ressaltar que a presente pesquisa não abordará os suicídios “criminais”, ou seja, envolvendo aqueles que mataram outra pessoa e, como desfecho final, mataram a si mesmos. Para tanto, seria necessário outro estudo contemplando outras amostragens e análises. A essa pesquisa cabe verificar as nuances específicas do suicídio sem o desdobramento homicida.

2.2. Objetivos

2.2.1 Objetivo geral

Analisar o suicídio na velhice a partir das percepções dos enlutados.

2.2.2 Objetivos específicos:

Levantar aspectos históricos do falecido a partir da compreensão dos enlutados.

Identificar as possíveis hipóteses dos enlutados direcionando o ato suicida.

Analisar o impacto do suicídio do idoso na dinâmica familiar dos enlutados.

Compreender e analisar os afetos e sentimentos decorrentes do suicídio do idoso nos familiares enlutados.

Identificar e analisar o processo de elaboração do luto dos familiares.

Identificar e discutir as possíveis diretrizes para intervenções profissionais na prevenção do suicídio do idoso e cuidados com os familiares enlutados.

CAPÍTULO 3. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Desenho do Estudo

Trata-se de um estudo de campo, transversal e de metodologia de base qualitativa, utilizando o delineamento de autópsia psicológica. A autópsia psicológica, também denominada autópsia psicossocial, configura-se como uma estratégia de investigação dos suicídios consumados com o intuito de compreender, a partir das falas dos familiares enlutados, a história pregressa do idoso e os possíveis aspectos que motivaram o ato suicida. (Cavalcante, 2012). O método de autópsia psicológica ou autópsia psicossocial é indicado por Schneidman (2004), sendo caracterizado pela reconstituição das condições físicas, emocionais e sociais do falecido morto por suicídio. Inicialmente o idealizador do estudo, tinha como proposta auxiliar os médicos legistas e os enlutados a compreender as variáveis da natureza do suicídio. Schneidman (2004), precursor do que se entende atualmente como suicidologia (estudos acerca do fenômeno do suicídio), sugere que a coleta das informações não seja um roteiro fixo, mas sim, categorias norteadoras para a compreensão das causas mortis por suicídio. (Minayo, 2010; Minayo, Figueiredo, Silva 2016; Cavalcante, Minayo, Ribeiro, Costa, Oliveira, Grubits 2016).

3.2 Participantes

São participantes do estudo familiares de idosos que morreram por suicídio no prazo máximo de 3 anos a partir da data da coleta de dados, ou seja, de forma retroativa. Cabe ressaltar que os relatos dos familiares e sua percepção não se esgotam em si, a relevância da fala de cada sujeito é considerada, sem a pretensão de generalizar o conteúdo tão vasto como o fenômeno do suicídio. Assim, a presente pesquisa busca a similaridade dos eventos, porém cada participante é único, pois cada sujeito está inserido em grupos característicos no que diz respeito a uma cultura e um aspecto histórico, sendo uma experiência biográfica que atravessa as configurações sociais de seu tempo. (Figueiredo et

al., 2015; Minayo, 2017). Na presente investigação foram adotados critérios de amostragem por conveniência. O método não pode ser pensado por quantidade, porém sua construção requer diversas decisões como sua abrangência dos protagonistas sociais, da condição e seleção dos participantes e a qualidade de suas informações. (Minayo, 2017).

O recrutamento dos participantes ocorreu com a divulgação nas redes sociais da pesquisadora, bem como o auxílio de colegas da área da saúde, na tentativa de disseminar as informações sobre a pesquisa para a população interessada. Após contato telefônico e/ou por aplicativos de mensagens, foi agendado uma entrevista gravada por vídeo com cada participante. Todos após explicações e esclarecimentos, assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo 1), para a participação da pesquisa.

3.2.1 Critérios de inclusão

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: (A) Ser familiar de um idoso falecido por suicídio, independentemente do grau de parentesco, tendo o idoso idade igual ou superior a 60 anos considerando a data da morte. (B) Foram incluídos familiares de ambos os sexos, tendo idade igual ou superior a 18 anos.

3.2.2 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão dos participantes da pesquisa: (A) Familiares de idosos que morreram por suicídio, que não possuíam vínculo afetivo e contato próximo com o idoso.

3.3 Instrumentos

Em sua pesquisas realizadas Minayo (2017) recomenda o uso das entrevistas semiestruturadas como principal procedimento para coleta de dados no delineamento de autópsia psicossocial. As falas construídas pelos familiares enlutados poderão sinalizar aspectos existenciais do falecido, tais como:

circunstâncias da morte, letalidade do método, intenção manifestada pelo idoso, história de tentativas progressivas a morte, confecção de material de despedidas como cartas, vídeos, áudios, bem como, estado emocional e físico do falecido, e ainda elucidar um possível relato da biografia do idoso, além do impacto da morte na família e assim, coletar informações na tentativa de responder as lacunas deixadas aos sobreviventes do ato suicida.

Na pesquisa foram adotados os seguintes instrumentos:

Instrumento (1): Questionário de coleta de informações gerais do familiar. Tais como: Nome, idade, gênero, escolaridade, profissão, religião, região de residência, grau de parentesco com o idoso (Apêndice II).

Instrumento (2): -Roteiro de autópsia psicológica com informações sobre a morte do idoso. (Apêndice III)

Instrumento (3): Roteiro de autópsia psicológica para coleta de informações sobre o processo de luto do familiar. (Apêndice IV)

Tendo em vista a relevância do roteiro semiestruturado como procedimento para coleta de informações nesse tipo de delineamento de pesquisa, para o presente estudo foi adotados dois modelos de entrevistas, sendo o primeiro direcionado à coleta de informações sobre as percepções dos familiares direcionadas ao suicídio do idoso e o segundo roteiro com perguntas direcionadas ao processo de luto dos familiares, ambos foram elaborados pela pesquisadora a partir dos objetivos levantados para a pesquisa. Vale ressaltar que a aplicação do questionário e roteiros foram realizadas em um único encontro.

3.4 Procedimentos

3.4.1 Procedimento e coleta de dados

A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres Humanos sob o número de parecer 4.763.086 e CAAE: 46639121.2.0000.0089. A coleta de dados aconteceu inicialmente a partir da divulgação em redes sociais de uma carta convite (Anexo II), com todas as especificações necessárias sobre a temática.

A partir da divulgação, foi feito um contato inicial com os participantes interessados por mensagem de *Whatsapp*, esclarecendo os objetivos da pesquisa e realizando um agendamento para a coleta na modalidade online, utilizando a plataforma de vídeo conferência *Google Meet*. A coleta de dados foi iniciada após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (Anexo I), previamente autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres humanos (CEP), vinculado à instituição de ensino Universidade São Judas. O aceite do sujeito da pesquisa para a participação de forma deliberada e voluntária com a confirmação da presente assinatura. A assinatura se deu através da plataforma *Goglee Forms*. Os participantes visualizaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado de forma virtual. Ao final foi disponibilizado um link para o download da versão digital assinada pelos pesquisadores.

Após a assinatura do TCLE, foi realizada a aplicação do Questionário de coleta de informações gerais do familiar, seguida pelos Roteiros de autópsia psicossocial para coleta de informações sendo um sobre a biografia do idoso e outro o processo de luto do familiar. Os participantes foram previamente comunicados de que o áudio e vídeo das chamadas seriam gravados. Devido a pandemia de Covid-19, a presente pesquisa contou com a tecnologia de comunicação via internet, e dessa forma os participantes foram de diversas regiões do país. Após as transcrições das entrevistas o conteúdo gravado em vídeo foi deletado, com o intuito de preservar a identidade dos entrevistados. As gravações foram transcritas na íntegra pela pesquisadora. As transcrições serão mantidas sob sigilo por cinco anos, sendo destruídas após este período.

Os participantes foram orientados pela pesquisadora para estarem em um ambiente tranquilo, de preferência sem interrupções para a preservação do sigilo das informações. A conexão não foi interrompida, em nenhuma das entrevistas.

O tempo de duração de cada entrevista variou de 1 a 2 horas. A coleta de dados aconteceu, de forma individual, porém em uma das entrevistas a esposa do participante (aluna de psicologia), esteve presente ao longo da entrevista a pedido do participante.

3.4.2 Procedimento de análise de dados

Para o tratamento dos dados oriundos das entrevistas foi selecionado o método de análise de conteúdo, um dos métodos mais utilizados para a análise de pesquisas qualitativas. Bardin (2016) define a análise de conteúdo como:

“Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens” (Bardin, 2016 op cit, p. 48).

3.4.2.1 Pré análise dos dados

Esta etapa tem como objetivo a organização do material de análise, destina-se a operacionalização e estruturação das ideias, contidas em um conjunto de textos, viabilizando inicialmente o levantamento de inferências e hipóteses. Ela é iniciada pela leitura flutuante do material com o objetivo de absorver o máximo de conteúdo das entrevistas, permitindo assim uma primeira apropriação das principais ideias apresentadas pelos participantes (Bardin, 2016). Na presente pesquisa, foram realizadas 9 entrevistas online com enlutados de idosos vítimas de suicídio. Após a transcrição integral do conteúdo gravado por vídeo, foram realizadas leituras do conteúdo, com a finalidade de iniciar o processo de codificação e categorização dos resultados.

Nessa etapa, Bardin (2016), aponta a necessidade de seguir determinadas regras para alcançar o fim para o qual esse método está proposto. Deve-se alcançar a homogeneidade dos dados a serem levantados, permitindo com isso evitar a variabilidade da estrutura de coleta. Antes do início da análise,

deve-se realizar a leitura dos materiais de forma exaustiva, sem privilegiar um conteúdo em detrimento do outro, com isso evita-se uma leitura analítica enviesada.

3.4.2.2 Exploração do material

As regras descritas no item Pré-análise devem ser respeitadas no processo de construção das categorias de análise. Esta etapa é considerada por Bardin (2016) como uma etapa operacional que permite a codificação para a construção das categorias de análise. Esse processo se dá através da transformação dos dados brutos do texto para a representação do conteúdo por meio de recortes, numeração e seleção de trechos, elementos em comum citados nas entrevistas (Salles, 2018). A produção final desse processo caracteriza como “unidades de significados” ou também chamadas de “unidade de registro. Os critérios para essas unidades baseiam-se na contagem e repetições de palavras-chaves dentre elas: temas, palavras, termos e/ou expressões, assuntos recorrentes no discurso dos participantes, respeitando os critérios estabelecidos previamente pelo pesquisador. (Bardin, 2016).

Após a seleção dos temas recorrentes, as unidades de significados foram agrupadas, a partir de critérios pré-estabelecidos reunindo elementos em comum. Para Bardin (2016), os critérios para categorização podem ocorrer a partir do significado das palavras e/ou interpretação das frases. O processo é realizado em três etapas, sendo: categorização inicial; categorização intermediária e categorização final. Na categorização inicial, é realizado o levantamento das categorias preliminares a partir dos temas similares; na categorização intermediária, é organizado um refinamento por meio do reagrupamento, seguindo os mesmos critérios da categorização intermediária, com o intuito de afunilamento das inferências partindo do conceito norteador ou o que é comum no discurso dos participantes. (Bardin, 2016; Salles, 2018).

CAPÍTULO 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Caracterização e apresentação geral dos participantes da pesquisa

A seguir serão apresentadas as variáveis sociodemográficas levantadas a partir do questionário de caracterização com os nove enlutados, aplicadas na primeira fase do estudo. Na Tabela 1 os participantes foram nomeados com a letra “P” visando a preservação do sigilo das informações coletadas.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes enlutados

Participante	Idade	Gênero	Escolaridade	Religião	Profissão	Local de residência	Grau de parentesco com o idoso
P1	49	F	Ensino superior	Católica	Radialista	Valinhos/SP	Filha
P2	63	F	Ensino superior	Católica	Professora de inglês	Salvador/BA	Esposa
P3	37	M	Ensino superior	Evangélica	Advogado	São José do Rio Preto/SP	Filho
P4	35	F	Pós-graduação	Católica	Coordenador administrativo	São José dos Campos/SP	Filha
P5	33	F	Pós-graduação	Católica	Psicóloga	Brasília/DF	Neta
P6	62	M	Ensino médio	Católica	Policial aposentado	Atibaia/SP	Esposo
P7	43	F	Ensino superior	Agnóstica	Psicanalista	Balneário/PR	Filha

(continuação)

Participante	Idade	Gênero	Escolaridade	Religião	Profissão	Local de residência	Grau de parentesco com o idoso
P9	32	F	Ensino superior	Evangélica	Psicóloga	São Bernardo do Campo/SP	Filha

Fonte: Autora

(conclusão)

O estudo contou com 9 entrevistados com uma amostragem heterogênea, com idade mínima de 24 anos e máxima 63 anos, e média de 43,5 anos de idade, com participantes predominantemente do sexo feminino (7 contra 2). Em relação ao local de residência os estados são: São Paulo (6 participantes), Bahia (1 participante), Distrito Federal (1 participante), Paraná (1 participante). No que diz respeito à religião dos participantes, predomina a religião católica, sendo declarada por 5 participantes, em seguida a evangélica, com 3 participantes e 1 participante se declarou agnóstica. Em relação à raça, temos a predominância de brancos (7 participantes) e pardos (2 participantes). Em relação ao grau de parentesco com a pessoa falecida, temos a prevalência de filhos como participantes (5), seguido de esposos (2 participantes) e netos (2 participantes).

No aspecto da escolaridade dos participantes, temos 6 deles com ensino superior, 2 participantes com pós-graduação e 1 participante com ensino médio. Em relação à profissão, a mais recorrente é psicóloga (3 participantes), e as demais que aparecem no estudo são: psicanalista (1 participante), advogado (1 participante), administrador e coordenador hospitalar (1 participante), professora de inglês (1 participante), policial aposentado (1 participante) e radialista (1 participante). Por fim, no aspecto de renda familiar, temos 6 participantes com renda mensal acima de 5 salários mínimos, 2 participantes com renda média de 3 a 5 salários mínimos e 1 participante com renda média mensal de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 2 – Caracterização dos idosos falecidos por suicídio

Idoso falecido	Idade do falecido	Gênero	Escolaridade	Religião	Profissão	Local de residência	Método utilizado	Local de ocorrência da morte
IF 1	75	M	Fundamental I	Católica	Tratorista aposentado	Valinhos (SP)	Enforcamento	Residência
IF 2	62	M	Ensino superior	Católica	Professor de inglês	Salvador (BA)	Enforcamento	Residência
IF 3	63	M	Fundamental I	Evangélica	Pecuarista	Carneirinhos (MG)	Afogamento	Lago próximo à residência
IF 4	63	M	Fundamental I	Evangélica	Motorista	São José dos Campos (SP)	Enforcamento	Residência
IF 5	83	F	Fundamental I	Católica	Do lar	Caldas Novas (GO)	Envenenamento	Residência
IF 6	63	F	Ensino médio	Católica	Gerente supermercado	Atibaia (SP)	Enforcamento	Residência
IF 7	71	M	Ensino médio	Agnóstica	Economista aposentado	Pontal do Paraná (PR)	Corte pulso e/ou jugular	Mata fechada
IF 8	68	F	Fundamental I	Evangélica	Do lar	Flora Rica (SP)	Enforcamento	Residência
IF 9	62	M	Ensino médio	Evangélica	Motorista	São Bernardo do Campo (SP)	Corte pulso e/ou jugular	Praça próxima à residência

Fonte: Autora

Na Tabela 2 foram apresentadas as informações coletadas sobre os idosos falecidos por suicídio. A pesquisa apresenta a história de vida de 9 idosos, com idade mínima na data do óbito de 62 anos e máxima 83 anos, perfazendo a média de 72,5 anos de idade, sendo idosos predominantemente do sexo masculino (6 homens e 3 mulheres). Pesquisas apontam que os homens representam uma parcela maior na morte por suicídio comparado às mulheres (Volpe et al., 2006; Bertolote, 2012; Minayo 2016; Pinto et al., 2016; Cassorla, 2017). Em relação ao local de residência, os estados são: São Paulo (5 idosos), Bahia (1 idoso), Goiás (1 idoso), Paraná (1 idoso) e Minas Gerais (1 idoso). No que diz respeito à religião dos idosos, a amostra apresentou um heterogênea, havendo católicos (4 idosos), evangélicos (4 idosos) e agnósticos (1 idoso). Porém, entre os idosos, 8 deles apresentavam uma denominação religiosa e apenas 1 idoso foi considerado agnóstico.

Em relação à escolaridade dos idosos, temos uma predominância de baixa escolaridade sendo 5 idosos com ensino fundamental, 3 idosos com ensino médio e 1 idoso com ensino superior. Já em relação à profissão, temos motoristas (2 idosos), “do lar” (2 idosas), tratorista (1 idoso), economista (1 idoso), gerente de supermercado (1 idoso), professor de inglês (1 idoso) e pecuarista (1 idoso). Para Volpe et al. (2006), a baixa escolaridade entre os suicidas são mais recorrente comparadas ao nível de escolaridade mais alto.

No que diz respeito ao método utilizado, temos uma preponderância do enforcamento (5 idosos), seguido pelo corte pulso e/ou jugular (2 idosos), envenenamento (1 idoso) e afogamento (1 idoso). Tal informação corrobora com os aspectos apresentados em Bertolote (2012), Cavalcante et al. (2016) e Pinto (2016), ao apontarem o enforcamento como um dos métodos mais utilizados em nosso país. Em relação ao local da morte e ocorrência temos: na residência (5 idosos), em locais próximos à própria residência (3 idosos), e apenas 1 idoso morreu em perímetro considerado relativamente distante da residência, no qual o corpo foi encontrado aproximadamente 3 meses após o desaparecimento. Para Pinto (2016), a morte no próprio domicílio é o local mais recorrente entre os idosos, possivelmente devido à dificuldade de locomoção nas vias públicas.

E assim, para Volpe et al. (2006), o caminho mais apropriado para compreender de forma mais minuciosa os fatores de riscos e os fatores desencadeantes do ato suicida, vem do recolhimento de informações dos familiares e profissionais que acompanhavam o falecido. Entretanto, sabe-se do viés subjetivo existente na fala dos enlutados, pois de certa forma há uma tendência a um recorte na biografia do sujeito a partir do olhar de fora da história de vida do idoso (Volpe, et al., 2006; Welang et al., 2006; Minayo et al., 2016).

4.1.1 Caracterização individual dos participantes e breve fragmentos da história do idoso

Segundo Gutierrez, Sousa, Grubits (2015) a compressão do fenômeno do suicídio apresenta aspectos individuais e sociais que se influenciam, interlaçam dentro de uma dinâmica multidimensional atravessando influências de uma trajetória subjetiva e cultural. E sendo assim, segue uma breve apresentação dos idosos para uma compreensão de sua dinâmica ao longo da pesquisa. Os nomes dos participantes e dos idosos serão fictícios apenas para ilustração ao leitor.

Segue uma breve apresentação dos idosos para uma compreensão de sua dinâmica ao longo da pesquisa. Os nomes dos participantes e dos idosos são fictícios, apenas para ilustração ao leitor.

P1 – Lúcia

Filha de Luciano. A entrevista durou 1h10m, inicialmente, a filha falou de forma emotiva e ininterrupta por quase 40 minutos, com riqueza de detalhes e, muitas vezes, narrando a fala exata do pai. Somente após esse tempo foi possível seguir com as perguntas. Por diversas vezes a emoção permeou a fala da participante, porém ao final da entrevista observei certa exaustão ao reviver sua história com o pai. Lúcia, filha do senhor Luciano, que era tratorista. Sr. Luciano tinha o Ensino Fundamental incompleto, residia com a esposa e tinha 2 filhas. Era um senhor sorridente, gostava de jogar cartas com os amigos, católico praticante, tinha sua crença na Bíblia. Gentil com as pessoas, não via maldade em ninguém, um bom avô, porém calado. Enfrentou um câncer e depois de

alguns meses de tratamento passou a apresentar comportamentos diferentes. Manifestou pensamentos de suicídio 25 dias antes da morte, sinalizou para um padre, familiares e médicos sobre sua ideação de morte. Faleceu por suicídio aos 75 anos, enforcado em um quarto localizado no quintal de sua residência.

P2 – Rosângela

Esposa de John, professor de Inglês, sem filhos. A entrevista durou 56 minutos, durante os quais Rosângela contou de seu relacionamento e de como seu marido era lindo na juventude. John era estadunidense, vivia no Brasil há 16 anos, mantinha escasso contato com a família nuclear, era de pouco amigos. Rosângela narrou uma história de altos e baixos marcada por violência emocional com agressões verbais e de como o final de seu relacionamento foi conturbado. Estavam em processo de separação, Rosângela já estava residindo em outra casa. John sinalizou nas redes sociais sua intenção de morte, e Rosângela ao retornar à residência encontra John enforcado em uma das portas. Rosângela realizou a entrevista de forma participativa, preocupada em ofertar o conteúdo para auxiliar na pesquisa, mas ao final, ao falar de seu luto, demonstrou toda a emoção que foi acumulando ao longo do encontro.

P3 – Evandro

Filho de João, que era um pecuarista casado e tinha 2 filhos. João amava a terra, o lidar com o gado, era um conhecedor da pecuária, mantinha relação com muita gente em sua cidade, alegre, conversava e interagia com todos. Homem de opinião forte, mas um sujeito calado em relação aos seus sentimentos. O casamento tinha alguns conflitos, mas nos últimos meses viveu uma depressão que mudou sua rotina, o homem intenso da roça passou a fragilizar-se com o desligamento de um dos trabalhos e logo após esse período veio a aposentadoria. Foi encontrado afogado em um rio próximo à sua residência por um dos filhos. A entrevista durou 44 minutos. Evandro participou acompanhado pela esposa, que é estudante de psicologia. Por diversas vezes o participante, ao falar e lembrar-se do pai, contava os fatos sorrindo com muito orgulho do genitor e amigo, e comentou emocionado sobre a saudade das mensagens que trocavam, todos os dias, falando da rotina da roça.

P4 – Juliana

Filha de Antônio. O idoso era separado e tinha 4 filhas. Os pais de Juliana se separam ainda em sua infância, houve muito conflitos e instabilidade em torno da separação, e assim Juliana cresceu distante do pai, e com isso tem lembranças de um genitor agressivo e alcoolizado. Porém, Juliana manteve tentativas de aproximação em diversas fases de sua vida. Para a filha, Antônio era uma pessoa carinhosa, mas ausente na dinâmica familiar com as filhas e netos. Residia sozinho. Sem amigos, era uma pessoa solitária, com conflitos nas relações sociais ao longo da vida. Nos últimos meses de vida, passou a manifestar comportamento persecutório e de muita ansiedade. Em nenhum momento manifestou aos familiares sua ideia suicida. Os vizinhos acionaram os bombeiros, Antônio foi encontrado enforcado no quintal da casa encostado na parede. A entrevista durou 1 hora e 36 minutos, e a filha, muito emocionada, relatou a história do pai por aproximadamente 50 minutos, após retomar o roteiro da entrevista observe a filha exausta e emotiva, ao longo da entrevista sinalizava que estava sentindo fisicamente o que sentiu no dia da morte. Ao final da entrevista observe um discurso de sofrimento e perdas iniciadas muito antes do falecimento de seu pai. Juliana acreditava que diante da agressividade e personalidade de Sr. Antônio, haveria uma possibilidade de uma agressão ou até um homicídio, mas não acreditava na possibilidade de um autoextermínio.

P5 – Catarina

Neta da idosa Benedita, que era viúva por dois relacionamentos, morava sozinha, era do lar, teve 4 filhos, um morreu durante um acidente. Para a neta, a avó era uma pessoa difícil, mantinha relações de forma conflituosa, principalmente com as noras, criando situações desconfortáveis entre os familiares. A idosa tinha medo de ser dependente dos filhos, tinha uma preocupação acentuada com a perda de autonomia financeira, era vista como uma pessoa muito sistemática. Catarina relata uma briga que a senhora teve um dia antes da morte com um dos seus filhos, em que Benedita, ao telefone, ameaça o filho dizendo que iria se matar. Foi encontrada morta em seu apartamento por um de seus filhos. Benedita tomou veneno de barata, realizou o preparo em dois copos diferentes, talvez na tentativa de garantir o

envenenamento caso a morte não acontecesse apenas com a primeira quantidade. Catarina comenta que, devido à distância geográfica, não participou dos ritos fúnebres da avó, relata que pouco se falou entre os familiares sobre a violência autoprovocada da idosa, refere que percebe restrições entre seus tios em abordar o sofrimento do luto, emociona-se ao lembrar que não houve nenhum pedido de ajuda, mas lembra de que, na infância, ouvia a avó dizer que iria morrer tomando veneno. No velório, o padre revela aos familiares que a senhora tinha lhe anunciado o suicídio. Catarina é psicóloga e atua na prevenção e posvenção do suicídio. A entrevista durou 1 hora e 18 minutos.

P6 – Edson

Esposo da idosa Eduarda, que era casada, do lar, sem filhos. Segundo o participante, Eduarda viveu um longo sofrimento emocional, e com crises de epilepsia. A frustração pela infertilidade e pela impossibilidade de adoção foi um dos quadros de maior instabilidade em sua vida, comenta inclusive que a idosa na época desenvolveu uma gravidez psicológica. Eduarda era uma pessoa carinhosa e prestativa, mas de pouca conversa, sem amigos, tinha apenas conhecidos, além do convívio com familiares. Devido ao seu processo de adoecimento emocional não exercia atividades laborais, mas estava finalizando um curso de estética, porém não conseguiu concluí-lo, o que seria, na opinião de Edson, outro agravante para seu autoextermínio. Era muito religiosa, clamando a Deus por alívio para a dor emocional, um dia antes de sua morte foi encontrada no chão da capela de seu sítio segurando algumas fotos. Na madrugada, foi encontrada enforcada no quintal de sua casa. Edson, conta detalhes minuciosos da história da idosa, e observo a necessidade que o participante tem em contar de forma cronológica e precisa todos os cuidados ofertados ao longo dos anos para sua esposa, considerada frágil e debilitada. A entrevista durou 1 hora e 40 minutos.

P7 – Luana

Filha do Sr. Leandro, funcionário público aposentado, que era casado e teve dois filhos, sendo um dos filhos falecido. Uma pessoa reservada, vindo de uma família muito pobre, fez economia e era organizado com as finanças.

Sempre dizia para a filha que iria se matar, 5 meses antes do falecimento organizou as finanças, passou as senhas de banco e orientou a filha e o genro, 1 mês antes da morte finalizou todas as coordenadas. No dia do desaparecimento chovia forte, o que impossibilitou a procura de forma mais intensa. Depois de 3 meses a ossada do pai foi encontrada por um vizinho em uma mata próximo à sua residência, ao lado do corpo foi encontrado um estilete. No momento da entrevista a ossada estava ainda no IML. Luana é psicóloga, realizou seu mestrado no estudo da Morte e do Morrer, diz que não imaginava como sua dor seria intensa com a morte do seu pai. Devido às circunstâncias da morte ainda aguarda a liberação do IML para realizar os ritos fúnebres. A entrevista durou 55 minutos.

P8 – Ana

Neta da senhora Clara, que era casada, teve uma filha sua (a mãe de Ana) e seu genro mortos em um acidente de carro há 14 anos, e desde então cuidou dos netos. Não era religiosa, mas acreditava na Bíblia. Com a pandemia, falava muito da solidão, mesmo morando com o esposo e um de seus netos, sentia que não era importante. Um dos netos, irmão da participante, encontra o corpo pendurado no quintal, tenta tirá-la usando uma faca da cozinha, mas o falecimento já havia ocorrido. A idosa era semianalfabeta, mas após a morte a família encontra no guarda-roupa atrás do porta-retrato da filha morta o pedido para que os familiares cuidem do neto, exatamente desse familiar que encontrou o corpo da idosa. Ana é psicóloga, ao longo da entrevista por diversas vezes ria ao relatar os eventos, percebo que é um riso de nervoso, mistura de dor e angústia. Ao que parece, pela segunda vez Ana se torna órfã, suas mães são retiradas de sua vida de forma violenta e inesperada. A entrevista durou 45 minutos.

P9 – Danila

Filha do idoso Pedro, que era casado e tinha duas filhas, e era motorista. Realizava acompanhamento psicológico e psiquiátrico há muitos anos, pois foi diagnosticado com depressão e transtorno bipolar. Era uma pessoa com dificuldades em manter relacionamentos, apresentando, ainda na infância,

dificuldades na aprendizagem, segundo a filha foi negligenciado ao longo da vida por seus pais e familiares. Não progredia na vida profissional, o que era algo gerador de muito sofrimento, pois se sentia uma pessoa burra e limitada. Após o falecimento, familiares descobriram que o idoso havia sinalizado seus pensamentos de morte para um dos seus irmãos. Em uma manhã, saiu de casa para um passeio com o cachorro, e a família foi informada por policiais da tentativa de suicídio, Sr. Pedro foi encontrado na praça próximo à sua casa com um corte na jugular, e com ele foi encontrada uma carta de despedida. O idoso falece após algumas semanas no hospital em decorrência da violência autoprovocada. Danila é psicóloga, responde de forma pontual e objetiva às perguntas propostas. A entrevista durou 46 minutos.

4.2 Análise de conteúdo das entrevistas

Neste item serão apresentados os principais resultados da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os familiares enlutados. Inicialmente, serão apresentadas tabelas gerais que demonstram as etapas do processo de categorização das entrevistas. Posteriormente, no item 4.2.2 será realizada a discussão dos dados, com base na literatura fundamentada no referencial teórico da suicidologia e do processo do luto.

4.2.1 Apresentação dos resultados da análise do conteúdo

A Tabela 3 apresenta as 25 unidades de significados identificadas com maior frequência a partir da leitura exaustiva das entrevistas. As unidades de significados foram apresentadas na Tabela 3 por ordem de repetição da maior para o menor.

Tabela 3 – Unidades de significados mais recorrentes e o número de repetições nas entrevistas

Unidade de Significado	Número de Repetições
(1) Morte na residência ou em local próximo ao domicílio 1C	9
(2) Perdas significativas ao longo da vida 3C	9
(3) Sentimentos recorrentes dos familiares frente à morte por suicídio: Culpa, raiva, sensação de abandono, sentimentos antagônicos 6C	9
(4) Questionamentos e reflexões referentes aos últimos momentos de vida do ente querido 5C	9
(5) Suporte recebido nos aspectos sociais, espirituais, psicológicos e psiquiátricos 7C	9
(6) Possíveis explicações e fatos considerados “gatilhos” para o ato suicida tais como: perdas, conflitos familiares, solidão, adoecimentos e debilidade físicos incapacitantes, mudanças nos papéis sociais e/ou financeiro 6C	9
(7) Dificuldades em expressar e sugerir medidas efetivas para a prevenção e posvenção do suicídio na população idosa 7C	8
(8) Infância permeada por sofrimento, abusos e violência e/ou estruturas familiares fragilizadas 3C	8
(9) Mudança de comportamentos anteriores à morte 2C	8
(10) Notícia do óbito recebida de forma inesperada. Sensação de entorpecimento e descrença do ato 5c	8
(11) Sem tentativas prévias de suicídio antes da morte 1C	8

(Continuação)

Unidade de Significado	Número de Repetições
(12) Realização de ritos de passagem 5C	8
(13) Letalidade do ato suicida 1C	8
(14) Mudanças significativas após o falecimento do ente querido 5C	8
(15) Responsabilidade e preocupação com outros familiares após o falecimento do ente querido 5C	7
(16) Manifestação de doenças emocionais preexistentes 2C	7
(17) Acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico anterior ao momento da morte 2C	7
(18) Aspectos emocionais comprometidos como: autoimagem, pesar e melancolia, irritabilidade, improdutividade e/ou menos valia 4C	7
(19) Dificuldades nas relações sociais 4C	6
(20) Sentimento de solidão após meses e anos do falecimento 7C	6
(21) Comunicação da ideação ou planejamento de morte 1C	6
(22) Mensagem de despedida 1C	5
(23) Histórico de doenças e/ou debilidades físicas e/ou cognitivas anteriores à morte 2C	5
(24) Histórico de tentativas de suicídio ou morte por suicídio na família 2C	3
(25) Preconceitos e julgamentos negativos vividos por familiares devido à <i>causa mortis</i> ser suicídio 6C	3

Fonte: autora

(conclusão)

Nas Tabelas 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 foram apresentadas as categorias intermediárias, construídas a partir do primeiro agrupamento das unidades de significados, usando o critério semântico, ou seja, a semelhança entre os temas. Na primeira coluna de cada tabela foram apresentadas as unidades de significados agrupadas de acordo com o tema, seguidas pelo título da categoria intermediária e o conceito norteador utilizado como critério para o agrupamento das unidades. Ao total foram desenvolvidas 7 categorias intermediárias, sendo elas: 1. Ações e planejamentos anteriores ao ato suicida; 2. Adoecimento e/ou debilidades progressos à morte; 3. Histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida; 4. Aspectos da dinâmica emocional do idoso; 5. Vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte violenta por suicídio; 6. Dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio; 7. Prevenção e posvenção, o manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio.

Tabela 4- Primeira Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Morte na residência ou em local próximo ao domicílio	Ações e planejamentos anteriores ao ato suicida	A categoria apresenta os comportamentos anteriores à morte e, assim, possíveis indicadores da intenção do suicídio, colocando em questão se o ato surge de uma impulsividade ou de um planejamento.
Sem tentativas prévias de suicídio antes da morte		
Comunicação da ideação ou planejamento de morte		
Mensagem de despedida		

Fonte: autora

Tabela 5 – Segunda Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Histórico de doenças e/ou debilidades físicas e/ou cognitivas anteriores à morte	Adoecimento e/ou debilidades progressos à morte	Relevância dos aspectos da saúde física e emocional geradores de sofrimento. Possíveis indicadores do agravamento da intenção de morte.
Manifestação de doenças emocionais preexistentes		
Acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico anterior ao momento da morte		
Histórico de tentativas de suicídio ou morte por suicídio na família		
Mudança de comportamentos anteriores à morte		

Fonte: autora

Tabela 6 – Terceira Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Infância permeadas por sofrimento, abusos e violência e/ou estruturas familiares fragilizadas.	Histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida.	Causalidades do ato suicida como o ambiente social e cultural, geradores de sofrimento e comprometimento na dinâmica da vida do idoso.
Perdas significativas ao longo da vida		

Fonte: autora

Tabela 7 – Quarta Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Dificuldades nas relações sociais	Aspectos da dinâmica emocional do idoso	Características da individualidade do idoso, culminando em isolamento e conflitos relacionais, bem como indicadores do impacto na qualidade de vida do idoso.
Aspectos emocionais comprometidos como: autoimagem, pesar e melancolia, irritabilidade, improdutividade e/ou menos valia.		

Fonte: Autora

Tabela 8 – Quinta Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Notícia do óbito recebida de forma inesperada. Sensação de entorpecimento e descrença do ato.	Vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte violenta por suicídio	Compressão das reações pertinentes ao luto, dualidade das vivências, bem como a importância dos ritos de passagem para o processo de luto.
Questionamentos e reflexões referentes aos últimos momentos de vida do ente querido.		
Realização de ritos de passagem		
Mudanças significativas após o falecimento do idoso		
Responsabilidade e preocupação com outros familiares após o falecimento		

Fonte: Autora

Tabela 9 – Sexta Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Sentimentos frequentes na morte por suicídio: Culpa, raiva, sensação de abandono, sentimentos antagônicos	Dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio	Características recorrentes na dinâmica dos enlutados por suicídio
Preconceitos e julgamentos vividos por familiares devido a causa morte ser por suicídio		
Possíveis explicações e fatos considerados “gatilhos” para o ato suicida tais como: perdas, conflitos familiares, solidão, adoecimentos e debilidade físicos incapacitantes, mudanças nos papéis sociais e/ou financeira		

Fonte: autora

Tabela 10 – Sétima Categoria intermediária

Unidade de Significado	Categoria Intermediária	Conceito Norteador
Suporte recebido nos aspectos sociais, espirituais, psicológicos e psiquiátricos	Prevenção e posvenção. O manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio.	Possíveis diretrizes no processo de psicoeducação na prevenção e posvenção para a sociedade.
Sentimento de solidão após meses e anos do falecimento		
Dificuldades em expressar e sugerir medidas efetivas para a prevenção e posvenção do suicídio na população idosa		

Fonte: autora

Na terceira etapa foi realizado o reagrupamento das categorias intermediárias com o objetivo do afinamento de temas comuns, possibilitando a síntese de resultados em categorias mais específicas denominada como “categorias finais”. A Tabela 11 apresenta as 3 categorias finais, construídas a partir do agrupamento das categorias intermediárias apresentadas nas Tabelas 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10. São elas: Categoria final 1. Biografia do idoso em sua dinâmica biopsicossocial; Categoria final 2. Impacto na vida dos enlutados diante da morte por suicídio; e Categoria final 3. O processo de luto dos familiares de idosos vítimas de suicídio.

Tabela 11 – Categoria final

Categoria intermediária	Categoria final	Conceito Norteador
I. Ações e planejamentos anteriores ao ato suicida II. Adoecimento e/ou debilidades pregressos a morte III. Histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida. IV. Aspectos da dinâmica emocional do idoso	Biografia do idoso em sua dinâmica biopsicossocial.	A categoria analisa a compreensão dos familiares em se tratando das características do idoso, na tentativa de percorrer os fatos anteriores a morte por suicídio, através da autópsia psicológica.
V. Vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e a morte violenta por suicídio.	Impacto na vida dos enlutados diante da morte por suicídio.	Nesta categoria verifica possíveis mudanças na vida do enlutado, a morte inesperada, porém algumas vezes anunciada, e os desdobramentos específicos devido a <i>causa mortis</i> do idoso ser o suicídio.
VI. Dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio VII. Prevenção e posvenção. O manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio	O processo de luto dos familiares de idosos vítimas de suicídio.	A categoria busca verificar as vivências do processo de luto e suas nuances características da morte por suicídio, a ambivalência de emoções. Bem como diretrizes para os cuidados na posvenção.

As categorias serão discutidas no próximo item a partir do referencial teórico sobre a suicidologia e o processo de luto, sendo ilustrada com os trechos selecionados das entrevistas.

4.2.2 Discussão dos resultados da análise de conteúdo

A seguir serão discutidas as categorias finais distribuídas conforme a classificação previamente mencionada na Tabela 11

4.2.2.1 Primeira categoria final Biografia do idoso em sua dinâmica biopsicossocial.

Conforme já destacado, a categoria final apresentada na Tabela 11 “Biografia do idoso em sua dinâmica biopsicossocial” foi composta pelas categorias intermediárias “Ações e planejamentos anteriores ao ato suicida”; “Adoecimento e/ou debilidades pregressos a morte”; “Histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida”; “Aspectos da dinâmica emocional do idoso”. A seguir, serão apresentadas as discussões relativas às respectivas categorias intermediárias acompanhadas de suas unidades significado.

4.2.2.1.1 Primeira categoria intermediária ações e planejamentos anteriores ao ato suicida.

Na categoria intermediária “**Ações e planejamentos anteriores ao ato suicida**”, descritas na Tabela 4, foram alocadas 5 unidades de significados que elucidam os comportamentos anteriores à morte e assim, possíveis indicadores da intenção do suicídio, colocando em questão se o ato surge de uma impulsividade ou de um planejamento.

Em se tratando da unidade de significado “**morte na residência ou em local próximo ao domicílio**” temos dos 9 idosos falecidos, 6 falecidos na

residência e 3 idosos em locais públicos próximos de sua residência. Na população pesquisada 8 idosos tiveram morte no local da tentativa de suicídio e apenas 1 dos idosos faleceu dias após no hospital. No que diz respeito, é recorrente entre os idosos ser em domicílio, ou em locais próximos à residência, como nos aponta Cavalcante et al., (2015) verificado também na presente pesquisa ilustrado no relato de P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – morte por enforcamento com fio de telefone em um quarto no quintal:

“minha mãe resolveu procurar no quartinho da bagunça que fica lá na minha casa, na casa do meu pai e da minha mãe, e qual não foi a surpresa, estava lá, a princípio ela não percebeu que ele tava morto. Ela pensou que ele estava só encostado no armário, ela pôs a mão nele, como é que você está fazendo aí? Quando ela percebeu vai, então a gente acredita que ele nem chegou a sair né? Ele fingiu que foi e foi nessa ‘parece que tá’ escapou pelos vãos de nossos dedos, foi assim”.

No relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – a morte aconteceu por enforcamento com um cinto na residência, segundo o médico legista ele fez uso de medicação para dormir, sendo encontrado apenas no dia seguinte por sua esposa. O mesmo acontece na experiência de P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – o pai foi encontrado enforcado no quintal de casa por vizinhos que acionaram o Corpo de Bombeiros. Na fala de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – sua avó foi encontrada morta por um dos filhos um dia após o suicídio, a idosa ingeriu veneno de barata para a execução do ato, seu corpo estava na sala ao lado do telefone.

Segundo Ariès (2014), em algumas culturas observa-se a necessidade de marcar o lugar exato em que o corpo de seu ente querido encontra-se sepultado, ou seja, o local dos restos mortais é uma referência de lugar para celebração e recordações. São espaços para zelar a imagem física do morto, símbolo de sua identidade. Assim, todo túmulo tem um defunto, com isso há uma personalidade marcada, geralmente, pelo nome, número do jazigo e/ou uma data de nascimento e morte, fotos, pertences ou ainda alguma frase conhecida como epitáfio, texto esse que geralmente é escrito pelos familiares e costuma dizer dos atributos e feitos do falecido. Entretanto, como sinaliza P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – o local da morte, isto é, o cômodo da casa em que foi executado o ato passa a ser um espaço de difícil acesso emocional, após um ano a enlutada apresenta dificuldade em voltar ao local do suicídio, dificuldade

expressa em sua fala: “vou esperar primeiro passar essas duas semanas que eu imagino que tenha sido terríveis para ele”.

Os cômodos das casas mais utilizados para a ação suicida, segundo Cavalcante et al. (2012), são as áreas externas da residência, tais como quintal, garagem, quarto externo, banheiro externo, possivelmente com a intenção de não serem descobertos por outros familiares residentes na casa. Ao que parece, foi o que aconteceu com P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – quando encontra a esposa enforcada na área externa da casa: “quando eu cheguei perto que eu vi que ela tinha saltado para o outro lado da varanda”. Foi também no quintal da casa que P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – refere o lugar escolhido por sua avó, o corpo da senhora foi encontrado enforcado em cima de uma mesa por um dos netos. No caso da morte por suicídio, o local onde o corpo foi encontrado também passa a ter memórias afetivas do ente querido, quando o autoextermínio ocorre no domicílio gera-se um impacto afetivo, muitas vezes levando os familiares à mudança de residência após a morte, pois além do sofrimento da perda ainda há possíveis impactos culturais no que tange à desvalorização do imóvel devido a aspectos supersticiosos e/ou morais.

Nas proximidades da casa deu-se o desfecho do pai de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – utilizando o método de afogamento em um lago próximo à sua chácara. O filho comenta que em um breve momento de descuido o pai saiu do quintal de casa, sendo seu corpo encontrado minutos após por um de seus filhos. Algo semelhante ocorre na vivência de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – o pai, justificando um passeio com o cachorro, saiu de casa e em uma praça a dois quarteirões de distância fez um corte com o estilete na jugular, porém foi encontrada uma carta com o nome dele e o endereço da casa, nesse caso percebe-se que a identificação do lar é importante no momento da morte. Próximo à casa, mas em mata fechada, após três meses do desaparecimento, P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos), comenta que foi encontrada a ossada do genitor, o autoextermínio também se deu com um estilete, mas ainda não se sabe se ocorreu com cortes nos pulsos ou na jugular.

Entretanto, é necessário considerar o índice significativo entre os idosos de mortes por suicídio no domicílio ou nas proximidades, devido à debilidade

física que acometem alguns longevos, bem como o tempo de permanência que estes passam sozinhos em um único cômodo, sendo este tempo intensificado pelos comportamentos de maior reclusão diante de quadros melancólicos vividos antes do suicídio ou ainda por residirem sozinhos, dificultando assim o resgate (Ferraiuoli et al., 2018).

Pensando na unidade de significado “**letalidade do ato suicida**” nos idosos, dentre os 9 pesquisados, em apenas um dos casos foi possível realizar o resgate, com o idoso vindo a falecer no hospital semanas após a tentativa. Entretanto cabe ressaltar que o socorro deste longevo só foi possível porque um comando policial estava em ronda, mas segundo P 9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos):

“assim que ele caiu, minutos depois o policial que estava fazendo a ronda né, passou e viu ele caído na calçada com muito sangue e eles pararam na hora e foi quando eles colocaram ele dentro do carro e levaram para o hospital”.

Porém, na percepção da filha o pai não tinha a intenção de ser descoberto, pois a praça era tranquila. Minois (2018), em suas pesquisas, conclui que nas culturas medievais os métodos mais utilizados para o autoextermínio eram, na sequência: enforcamento, afogamento, uso de faca (corte e/ou perfuração) e precipitação. Atualmente esses métodos ainda são muito comuns, mesmo variando de acordo com a cultura e particularidades geográficas e populacionais.

O suicídio tem alguns componentes, como a intenção de morte, a escolha do método e a crença do desfecho letal (Corrêa et al., 2009). Observamos em P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos), a fala:

“me parece que foi um método bem que foi feito para ser bem fatal. Foram encontrados os dois copos com a mesma substância, o que, como eu estudo nessa questão do suicídio, na verdade não precisa nem estudar para isso, mas a minha própria família percebeu que ela preparou os dois copos para que não existisse o erro né, não existe essa possibilidade, dela tomar um copo por exemplo, desmaiar e não dar tempo de tomar um outro. Então ela preparou os dois para que não houvesse esse tempo para ela preparar outro, né! E aí ela preparou os dois copos e tomou um em seguida do outro. Meu tio chegou lá ela já estava morta”.

Dentre os idosos, o método mais utilizado é o enforcamento, provavelmente devido à facilidade do acesso ao instrumento. Nessa faixa etária o segundo meio mais utilizado é o envenenamento por *chumbinho*, que,

especificamente no Brasil o método também traz facilidade para o uso, pois além do baixo custo, em algumas regiões o material é encontrado em lojas de bairro, e até feira popular. (Neto et al., 2013) Em contrapartida, a arma de fogo é um método mais caro e seu uso é restrito a algumas populações, proibido à população de forma geral, e assim seu manejo é também mais seletivo. O salto em altura é um método mais frequente em espaços urbanos e o afogamento em rios e lagos é mais comum nos perímetros rurais. Cabe ainda ressaltar que entre os idosos mais jovens a escolha do método também está atrelada às condições físicas no momento do suicídio, os mais longevos, geralmente, apresentam debilidade corporal e assim, maiores limitações para execução de alguns métodos (Neto et al., 2013).

A escolha do método implica a facilidade de uso por parte do falecido, a intenção de letalidade, bem como a acessibilidade ao método, entretanto cada sujeito se mata de uma forma pessoal e subjetiva, pois o ato suicida também atravessa um aspecto simbólico de comunicação (Volpe et al., 2006). Como comenta P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – a escolha do pai quanto ao local da morte teve um propósito de letalidade:

“Foi por afogamento, ele nunca soube nadar e ele sabia que se ele pulasse do lago ele não conseguiria escapar, né? Eu acredito que a tentativa de suicídio é sempre pensando no meio que tenha êxito né! Então eu acho que ele tinha essa certeza, ele se afogou”.

Em suicídios, o corpo pode ser tornar-se um horror para os que ficam, havendo, de certa forma, uma repugnância. Alguns enlutados apresentam dificuldades em reconhecer no cadáver os traços do ente querido, o autoextermínio é a marca da degradação do sofrimento da condição humana ao fim da vida (Ariés, 2014). São lembranças de horror e sofrimento como comunica P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – o momento que seu irmão encontra o corpo da avó:

“...ele passou perto da cozinha, aí ele falou assim quando ele virou ela tava ali pendurada, meu irmão falou para mim que o corpo dela ainda estava quente, que acha que se ele tivesse saído cinco minutos antes podia ter ajudado, mas pelo que a gente sabe a pessoa leva três minutos para quebrar o pescoço dela, (PAUSAS) não morreu enforcada assim, não destroncou o pescoço, ela morreu asfixiada, então talvez pudesse ter ajudado ela só que ela não gritou não fez barulho nenhum (EMOCIONADA). Então não deu para ajudar, mas a gente não sabe se ela tava viva, tava morta, não sei.”

No suicídio há uma morte violenta e inesperada, mesmo que anunciada em alguns casos. Os corpos, em sua maioria, se tornam mutilados, desconfigurados ou expostos em vias públicas, e tais cenas, banhadas por memórias afetivas que reverberam por meses ou anos podem, além de denunciar o sofrimento do falecido, dificultar ainda mais o processo do luto dos familiares e amigos (Kovács, 2007).

Na presente pesquisa, no que diz respeito a unidade de significado **“tentativas prévias de suicídio antes da morte”**, apenas uma idosa já tinha realizado tentativas anteriores ao ato mortal, entretanto, segundo o relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – a esposa havia deixado um bilhete antes. “uns 10 anos nesse período, de dez anos essas três tentativas vamos dizer que é podemos dividir aí.” O método escolhido na tentativa anterior foi o atropelamento pelo metrô, porém, a rápida intervenção da equipe de segurança da estação impediu a ação. O risco de uma nova tentativa de suicídio em pessoas já tentantes é um dos fatores de risco agravantes comparada a pessoas da população em geral (Vidal & Gontijo, 2013).

Os autores Cavalcante, Minayo, Mangas (2013) e Ferraiuoli et al. (2018) mostram que pesquisas significativas referem que entre os idosos a letalidade do ato é 60% maior, se comparada a outras faixas etárias. Algumas considerações acerca do ato dizem do planejamento mais eficaz entre os longevos para a consumação da morte como, por exemplo, a escolha do método. Essa faixa etária anuncia menos sua intenção de dar fim na própria vida, ou seja, não costuma pedir ajuda.

Porém, na presente pesquisa, na unidade de significado **“a comunicação de ideia suicida ou planejamento de morte”** é encontrada na autópsia psicossocial de forma recorrente e em maior número. Dentre os 9 idosos, 6 idosos comunicaram seus pensamentos de morte. Como observamos no relato de P1 – Lúcia, filha de Luciano (75 anos) – comunicou sua intenção a um cardiologista, aos familiares e a um padre. Se referindo a uma conversa com o pai, Lúcia conta exatamente a fala de seu genitor: “eu contei para ele que tenho a intenção de tirar minha vida”. Existiram momentos da esposa e as duas filhas

estarem presentes, mas segundo a participante foi um momento que faltaram palavras para expressar a situação. Em seguida o idoso refere:

“olha eu não queria tá falando isso para você, isso é uma coisa minha, não tem nada a ver com você, tem nada a ver com vocês, vocês são ótimas e essa é uma perturbação que eu tenho desde quando eu era solteiro... eu já planejei”.

P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – relata que o idoso inicia a comunicação de sua ideação suicida de forma clara 3 meses antes da morte, segundo a esposa, John não acreditava na possibilidade da separação, Rosângela comenta:

“ele já tinha me dito outras vezes, ele mostrou o cinto que ele iria, ele me disse que queria fazer em casa, ele me mostrou a dobradiça onde ele já tinha tentado e não tinha conseguido, e eu avisei os irmãos nos Estados Unidos: ‘olha, ele está com pensamento suicida, tá pensando em se matar’, converse com ele”.

Segundo Kovács (2007), a finitude é um tema interdito, aproximado da conspiração do silêncio, não se é falado sobre o assunto e mais ainda sobre a ideação suicida. É recorrente a ideia entre a população de que falar sobre o tema intensifica o sofrimento, porém, segundo a autora, o silêncio frente ao assunto é, sim, causador de intensa dor emocional. A ambiguidade entre o viver e o morrer, pedir a ajuda e sinalizar a ideação é algo recorrente na fala dos idosos, no entanto, como se observa no compartilhamento de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – nem todos dão sinais em relação ao planejamento, o que dá margem para a não compreensão dos familiares:

“Eu acho que não sobre o planejamento, eu acho que sobre as ameaças dela dizer que ela faria, mas eu acho que na verdade eu não tenho certeza se ela falava que ela faria, ela falava que cometeria, é isso. Eu só sei que há alguns anos ela dizia que tomaria veneno, né! Assim, mas eu não sei se quando ela falou para esse tio ela falou exatamente isso, mas ela falou que faria, ela falou para o padre também da igreja, o padre foi ao velório dela depois comunicou à família que ela tinha dito a ele que ela faria isso”.

Em alguns casos, porém, observamos a intervenção dos profissionais não necessariamente contribui para a prevenção e manejo do comportamento autolesivo, e em outros casos há a dificuldade emocional entre os familiares em acreditar na ideação, como sinaliza P 9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos):

“há menos de uma semana antes, quando ele tinha ido ao psiquiatra, ele falou para ele que ele tinha ideias suicidas, e aí o psiquiatra respondeu para ele: “e nossa se eu colocou

se você tem filhas é essa herança que você quer deixar para elas?” Então eu acho que o que a gente soube que ele chegou a falar mesmo de fato bem claro foi para o psiquiatra dele e a gente sabe porque minha mãe tava junto na consulta, ela que contou isso para gente”.

Sousa et al. (2016), reforça a importância de profissionais da saúde, familiares, líderes religiosos e comunitários como agentes necessários na identificação da ideação e planejamentos suicidas, além da atenção para a comunicação e manifestações verbalizadas ou encenadas pelos idosos, bem como a importância da escuta cuidadosa do estado de sofrimento com a perda de esperança e o desamparo que antecede o ato suicida. Muitas vezes, os motivos e os fatores que levam ao ato suicida são explícitos e diretos, porém o sofrimento e/ou alteração do comportamento são anunciados entre os idosos por sinais como: sensação de desamparo, desânimo, falta de vontade de viver e discursos de que a vida não vale mais a pena ser vivida (Cassorla, 2017).

É a dualidade que Welang & Botega (2006) sinalizam ao destacar que o empenho da pessoa em sofrimento tentar o suicídio, vem também, frequentemente, precedida pelo pedido de socorro através de uma comunicação de sua intenção. Alguns emitem sinais, porém nem sempre são compreendidos pela sociedade, outros não são claros e objetivos o suficiente como, por exemplo, um pedido de ajuda. Em alguns momentos essas comunicações são realizadas para pessoas externas à família, dentre elas padres, pastores, amigos em redes sociais e/ou, em outros momentos, aos profissionais da área da saúde. Esta incompreensão da comunicação é vista no exemplo de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos): “há muitos anos atrás ele sempre disse que queria se matar... hoje olhando para trás eu vejo que todo planejamento de meses assim com finanças, mas na hora eu não percebi, eu não percebi”.

Toda e qualquer demonstração – verbal ou não – de uma ideação suicida deve ser considerada legítima, mesmo quando sem consistência ou de caráter manipulador diante de uma situação aparentemente sem risco (Vidal et al., 2013). Assim, é de suma importância a avaliação de risco de suicídio a partir da compreensão da fala dos idosos. Entre os critérios para de risco de suicídio temos, na avaliação segundo Cavalcante et al. (2015), o inexistente, o leve, o moderado, o severo e o extremo. Compreende risco inexistente: sem plano de

se matar. Grau leve de risco: sem plano específico para o autoextermínio. Perigo moderado: com existência de um plano, embora ainda se tenha o recurso da dúvida entre o viver e o morrer. Severo: pensamento frequente e intenso de suicídio, plano específico e letal em relação à escolha do método. Extremo: clara intensão de finitude, buscando oportunidade de concretizar o ato.

Segundo Py et al. (2007), os fragmentos da solidão em que se encontra o idoso não necessariamente são dizíveis e claras para as pessoas de seu convívio. O ato suicida é um momento isolamento e solidão, fazendo o idoso minar a força crítica da vida, o desespero esgota a condição de sobreviver. O sofrimento traz ao idoso a incapacidade de conduzir sua história, a dor de existir aprisiona para seguir a vida tendo um sentido.

Em relação a unidade de significado às **“mensagens de despedidas”** dos idosos temos em P1 – Lúcia, filha de Luciano (75 anos) – a compreensão de que o idoso, dias antes da morte, comenta com os familiares sobre um vídeo que mostrava os membros da família, Luciano comenta com a esposa: “vai ficar de lembrança!”. A esposa pergunta se ele pensa em se matar e o idoso confirma. Após o falecimento, foi encontrado um bilhete no qual o falecido diz que é grato a todos os familiares, à comunidade e aos animais que tanto amava. Semelhante ocorre com P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – após a morte é encontrado um bilhete dentro do guarda-roupa no porta-retrato da filha falecida há anos:

“...ela deixou uma carta, ela era analfabeta né, então ela fez o fundamental então ela não lia muito bem, não escrevia muito bem, só que ela escreveu uma forma que desse para entender, bem mirradinho sabe, o jeito dela escreveu “R. e L. cuida do I. para a mãe” foi só isso que ela escreveu, mais nada”.

Um bilhete também foi encontrado ao lado do idoso de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos):

“na carta ele começa o cabeçalho dizendo o nome dele o endereço e aí a primeira coisa após isso ele pede perdão para a filha, para a esposa e aí ele explica que ele já não via mais saída porque todos os remédios que ele tava tomando para depressão e ansiedade não tava mais ajudando ele, não fazia mais efeito, e aí ele sente um desespero tão grande que ele não sabe, não tem nem palavras para explicar o tamanho desse sofrimento dele e ele, de fato, se viu sem saída e aí na carta ele também termina e ele repete por muitas e muitas vezes a frase que pelo menos ficou bem marcado “Deus me ajude” não me tire o direito de vida eterna e aí ele repete isso por umas oito vezes mais

ou menos e ele não aí ele termina nisso não tem um fim, não tem abraço, nada, ele só termina dessa maneira”.

Os bilhetes, de certa forma, são um pedido de ajuda para os que ficam, são os desfechos após a sua morte. Bilhetes e mensagens de despedidas apresentam a ideia de justificar, culpar ou desculpar seus entes queridos pelo ato de morte. Porém, há também as acusações direcionadas ao ambiente e aos sobreviventes, e com isso podem, por si só, serem traumáticas aos enlutados, além da morte violenta e repentina por suicídio. Entre essas situações há a condenação perpétua do suicida e, muitas vezes, sem a possibilidade de defesas, silenciando os sobreviventes (Cassorla, 2017). Há ainda as pessoas que utilizam o próprio corpo para expressar alguma comunicação, que foi o que ocorreu no caso de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos):

“...a polícia técnica perguntou se ela deixou algum bilhete, eu falei que eu não vi bilhete nenhum, quando eles colocaram o corpo dela no chão tava escrito na mão dela “cansei de viver”, esse foi o bilhete que ela deixou na mão escrito na mão”.

Segundo Dias (1991), com a morte, o suicida acredita que estará livre para falar, compartilhando seus sentimentos e revelando seus segredos. O que era proibido em vida, com a morte há a liberdade da comunicação. Entretanto, há idosos que não deixaram nenhum bilhete, mas de forma póstuma, há uma identificação por parte dos familiares de organizações de bens e finanças dos idosos como uma suposta despedida ou último desejo, o que observamos nos relatos de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – Para a participante o esposo não deixa nenhum bilhete específico, porém, segundo ela, o falecido organiza os documentos, deixa as fotos e a Certidão de Casamento, todos juntos e organizados. Da mesma forma ocorre em P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – organizando as finanças como uma possibilidade de organização e finalização:

“ela foi fazendo alguns planejamentos e ela tinha exatamente na conta dela o valor do funeral, assim, tudo que precisou, eu acho que ela chegou a ir ao cemitério para saber exatamente o valor, ela tinha exatamente o valor, assim, não sobrou R\$ 1 e não faltou R\$ 1 exatamente na conta dela, o valor que eles precisaram para fazer o sepultamento dela”.

De forma semelhante, sem bilhetes de despedida, mas organizando seus pertences, observamos em P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos):

“...meu pai tinha feito economia e administração, então ele deixou, ele sentou comigo e deixou todas as contas, todas as previdências, todos os seguros, ele deixou uma pasta do IPTU, tudo organizado, ele era todo metódico, então foi isso que ele deixou. Falar de conta, senha não era uma coisa que eu tinha acesso, sabe, meu pai sempre foi muito reservado com isso e daí um mês antes, menos de um mês antes ele passou para o meu marido, ele passou no papel e falou para mim para o meu marido”.

Observa-se em qualquer faixa etária que a pessoa que morre não necessariamente quer morrer, pois, de fato, não há experiência do que seja a morte em si, mas sim, há o desejo e a fantasia de outra realidade distinta da atual, seja em outra forma de vida, a paz desejada, reencontrar o amor perdido, a sensação de acolhimento e amparo, às vezes, regadas pelos discursos religiosos, para redimir os pecados, ou ainda para punição de outrem, ou simplesmente na tentativa de findar a dor. Assim, há uma linha tênue entre o querer morrer para reviver, mas em outra condição, sem dor (Cassorla, 2017). Podemos pensar que, para os enlutados, esses bilhetes são formas de preencher as lacunas com respostas e explicações na justificativa do ato (Parkes, 1998). Entretanto, alguns enlutados também podem utilizar-se do material como reminiscência dos momentos de sofrimento do falecido, assim, talvez, na tentativa de busca de sentido para compreender o ato suicida.

4.2.2.1.2 Segunda categoria intermediária: adoecimento e/ou debilidades progressos a morte

Na segunda categoria intermediária, apresentada na Tabela 5 denominada “**adoecimento e/ou debilidades progressas à morte**”, foram discutidas alocadas 5 unidades de significados que exploram a relevância dos aspectos da saúde física e emocional geradores de sofrimento e os possíveis indicadores do agravamento da intenção de morte. No que diz respeito à unidade de significado “**às limitações cognitivas e/ou físicas anteriores à morte**”, um dos aspectos recorrentes entre os fatores de risco de suicídio em idosos é a presença de doenças preexistentes. Segundo Cavalcante et al. (2013), em idosos, a possibilidade de ter ou adquirir comorbidades aumenta o risco de comportamento suicida, ainda mais acentuado quando há possibilidade de múltiplas doenças, sendo algumas delas degenerativas, irreversíveis e

incapacitantes. A necessidade de uso contínuo de medicações e atenção médica é outro agravante na população longeva.

Porém, na presente pesquisa, este aspecto não é encontrado de forma acentuada entre os longevos da presente investigação. Apenas no caso de P1 – Lúcia, filha de Luciano (75 anos) – o idoso estava em acompanhamento com o oncologista após a descoberta de um câncer, mais recente estava em acompanhamento com o cardiologista, esse profissional inicia a intervenção medicamentosa para os sintomas manifestos e um pouco antes da morte, foi encaminhado para o psiquiatra. No caso de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – com o acompanhamento do neurologista, pela epilepsia. Segundo Ferraiuoli et al. (2018), doenças graves como o câncer, doenças cardiovasculares, neurovasculares, doenças neurodegenerativas, perda de visão, limitações na deambulação e, no caso dos homens, patologias no trato urinário, levando ao uso de fraldas e sondas, são fatores de risco para quadros depressivos, possivelmente associados ao comportamento autolesivo em idosos.

Entretanto, foi recorrente na unidade de significado **“a manifestação de doenças emocionais preexistentes”** entre os idosos, como apresentou P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – informando que o pai tinha insônia e depressão, diagnosticada, inicialmente, por um cardiologista. O mesmo ocorre com P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – referindo que seu esposo fazia uso de medicação para insônia há muito tempo, mas sem acompanhamento psiquiátrico. Para Cavalcante et al. (2012), cabe ressaltar a recorrência de manifestações depressivas entre os idosos com morte autoprovocada. O transtorno aparece, em alguns momentos, como comportamento principal, em outros, a depressão surge como secundária ou coadjuvante, decorrendo de perdas sentidas ao longo da vida. A depressão também foi diagnosticada no caso de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – segundo ele, seu pai estava sendo tratado pela segunda vez com medicação no momento anterior à morte.

Segundo Barrero et al. (2006), os sintomas somáticos poderão ser um prelúdio do adoecimento emocional, como no caso da depressão. Diante de

algumas características é recorrente entre os idosos uma maior dificuldade do diagnóstico, pois há uma falsa ideia de que o idoso é triste, mais lento e introspectivo. Na depressão entre os idosos há uma tendência a queixas somáticas recorrentes, sendo constante uma peregrinação aos diversos serviços de saúde. Sabe-se que há limitações por parte de diversos médicos em relação do diagnóstico de risco de suicídio. O alcoolismo foi relatado no caso de Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos), porém a participante relata que no momento da morte o pai já não fazia uso da substância.

“...ele era muito agressivo quando ele não tinha assim, quando ele estava no estado dele sem o álcool, ele era um pai assim ele era amoroso sabe, ele tinha um certo carinho até com a minha mãe mas quando ele estava alcoolizado ele se tornava uma pessoa agressiva ele chegava em casa e colocava a gente na rua. Ele quebrava algumas coisas dentro de casa então, ele tinha esse lado agressivo”.

Comportamentos ditos como difíceis e impulsivos também poderão ser indicadores de transtornos de personalidade ou de humor, como vimos na descrição de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – em relação à sua avó:

“...ela era uma pessoa muito sem filtro, uma pessoa muito sem noção, ela falava tudo que vinha a cabeça... minha avô era hipocondríaca Ela falou que ela tava sentindo um peso muito grande na cabeça, se sentindo muito desanimada, muita dor no corpo, essas queixas ela tinha sempre”.

Comorbidades crônicas associadas impactam de forma negativa na vida do idoso, a depressão poderá ser apontada como reagente a essa situação, afetando a capacidade de vida do idoso, intensificando ainda mais os fatores de risco da autoviolência dentre essa população. Entretanto, pessoas depressivas também podem desenvolver doenças crônicas, principalmente quando o transtorno de humor não é tratado (Oliveira et al., 2018). Observamos no relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – a dificuldade na alimentação, levando a idosa a perder mais de 10 quilos nas últimas semanas que antecederam seu suicídio. A depressão crônica também fez parte da vida do idoso, segundo P7 – Luana (filha) do idoso Leandro (71 anos) – perdendo muito peso nos meses anterior à morte, o longo também apresentava insônia crônica. A filha refere que o pai manifestou comportamentos ansiosos e pensamento de morte dias antes do suicídio:

“eu não paro de pensar em morte, eu não paro, ‘pai vamos fazer o tratamento que vai dar certo’, aí nesse dia ele tava tomando um hipnótico né, ele foi ao banheiro e falou assim, aí eu fui atrás: ‘como é que você tá aí?’ Ele falou: ‘nossa parece que eu não paro de andar, eu não paro de andar’”.

Os principais sofrimentos emocionais que acometem uma pessoa vítima do suicídio são: doenças emocionais (depressão, transtorno bipolar, transtorno de personalidade borderline), alcoolismo, esquizofrenia dentre outros (Minois, 2018). Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª. Edição (2013) (DSM-V) pensamento de morte recorrente (não necessariamente medo da morte), ideação suicida ou plano específico de cometer suicídio são critérios que sugerem um quadro depressivo. Na cronicidade das doenças emocionais há um longo processo de sofrimento para os idosos e seus familiares. A transitoriedade do uso de medicações, bem como o trânsito entre os profissionais na tentativa de uma definição diagnóstica, são fatores também de risco de autoextermínio. Cabe ressaltar que entre a população idosa, devido aos aspectos transgeracionais, não era comum a compreensão e manejo do diagnóstico na saúde mental, como observamos no discurso de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos):

“quando começou a se agravar o quadro dele, eles começaram a mudar essa hipótese, a princípio foi depressão, essa foi a primeira e mais marcante porque ela perdurou bastante tempo e aí quando ele começou com as crises aí começou a hipótese de ansiedade generalizada, e aí depois o médico suspeitou de uma depressão... quando a pessoa tem alucinação? É isso, depressão psicótica, foi isso mesmo e por um momento ele chegou a suspeitar de uma bipolaridade, mas isso foi bem curto esse momento”. “(...) ah, ele falava que ele tinha dificuldade de concentração, de atenção, que ele não conseguia armazenar as coisas na memória, em 2018 foi com a neuropsicóloga e aí foi constatado um TDAH no grau mais elevado, foi constatada hiperatividade e alguns comprometimentos cognitivos...”

Idosos são mais relutantes em se queixarem de questões de desordem emocional, dentre elas a depressão, visto que há a normativa social de quadros de tristeza, lentidão, cansaço, fadiga, alterações cognitivas, de distúrbios do sono, alteração no apetite e isolamento social em relação à idade, com isso há o receio e vergonha de serem julgados. Assim, o diagnóstico de um eventual quadro depressivo e de risco de autoextermínio se torna mais limitado para familiares e profissionais da saúde (Cavalcante et al., 2013).

No que diz respeito a unidade de significado **“ao acompanhamento psiquiátrico ou psicológico anteriores à morte”**, segundo Sousa et al. (2016), a cultura da sociedade atual concebe a tristeza e o isolamento social como possíveis características da população idosa, assim os idosos com ideação suicida também escondem seu planejamento, resultando assim, em um alto grau de letalidade do ato entre os idosos. Porém Parkes (1998) comenta que raramente a pessoa morre por suicídio sem antes ter contado para alguém de sua intenção de morte. Muitas vezes, pessoas em sofrimento não apresentam discernimento ou energia para solicitar auxílio, ainda menos para especialistas em saúde mental. Nos relatos de P1 – Lúcia, filha de Luciano (75 anos) – seu pai tinha iniciado o uso de medicação, mas foi apenas a uma consulta com o psiquiatra e não gostou do médico que “apenas escrevia”, a filha sugeriu psicólogo, mas não houve tempo para a primeira consulta.

Segundo as informações de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – sua avó nunca fez uso de medicação para transtornos emocionais, apenas acompanhamento com o cardiologista. No relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – seu esposo fazia uso de medicação para insônia, mas sem acompanhamento psicológico:

“Infelizmente não, hoje em dia eu assim, um dos remorsos que eu tenho é não ter insistido para que ele não tinha meu corrido sequer (pausa emocionada), que ele precisava de um acompanhamento né!” ... “E a vida inteira assim, ele continuou indo ao psiquiatra só para conseguir a receita do remédio de dormir”.

Cavalcante et al. (2016), nos diz que, em geral, a rede de saúde tem a possibilidade de medicar os idosos na tentativa de minimizar o risco de suicídio, mas ainda é muito limitada e escassa na compreensão de acolher e prevenir o ato em si e também orientar medidas protetivas e resolutivas de suporte aos familiares. O participante P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – comenta que o pai chegou a realizar uma consulta com a psicóloga, mas sem continuidade ao tratamento, a parte medicamentosa foi prescrita por um neurologista, e com isso observamos como ainda há estigma e dificuldade da sociedade em compreender a importância dos cuidados também como prevenção:

“Ele não gostava de medicação, de tratamento, meu pai nunca foi internado, podia ir ao hospital, se tivesse que tomar vacina era um problema. Então na primeira vez ele parou, suspendeu, ele achou que tava bem e ele suspendeu a medicação, aí depois de um ano ele teve essa recaída, de novo voltou à medicação. Iria fazer uns 20 dias, um pouco mais de um ano entre um intervalo e outro do tratamento, e nesse segundo tratamento ele se consultou o médico, passou a mesma medicação, ele voltou a tomar, mas durante 20 dias só.”

Observamos de forma recorrente entre os idosos da pesquisa a lacuna do tratamento nos meses anteriores à morte, como diz P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – se referindo à intermitência no tratamento “Ah, quando eu não tô bem eu tomo!”. Vale ressaltar que muitos dos idosos também apresentam dificuldade em compreender a necessidade da manutenção do tratamento, e assim, a urgência em ser assistido por algum familiar em ministrar a periodicidade da medicação, o que é agravado quando o idoso reside sozinho, como no caso dessa idosa. O mesmo acontece com P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – que mesmo após tentativas de suicídio estava utilizando de forma intermitente, porém sendo acompanhada de longa data entre psicólogos e psiquiatras, anterior à morte não estava fazendo uso de medicação: “ela abandonou a medicação também, eu achei a medicação dela na mala de viagem. Quando é que você vai colocar remédio na mala de viagem, só quando você vai viajar né?”

A tentativa de suicídio é recorrente caso a sociedade, incluindo os profissionais da área da saúde, não auxilie a pessoa com comportamento autolesivo, pois um dos fatores de risco para o suicídio é a ocorrência de tentativas anteriores, principalmente as realizadas em menos de 1 ano (Cassorla, 2017). Segundo Ferraiuoli et al. (2018), os critérios para diagnóstico de transtorno depressivo, segundo o DSM-V são: sentimento de inutilidade, humor deprimido, acentuada diminuição do prazer ou interesse em quase todas as atividades na maior parte do dia, alteração do sono, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, culpa intensa, sensação de incapacidade, perda ou ganho de peso sem estar de dieta ou alteração de apetite, dificuldade de concentração, ansiedade inadequada, pensamento de morte recorrente.

No relato de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – observamos que o idoso fazia uso de medicação para insônia e depressão, porém era acompanhado por um médico generalista, um familiar após o falecimento reconhece que faltou o direcionamento de um especialista em saúde mental. Sousa et al. (2016) reforça que a ausência de políticas públicas e formação dos profissionais da área da saúde na teoria da suicidologia, sinalizam a fragilidade implementada na prevenção do autoextermínio. A dificuldade em identificar, acolher e acompanhar o comportamento suicida evidencia a lacuna nos cuidados a essa população, ainda mais em sua especificidade da psiquiatria geriátrica.

Ao longo da presente pesquisa foi constatado apenas um idoso em tratamento multidisciplinar em momentos anteriores à morte, a saber, o idoso Pedro (62 anos), pai de P9, Danila. Profissionais da área da saúde e da educação devem estar capacitados para identificar e compreender os pensamentos e comportamentos de risco de suicídio. Pessoas que apresentam sensações de desamparo, desesperança, sensação de ameaça, impulsos com consequências relevantes, devem ser acompanhadas e direcionadas a profissionais formados para intervenções mais assertivas na prevenção do suicídio, como profissionais da área da saúde mental (Cassorla, 2017).

Sabe-se que o fenômeno do suicídio apresenta aspectos multifatoriais, e assim, buscando suas possíveis causalidades, é relevante serem investigados os componentes genéticos, bem como fatores ambientais e emocionais propícios a repetições de atos suicidas entre os familiares. Ao analisarmos a unidade de significativo **“histórico de tentativas de suicídio ou morte por suicídio na família”**, temos em P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – o relato de que um sobrinho jovem faleceu também por enforcamento após o término de um relacionamento. Em P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – também há relatos de morte por suicídio de primos da idosa. Na história de vida de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – temos o dado de que o filho do idoso teve 3 tentativas de suicídio, era usuário de drogas e estava em uma clínica psiquiátrica quando apresentou quadro infeccioso e faleceu no

hospital, a participante refere que 2 tios do idoso também morreram por suicídio, sendo um por enforcamento e outro com arma de fogo.

“o meu irmão tentou se matar três vezes, meu irmão era dependente químico então ele tentou se matar três vezes, mas foi para-suicídio e não conseguiu. Na família do meu pai ele contava de 2..3 casos de suicídio um por tiro, outro por enforcamento, que eu lembre, com certeza foram esses dois o outro não lembro como, mas ele sempre contava essas histórias, era isso que eu tinha desde pequena sabe, esse medo porque ele sempre contava.”

Para Corrêa (2006), há heranças genéticas, psicológicas e sociais e o efeito imitativo recorrente em morte por suicídio. Há histórias semelhantes entre o membro da família e a pessoa que morre por suicídio. Em alguns casos ocorrem semelhanças entre datas especiais, como aniversário, data da morte, ou na escolha do método, há ainda a data do falecimento do morto ser igual para a o planejamento suicida.

Na unidade de significado que tange às possíveis **“mudanças de comportamento anteriores a morte”**, observamos alterações de comportamento e queixas de muito sofrimento. Segundo P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – seu pai começou a apresentar insônia e mal-estar semanas antes, mas a participante refere que na semana do óbito seu pai apresentou melhoras, com pensamento positivos, mas ainda com respiração curta e aparentava estar angustiado. “ele vinha apresentando muito inquietude e acho que em dois meses mais ou menos, porém... muita perturbação na cabeça... respiração ofegante”. Já segundo relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – após o anúncio da separação o homem passou a ficar mais choroso e comunicativo, procurando alguns amigos:

“...ele ligou uns dias antes do suicídio chorando muito, dizendo que ia se matar e meu amigo disse que ficou mais de uma hora com ele no telefone, mas que não se comunicou comigo porque achou que era algo muito particular que ele não queria se meter. Ele também anunciou, assim, fez uma despedida no Facebook, várias pessoas disseram: ‘olha S. está meio que se despedindo’. Depois ele voltou ao Facebook e disse pediu desculpas pelo drama que a depressão dele tinha tomado conta e depois ele saiu cancelando, tudo cancelando conta de Facebook, Google, cancelou as contas todas”.

Para P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – seu pai passou a ser mais agressivo, irritado, refere que o genitor sempre foi uma pessoa amável, principalmente com ela, mas nas últimas semanas a participante sentiu que a

todo instante ele buscava uma briga “e ele começou a me tratar muito mal, ele queria que eu ficasse com raiva dele, eu percebi isso”. Mudança de comportamento nos últimos dias que antecederam a morte também foram percebidas por P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos):

“...Sim, eu tive lá visitando ele e a gente percebia assim, uma diferença no comportamento. A pessoa não sorria, a pessoa só responde aquilo que você pergunta, ele tava diferente. Ele deixou de cuidar do WhatsApp dele, tinha muitas mensagens para responder, mas isso era momentos, tá! Parece que a minha mãe sempre falava, que à noite ele tava bem, à noite ele pegava o celular, respondia todo mundo, inclusive ele me mandou mensagem na véspera, à noite conversando, conversou comigo: ‘filho, o pai tá bem’. E eu acredito que pode ser efeito do remédio, da medicação, mas de manhã, toda manhã ele amanhecia mal, talvez não dormiu bem à noite”.

Segundo Parkes (1998), pessoas deprimidas têm uma tendência maior em se afastar dos familiares e amigos, apresentando o isolamento social, alteração de comportamento de forma menos responsiva, interagindo menos com o meio ambiente e as atividades laborais, possível sintomas e características da depressão, e assim dificultando a sinalização do planejamento suicida. Alterações de comportamento também foram percebidas por P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – “teve essa falta de controle dele, assim a gente viu assim, que realmente ele não tava bem, né!”. O familiar P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – também observou mudanças de comportamento de sua esposa, deixou de cuidar do pomar de casa, algo que era muito prazeroso, passou a não atender seu celular, deixou de comer nas últimas semanas, com perda de peso acentuada, chegava a ter enjoo nas tentativas de à alimentação, bem como uma inquietação que era incomum para seu comportamento tranquilo:

“ela começar a andar muito pela casa né, até o portão do portão lá voltava do portão ela descia escada, depois subir escada, (PAUSAS), era poucos momentos que você via ela sentadinha, porque ela era uma pessoa tranquila”.

Mudanças foram perceptíveis nas últimas semanas de vida segundo P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – mesmo à distância a neta consegue perceber alterações, pois a idosa passou a não responder o contato telefônico que até então era frequente e afetuoso, sintomas de insônia e falta de apetite também se repetem no histórico da idosa:

“uma semana antes ela apresentou alguma coisa, em uma semana que foi quando eu percebi, e aí já pedi socorro para os meus tios que estão lá mais perto do que eu. Ela apresentou insônia, falta de apetite, eu percebi um pouco de apatia né, conforme ela conversava comigo, por exemplo, ela ligava para mim todos os dias, do nada ela começou a ligar um dia sim um dia não, do nada. Ela ficou dois dias sem me ligar né, eu ligava: ‘ah, vó que tá acontecendo você não tá me ligando né’, então é coisa que depois a gente foi percebendo, porque era muito, muito sutil, ela não falava nada, então era muito sutil e eu percebi que eu fiz uma videochamada com ela e eu percebi que ela tava muito, ao mesmo tempo que ela tava ativa, daqui a pouco ela já tava muito emotiva quando ela falava comigo”.

Para Ferraiuoli, et al. (2018), é recorrente em pessoas com quadros depressivos apresentarem queixas somáticas como dores musculares e nos ossos, insônia ou hipersonia intensas, alteração de apetite acentuada. Comportamentos secundários como autonegligência, diminuição na higiene, não adesão a tratamentos já instaurados e recusa alimentar também são considerados comportamentos autodestrutivos. Entretanto, entre os idosos tais alterações podem ser vistas por familiares como mudanças pertinentes à idade ou formas de contestação, assim dificultando o diagnóstico de transtornos, mais um fator de risco para os longevos, pois nessa população há um maior risco de suicídio comparado a outros idosos não depressivos.

Alterações de comportamento também foram relatadas por P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – comportamentos que não eram vistos passam a ser expressados em dias anteriores ao suicídio:

“Ele estava muito nervoso, e pode se dizer que foi antes também, ou ele tava assim muito alegre de fazer umas piadas sem graça que ninguém gostava, ria forçadamente ou ele ficava muito nervoso e aí teve os momentos de choro, que ele nunca chorou durante a vida e nas crises ele chorava como uma criança”.

No comportamento suicida entre os idosos é recorrente a manifestação de uma tristeza insuportável associada à necessidade de abreviar o fim de uma situação intolerável, sentimentos de desesperança e desespero são associados a diminuir o peso que sente em relação ao meio inserido socialmente. A expressão da dor de existir vem junto com reclamações de cansaço físico, somatizações, rigidez no pensamento de não ter saída, culpa por sua situação atual limitada e sintomas depressivos Cavalcante et al. (2013).

Ao serem coletadas as informações dos 9 idosos, a presente pesquisa salienta que 8 longevos apresentaram alteração significativa de comportamento,

apenas no caso de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – mudança de comportamento não foi percebida, porém, cabe ressaltar que a participante residia em outro estado e a idosa morava sozinha, abrindo assim espaço para questionamento em relação às mudanças, entretanto, nota-se que, após uma briga com um dos filhos, a idosa não fez nenhum tipo de contato telefônico, o que era recorrente na rotina da família.

4.2.2.1.3 Terceira categoria intermediária: histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida

Na terceira categoria intermediária, apresentada na Tabela 6, denominada “histórico de sofrimento e perdas ao longo da vida”, foram discutidas 2 unidades de significados que exploram as possíveis causalidades do ato, compreensão do ambiente social e cultural, aspectos emocionais, bem como a dinâmica de vida do idoso.

Em relação à unidade de significado **“infância permeadas por sofrimento, abusos e violência e/ou estruturas familiares fragilizadas”** a instituição familiar é um núcleo estrutural formado por conteúdos transgeracionais e alimentado pela cultura da época, bem como a somatória de papéis individuais desenvolvidos nessa organização. Dentro dessa dinâmica a comunicação familiar é estabelecida, algumas vezes de forma fluídica e afetuosa, outras agressivas e rígidas. Esse núcleo familiar, quando saudável, é adaptado às situações de forma construtiva e é base para experiências de seus membros para seu desenvolvimento emocional (Kovács, 2007). Entretanto, quando essas estruturas são carregadas de submissão e humilhação, com comportamentos inseguros e instáveis, instauram-se grandes rupturas em sua dinâmica, desamparos que, muitas vezes, são geradores de traumas na personalidade emocional de seus indivíduos. Crises tais como: violência emocional, física e sexual, pobreza e escassez de itens básicos à subsistência, negligência, abandono – principalmente por genitores – dentre outros, são desencadeadores de intenso sofrimento em seus personagens (Kovács, 2007).

Cavalcante et al. (2015) sinaliza o processo da morte autoprovocada como um resultado da construção individual que perpassa a história do idoso, experiências do passado que são projetadas e sentidas em eventos do presente. São mazelas insuportáveis que culminam no desespero. Segundo o relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – a família de origem de seu esposo era disfuncional, com escassez no relacionamento entre os membros, além da distância geográfica, pois os familiares viviam em Estados diferentes e com isso havia pouco contato, o idoso referia que durante anos o pai bebia muito e maltratava a sua mãe:

“e tinha aquela coisa do pai beber muito e tal e o J. era sempre quem fazia os gostos do pai, e fazia tudo e o pai não corresponda ele maltratava ele dizia sempre a eles, os filhos que o quanto ele estava decepcionado com os filhos, nunca foi um jogo de futebol dos filhos, o que isso é importante lá, os pais comparecerem nos jogos dos filhos, não comparecia nos jogos”.

P 4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – comenta em relação à sua percepção sobre seu pai: “eu acho que meu pai teve uma vida muito sofrida”. A filha traz que a família de origem era muito distante, nem ao certo sabe a quantidade de tios que tem por parte de pai, a participante comenta conflitos entre seus tios e o seu pai. Para autores como Sousa et al. (2016), o comprometimento e a não continuidade da afetividade na infância e a quebra na dinâmica familiar, produzem consequências negativas para a saúde mental que perduram ao longo da vida do sujeito. Em alguns casos de pessoas suicidas, apresentam em sua biografia aspectos de suas famílias de origem de forma desorganizadas e disfuncionais, criando marcas de dor que reverberam ao longo da vida, não sendo dissolvidas com tempo.

No relato de P 5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – comenta a respeito de abusos sexuais ocorridos: “Uma vez eu desconfiei de que a minha avó tivesse vivido violência sexual na infância”. Para Sousa et al. (2016), em ambientes desorganizados, inconstantes e violentos, principalmente quando a violência é impetrada por pessoas significativas, despertam sentimentos de fracasso, desprezo, abandono, sensação de ser um incômodo e inútil. Com a perda de autonomia surgem feridas emocionais sugestivas para angústias recorrentes em pessoas com comportamentos suicidas. A participante comenta

que ao longo do casamento a idosa também vivenciou um ambiente violento e inconstante com seu esposo:

“Eu sei que ela sofreu muito com o meu avô pai do meu pai, ele era alcoolista, né! E ele abandonou a família, ela com os filhos, os filhos eram adultos, ali na idade de faculdade, então eu acho que isso foi um momento difícil eu não me lembro dela falar sobre violência física. Eu acho que meu avô não era violento fisicamente, mas ele era... ele era alcoolista, então acho que tinha uma questão muito mais uma violência psicológica, no ponto de vista da falta de cuidado, do abandono. Eu lembro que ele era muito mulherengo, ele jogava, e aí ele abandonou a família”

Segundo Casellato (2018), os estilos de apegos, ou seja, os vínculos afetivos vividos na infância, influenciarão a percepção de vida e morte, direcionarão as defesas de enfrentamento emocional frente às diversidades existenciais, bem como a intensidade e a capacidade de adaptação vividas diante das rupturas. Perdas significativas na infância, principalmente falecimento, abandono, agressividade ou negligência de um dos pais, são geralmente associados a dificuldades de enfrentamento do pesar na vida adulta, apresentando sintomas físicos e emocionais, como revivência dessas experiências dolorosas. Pais muito ansiosos, inseguros, depressivos e medrosos também poderiam influenciar nessa fragilidade emocional manifestadas por pessoas suicidas (Parkes, 1998).

Observa-se no relato de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – a infância sofrida do idoso e suas relações com a família de origem:

“A família dele era muito... muito... muito pobre, então meu pai começou a trabalhar com 7 anos como jardineiro na casa de uns alemães e só saiu para ir no quartel então, ele teve, viveu muita violência emocional assim, tanto que ele uma conversa com ele uma vez eu fale: ah todo filho que dar orgulho para o pai”, aí ele falou: “eu não entendo isso não entendi isso na minha cabeça eu sabia que eu tinha que dar dinheiro para o meu pai eu não consegui entender de amor”. Então... então assim ele não admitia que era violências emocionais”.

O ato suicida perpassa um longo caminho de sofrimento e angústia, há assim uma cadeia de acontecimentos anteriores ao suicídio. São, em sua maioria, vivências da infância ou situações muito primitivas oriundas do passado, sendo assimiladas de forma individual, pautada em seus recursos de enfrentamento adquiridos (Cassorla, 2017). Segundo os relatos de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – também apresenta uma infância difícil: “Aí ela

falava que a mãe dela e o pai dela era bem rígido sabe, então ela sofreu bastante na infância dela”. No compartilhamento do relato da participante P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – observa-se como o sofrimento vivido na infância, e principalmente no núcleo familiar, reverbera ao longo da vida do idoso:

“Meu pai sofreu bastante violência emocional por parte dos irmãos, porque os irmãos dizia que ele era retardado, então dentro de casa ele sofria isso e como ele repetiu 5 vezes a primeira série, então ele dizia que os colegas de sala apontavam, dizia que ele tirava zero, fazia muita coisa que abalava o psicológico dele e aí violência física por parte do pai dele que era muito de bater, por conta de uma surra que ele levou que ele chegou a sair sangue e ele relatou mais de uma vez, episódios do irmão mais velho que pediu para ele engraxar o sapato e ele disse que não, e ele deu um chute no estômago dele que ele chegou a vomitar”.

Para as pessoas com comportamento autolesivo há uma falha na capacidade adaptativa, bem como o fracasso em seus mecanismos de adaptação à realidade e assim, ao longo da unidade percebe-se o sofrimento vivenciando logo nas primeiras fases do desenvolvimento. (Corrêa, 2006).

Na unidade de significados “**perdas significativas ao longo da vida**”, temos na velhice as marcas deixadas que podem impactar na forma como o idoso lida com seus familiares e amigos, pois é nas relações que as fragilidades e limitações são expressadas, gerando algumas vezes conflitos sociais. Impactados por mortes e perdas, deficiências, diversas limitações físicas, sociais e econômicas, doenças incapacitantes e dores crônicas, o idoso tem a tendência ao isolamento, torna-se mais deprimidos, calados, lentos, solitários, fatores esses que o torna suscetível a comportamentos autoviolentos (Cavalcante et al., 2015).

Para P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – a perda significativa para seu pai, sendo na sua percepção um dos gatilhos para o suicídio, foi o acometimento do câncer e todas as comorbidades desencadeadas pela doença. Para Ferraiuoli, et al. (2018), na visão dos idosos, assim como para pacientes fora de perspectiva de cura de uma doença fatal, a morte é vista como uma breve iminência. O idoso, pelo avanço do desenvolvimento humano, entra em contato com a debilidade de um corpo mais cansado, as perdas como eventos cotidianos, a tensão e o medo aumentam e todo esse contexto coloca o sujeito idoso de frente com o fim da existência. O vazio, a solidão e a falta de

perspectiva, muitas vezes, são gatilhos para a ação de antecipar o fim. No relato de P 7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – o AVC de sua mãe também foi vivenciado como uma perda significativa na vida do idoso, visto que a esposa passou a ter limitações após a doença.

Ainda no relato de alguns participantes, percebemos como a quebra na vida financeira e profissional é geradora de emoções e sofrimento intensos. P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – comenta que outro filho do idoso teve dois divórcios, e assim seu pai passou a auxiliá-lo financeiramente inclusive com a pensão do neto. Porém, segundo o participante, houve também o próprio desligamento do idoso em relação ao seu trabalho, esse fato ocorreu meses antes da morte: “E teve isso e foi o trabalho dele, que era um problema que ele tinha que resolver diariamente”. Em relação à dificuldade na vida laboral e os aspectos profissionais também verificamos na fala de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – no que diz respeito às limitações e perdas do idoso ao longo da vida:

“Então ele ficava muito mal quando ele perde o emprego isso infelizmente aconteceu bastante durante a vida dele e toda vez que ele perdeu o emprego ele entrava em depressão, principalmente quando ele foi ficando mais velho assim era ele perdeu o emprego ele enlouquecia assim literalmente ele ficava muito ruim por vezes a gente vi ele falando sozinho ele tinha muita preocupação da gente ficar bem de sustentar a família então das vezes que ele perdeu o emprego para ele era crucial e ele ficava mal mesmo a ponto de ter que entrar com medicação né, assim por um tempo seis meses oito meses mas chegou ao ponto dele precisar assim tomar medicação porque ele ficava muito depressivo”.

Separações e quebras de vínculos também são mencionadas entre os participantes, como mencionado pela participante P 4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – para ela o pai se habituou a viver sozinho após a separação, não conseguindo superar o rompimento. Para Volpe (et al., 2006); Bertolote, (2012); Minayo (2016); Pinto et al., (2016); Cassorla, (2017), são fatores de risco de suicídio entre os idosos homens acima de 60 anos que vivenciam uma separação, como vemos no relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos):

“Eu acredito que o gatilho tenha sido a nossa separação, porque ele era muito dependente de mim inclusive financeiramente certo! Então isso ia significar para ele uma

mudança total de vida, que ele não se sentia em condições de desempenhar então viver assim conseguir se manter, voltar para os Estados Unidos, ele não queria”.

O ato suicida poderá ser uma forma de defesa da pessoa na tentativa de lidar com a vivência de perdas. Ao que parece, há certa rigidez emocional do suicida em acreditar que o alívio da dor ocorra com a morte, algumas vezes há tentativa de lidar com as separações e frustrações, atacando a si, porém ao mesmo tempo, à outra pessoa que rompe com a relação (Kovács, 2007). As perdas que envolvem a autonomia, a sensação de sentir-se aprisionado, limitado física e socialmente, bem como a sensação de inutilidade são associados de forma recorrente ao suicídio entre os idosos (Sousa et al., 2016).

Observamos no relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – comentou sobre a infertilidade da idosa e a recusa das autoridades para uma adoção devido às debilidades emocionais da esposa, bem como a incapacidade também de manter uma vida laboral, seu processo de adoecer emocional a restringia até para a conclusão de curso e atividade educacionais, somando-se às perdas por morte vividas na infância:

“Ela teve a mãe morte da mãe que sofreu um AVC e ela cuidou por 10 anos e ela quando criança ela perdeu a irmã gêmea da mais velha ela ficou muito sentida o que ela passava para mim é que ela ficava”.

Os idosos podem vivenciar uma sobrecarga do luto, ou seja, a somatória de perdas que culminaria em sofrimento intenso, desencadeando lutos complicados. Como cada pessoa enfrenta os desafios da mudança em sua vida direcionará a sua visão do mundo e a visão de si mesma (Parkes, 1998; Kovacs, 2007). Nas falas dos participantes ao compartilharem a biografia dos idosos, em relação aos lutos vividos ao longo da vida, constata-se a sucessão de perdas de entes queridos e o pesar que a morte acarretou, como vimos em P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos):

“Os dois maridos dela e abandono inicial desse primeiro marido, né! E depois ele veio a falecer ele já estava numa internação já para alcoolismo e ela perdeu esse filho ele foi assassinado né, esse meu tio foi assassinado ele era usuário de droga tinha uma questão de dívida de droga lá em Goiânia, e isso foi uma um processo que a gente sabia que tinha mexido muito com ela... ela sofreu durante muitos anos, muitos anos com essa morte, mas isso também tem muito tempo, tem mais de 20 anos”.

Segundo a participante P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – a morte do irmão gêmeo de seu esposo também foi uma perda irreparável para o idoso. Observamos que o luto por morte de um ente querido atravessa a história do idoso ainda por muitos anos após o falecimento, principalmente quando é um dos filhos do idoso, como contado por P 7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos): “Então a morte do meu irmão né. Foi muito trágica e um AVC da minha mãe o acidente vascular isquêmico o dela foi isquêmico da minha mãe”.

Ainda em relação à morte de um filho, temos na fala de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – mesmo anos depois do falecimento era um assunto sobre o qual a idosa não conversava. Para a participante, o luto, a solicitação e a negativa da aposentadoria, eram as perdas mais significativas da vida da velha: “Não, ela nunca falou depois que ela faleceu não, a gente não conversava sobre isso, mas que eu lembro assim de queixa assim era da aposentadoria mesmo, que ela falava para mim e da solidão”.

A morte de pessoas significativas na história do idoso, saída dos filhos de casa, aposentadoria, debilidades físicas e econômicas, violência física, emocional e cultural, mudanças de residência, alterando sua rotina de forma significativa e segregada, são fatores predisponentes ao risco de morte entre os idosos (Sousa et. al., 2016). As perdas e o comprometimento na quebra da dinâmica familiar produzem consequências negativas para a saúde mental que perduram ao longo de toda uma vida (Sousa et al., 2016).

Segundo Bertolote (2012), é relevante destacar fatores predisponentes e fatores precipitantes quando se fala em ato suicida. No que diz respeito a fatores predisponentes, sinalizam-se aspectos genéticos, morte na família por suicídio e traços da personalidade do sujeito, doenças graves e limitantes, dor crônica intensa, características geográficas e climáticas, já os fatores precipitantes seriam as perdas significativas, situações de humilhação, vergonha, violência física, emocional e sexual, extrema pobreza, doenças incuráveis e degenerativas, impulsividade/agressividade, uso de substâncias ilícitas, idades avançadas, tentativas anteriores de suicídio.

4.2.2.1.4 Quarta categoria intermediária: Aspectos da dinâmica emocional do idoso

Na quarta categoria intermediária, apresentada na Tabela 7, denominada “aspectos da dinâmica emocional do idoso”, foram discutidas 2 unidades de significados que exploram dificuldades nas relações sociais e aspectos emocionais comprometidos como autoimagem, pesar e melancolia, irritabilidade, improdutividade e/ou menos-valia. Em relação à unidade de significado “**dificuldades nas relações sociais**”, observamos, segundo Fukumitsu (2013), a perspectiva na morte por suicídio ser o anúncio de dificuldades de interação no ambiente familiar, vínculos afetivos já empobrecidos e uma dinâmica ambiental já comprometida, que após a morte poderá romper e desconfigurar ainda mais de forma intensa e conflituosa os sobreviventes por suicídio.

No comportamento suicida entre os idosos, se faz relevante compreender a dinâmica familiar em que o idoso se encontrava, a qualidade dos vínculos estabelecidos ao longo de sua vida, bem como a relação social a qual estava ou não inserido (Sousa et al., 2016; Cavalcante et al., 2012). No relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso Jonh (62 anos) – observa-se o idoso de forma gentil com os colegas, mas ambíguo na relação com a esposa:

“Olhe ele era uma pessoa muito afável assim com os outros, mas ele não conseguiu estabelecer nenhuma amizade dele própria durante os 16 anos que ele morou aqui, tá! E os meus amigos, eu diria que praticamente toleravam ele, nenhum era grande fã dele. Inclusive porque eu acho que eles percebiam mais do que eu, a maneira como ele me tratava uma coisa meio de querer me diminuir, entendeu, era uma coisa muito... muito, porque na intimidade às vezes ele bebia, principalmente quando ele bebia ele, ele me ofendia né (emocionada)”.

Os sujeitos que convivem em grupos estruturados são assegurados com redes de apoio favoráveis, dentre elas: corporações familiares, comunidade religiosa, redes sociais comunitárias, associações e entidades, que são escudos na tentativa de inibição do ato de autoextermínio (Minois, 2018). Alguns idosos da pesquisa foram considerados, segundo seus familiares, pessoas socialmente ativas e interativas, porém, ao longo da investigação psicossocial verifica-se uma ambiguidade nessa perspectiva, como verificado na fala de P3 – Evandro, filho

do idoso João (63 anos) – que também pontua o conflito conjugal que o idoso vivia com a esposa diferentemente de sua relação com amigos:

“Então esse relacionamento social, no mundo dele era o melhor. Porque que eu digo “no mundo dele”, porque se a gente fosse falar, por exemplo, de um assunto que não era ligado àquele mundo, meu pai nunca viajou, nunca saiu do sítio. O mundo dele aquilo se você for falar um assunto de viagem de praias de outros assunto ele não vai saber falar! Aí ele ficava quieto num canto eu percebia tudo isso então como filho. O que eu puxava para conversar com ele eu já sabia que não adiantava falar de outra coisa, para a gente bater papo e passar o dia todo conversando era falando deste mundo de pecuária... Muitos amigos, muita amizade, os parentes, os primos ou sobrinhos dele, né! Gostava muito dele. Esse social dele era ótimo. Até ele entrar nesse momento crítico de depressão que aí depois é como eu disse, ele já não respondia mais. Aí foi coisa de um mês dois meses somando os dois períodos”.

Um fator importante é a compreensão do estilo de vida no decorrer da história do idoso, os aspectos e hábitos desenvolvidos ao longo da sua existência serão os mesmos na velhice. Uma pessoa com problemas emocionais e sociais irá, provavelmente, manter as mesmas características na velhice, porém somadas às peculiaridades recorrentes à idade, dentre elas os transtornos emocionais e o risco de suicídio (Ferraiuoli et al., 2018). Segundo P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – seu pai não tinha relações sociais, mantinha certo distanciamento das filhas e netos, não aceitava outros relacionamentos após a separação conjugal, a participante comenta: “de um modo geral ele não tinha um relacionamento com as pessoas”. Assim, novamente, nota-se a ambiguidade nas relações entre os idosos. Segundo a fala de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – sua avó: “era uma pessoa muito sociável”, porém, ao mesmo tempo, a neta comenta que existia muitos conflitos familiares, principalmente entre as noras, sendo a idosa, muitas vezes, inapropriada em suas colocações e ações. A participante mencionou uma briga familiar entre a idosa, filho e nora menos de 48 horas antes da idosa ser encontrada morta no apartamento.

Para Minois (2018), em algumas situações seriam os suicídios considerados como vingança ou chantagem para outros membros da comunidade familiar.

O idoso com ideação suicida apresenta fragilidades em suas relações, traços de personalidade de timidez, retraimento, constrangimento, vergonha, aspectos negativos, autonegligência e depreciativos. (Souza et al., 2016). Em alguns casos, a rejeição ou a percepção dela é um dos centros nucleares para o comportamento suicida, a impulsividade e a hostilidade oriunda da rejeição pode ser sentida ao longo da vida do idoso suicida, ainda podem ser resquícios de uma vida que foi marcada por sofrimento em diversas possibilidades. No relato de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – observamos a escassez de relações sociais:

“É zero (PAUSAS), por isso que eu era contra a aposentadoria do meu pai. Porque meu pai era metódico igual eu, já falei, se trabalhou a vida inteira, sair às 8 horas sair às 6 horas, meio-dia em ponto ele tava aqui para almoçar, então ele... ele sempre falava: ‘Ah eu vou me aposentar, eu vou para praia, vou ser feliz!’. Ele era uma pessoa de poucos amigos, então era dentro da agricultura que ele tinha um convívio social, e aí aqui é na praia ele ficou mais isolado: “sabe a tua mãe não é de conversar”.

A família, quando funcional e integrada, é correspondente a um suporte na prevenção do adoecimento emocional, porém, quando a estrutura familiar é instável e conflituosa, os laços afetivos fragilizados potencializam os riscos de autoextermínio na velhice (Cavalcante et al., 2015). Para P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – o pai mantinha um casamento conflituoso, acentuado pela dificuldade com a sogra idosa que residia com o casal, ainda no que concerne às relações do genitor, a participante compartilha:

“Ele era bastante fechado, isso era uma coisa que deixava ele muito chateado porque ele não conseguia quebrar isso, então se você chegava para conversar com ele: “bom dia tudo bem, tudo” e ele falava que ele não conseguir esticar o assunto... ele não conseguia, isso trazia um sofrimento muito grande porque ele queria se socializar, ele queria expandir mais as relações dele e a gente percebe que os amigos que ele tinha, que eram poucos, mas que ele tinha gostavam muito dele, sempre mandando mensagem, mandava áudio, se ele tava desempregado conversava com ele, dava força para ele, então assim, os amigos sempre se deram bem com ele, mas ele tinha essa dificuldade de relação.”

Ao que parece, são recorrentes na fala dos idosos sentirem-se vistos pela sociedade como seres não produtivos e limitados, tornando-se ausentes nas participações das decisões familiares e sociais, com isso, surgem sentimentos de inutilidade, como um peso para seus familiares e amigos (Cavalcante et al., 2015). Assim, observamos a partir dos relatos dos participantes que as dificuldades sociais e familiares são intermitentes entre os idosos, mas ainda fragilizadas em sua maioria.

Na unidade de significado **“aspectos emocionais comprometidos como: autoimagem, pesar e melancolia, irritabilidade, improdutividade e/ou menos-valia”**, não raro observamos que o idoso, diante das fragilidades vivenciadas, acaba se descuidando de sua autonomia, desestimulando-se para novos investimentos e possibilidades nas descobertas de alternativas para o sofrimento. No processo da morte por suicídio fatores externos e internos interagem, cada indivíduo, em sua história de vida, enfrenta as pressões e os desafios de forma particular. Há uma flutuação entre as forças internas frágeis e prejudicadas *versus* um mundo externo desafiador, frágil em alguns contextos, ou ainda, opressor (Cassorla, 2017). Para P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – seu esposo tinha dificuldades na autoimagem, mesmo, segundo ela, sendo um homem bonito, no período escolar era considerado popular na escola, o príncipe dos bailes, mas mesmo assim “ele tinha muita dificuldade em fazer amizade”. A participante percebia a dependência afetiva e financeira para com ela, uma pessoa insegura de uma dependência quase maternal, segundo ela. Para a participante:

“Ele era uma pessoa que jamais faria mal fisicamente, era uma boa pessoa, mas eu reconheço que ele carregava demônios muito profundos, né! E que a melhor coisa para ele seria ter feito uma psicoterapia, não me ocorreu jamais que ele só ia ao psiquiatra com essa queixa de remédio para dormir”.

Mudanças indesejadas na velhice podem causar perturbações emocionais e sociais da ordem do insuportável para o idoso, viabilizando comportamentos de autoviolência, já que a visão do idoso tornou-se limitada e fragilizada para uma possível readaptação a essas perdas (Cavalcante et al., 2015). Na visão do participante P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos), seu

pai apresentava certa rigidez diante das mudanças e adversidades, o filho comenta que era ríspido ao ser confrontado com as adversidades impostas:

“Meu pai ele era muito muito... ele não conseguia suportar algo fora do lugar... Ele tinha esse problema sabe, ele tinha que tentar fazer as vontades, tinha que dar opinião, opiniões, às vezes para não tirar ele do eixo né, para não tirar ele do raciocínio perfeito”.

A velhice poderá ser um tempo de crise para algumas pessoas, e quando há escassez de apoio para o idoso, na sensação de não ter mais ninguém ou ao que se apegar, na ruína de seu mundo interno, sem sinais de esperança de resolução do sofrimento, sem sentido e propósito para um futuro, o idoso abdica de sua vida, vendo o suicídio como a única alternativa de acabar com o desespero. Na percepção de P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – seu pai era uma pessoa egoísta, com necessidade de autoafirmação, comenta em diversos momentos da entrevista o impacto da ausência do pai ao longo de sua vida, mas sentia que na necessidade do genitor, ele buscava os familiares pedindo ajuda:

“Porque assim fazia um tempo que eu não via ele, ele não queria me receber, a gente manda mensagem não responde só fala que tá tudo bem, de repente ele chega na minha casa pedindo para cuidar do cachorro e falando toda vida financeira dele, em nenhum momento ele pergunta assim, para mim: filha você tá bem, suas crianças estão bem, vocês estão precisando de alguma coisa?... Ele não queria ter uma sensação de inferioridade, ele não queria achar que as coisas não deram certo para ele, então ele ficava sempre nessa posição de falar dele, sabe!

A fragilidade e instabilidade emocional, ao que parece, são recorrentes em pessoas com ideação e/ou planejamento suicida, essa configuração se dá diante da rigidez do pensamento no sofrimento existencial, suscitando a falsa percepção de que são responsáveis pelas desgraças do mundo, sendo um fardo para a sua família. Muitas vezes o idoso se vê condenado à morte, sendo a única possibilidade de alívio para os seus familiares acabar com sua existência (Cassorla, 2007; Welang et al., 2006).

Entretanto, alguns idosos vão, ao longo da sua vida, criando laços fragilizados, de forma provocativa desenvolvendo ambientes hostis e

insatisfatórios para o convívio. Sensações de ameaças reais e simbólicas vão sendo construídas em seu repertório de relações sociais, intensificando o isolamento e a exclusão. Assim, observamos no relato de P5 – Catarina (neta) da idosa Benedita (83 anos):

“Minha avó tinha uma sensação de... ela sempre falava muito como se o mundo tivesse sempre perseguindo ela, sabe, então eu acho que era uma pessoa que estava sempre ameaçada, se sentindo desprotegida, nunca era o suficiente o suporte, sabe, que a família dava... . Então ela... ela também assim, a relação com os irmãos, ela tem irmãos, né, assim, mas não era uma relação próxima, era sempre muito complicada. Então eu acho que ela vivia uma sensação de perseguição o tempo todo, sabe. O tempo todo de fantasmas que ela, que ela tinha ao longo da vida, né e (PAUSAS) eu acho que ela tinha consciência e ela plantou muita coisa... leio que as literaturas que os idosos falam muito sobre isso essa coisa do planejamento do suicídio para não chegar no momento em que vai depender da família, vai causar, né, uma desestruturação da família por conta do idoso, eu acho que foi isso que minha avó tentou evitar, sabe, essa causas, essa dependência extrema da família, essa forma de ter que depender de pessoas que ela terminou causando muito conflito. Então, ao mesmo tempo que ela era sem noção, eu acho que ela tinha consciência do que ela causou ao longo da vida, né, então eu acho que era uma pessoa muito atormentada mesmo, sabe com seguranças”. (PAUSAS PARTICIPANTE EMOCIONADA).

No relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – ele comenta que sua esposa apresentava uma labilidade na autoimagem, ao mesmo tempo não tinha cuidados e preocupação com sua aparência e, no mesmo dia, colocava roupas e perfumes caríssimos. O participante, ao relatar, comenta que após a morte foi questionando o que era fruto da doença ou o que de fato seria traço de personalidade da idosa. O esposo questiona algumas vezes, se de fato conhecia quem era a esposa. Complementa que, após o falecimento, descobriu dívidas que a idosa fez e das quais não tinha conhecimento. Nesse relato, observamos a surpresa que se revela após a morte. Já na concepção de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – seu pai era uma pessoa saudosista, e tinha sentimento de culpa por ter uma condição melhor financeiramente quando comparado aos outros irmãos, a filha comenta também da rigidez de pensamento que o pai expressava, o que, provavelmente, acrescentou seu sofrimento e as possibilidades de alternativas para além da morte por suicídio.

No relato de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – a participante comenta que sua avó era uma pessoa que não falava de seu sofrimento, ao que parece, a neta não tinha espaço para expressar a morte de sua mãe, assunto esse que parece ser “proibido” entre os familiares. A neta também completa que acredita sua avó ter sido uma pessoa muito sozinha, mesmo estando sempre ao lado de familiares. Ao longo da coleta de informações sobre a biografia do idoso de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – observa-se também a ambiguidade entre a autoimagem do idoso, um cuidado com a saúde física, porém uma discrepância na autopercepção e sensação de menos-valia:

“Era muito complicado, assim, ele tinha uma autoestima muito baixa, acho que isso era o pior de tudo porque por mais que a gente falasse assim ‘ó você é inteligente, você tem capacidade sim’ ele se formou como desenhista projetista, aí não deu certo a profissão. Aí ele começou com a de motorista, trabalhou em empresas boas ,então a gente dizia para ele, mas não adianta tudo o que você dizia para ele, ele sempre se achava menos, inferior, como ele utilizava muitas palavras ‘eu sou inútil, não sirvo para nada’ então assim, a autoestima dele, a autoimagem dele era muito ruim, ele nunca se amou de verdade, é isso que eu sinto, que eu vejo, que eu via muito né, que eu percebi, ele se cuidava muito, isso é uma coisa que eu percebi. Ah, então assim, principalmente as questões assim da saúde, ele sempre cuidou ao extremo de ter uma boa alimentação, dormir a quantidade certa, fazer uma caminhada, mas assim ele não se amava, ele não se via como bom internamente”.

Ainda que o idoso tenha particularidades semelhantes de fatores socioambientais específicos para o risco de suicídio, cada indivíduo apresenta uma perspectiva única sobre seu mundo interno, e logo, em relação ao seu sofrimento. Assim, sua perspectiva abrange crenças, vontades, sentimentos e desejos, interpretando seu sofrimento a partir de sua visão peculiar do cenário em que habita (Cavalcante et al., 2013; Gutierrez et al., 2015).

4.2.2.2 Segunda categoria final impacto na vida dos enlutados diante da morte por suicídio.

Conforme apontado, a segunda categoria final apresentada na Tabela 11 “Impacto na vida dos enlutados diante da morte por suicídio” foi composta pela

categoria intermediária: “vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte violenta por suicídio”. A seguir, serão apresentadas as discussões relativas à respectiva categoria intermediária acompanhada de suas unidades de significado

4.2.2.2.1 Quinta categoria intermediária: Vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte violenta por suicídio

Na quinta categoria intermediária, apresentados na Tabela 8 “vivências do luto, sentimentos e emoções recorrentes na perda e na morte por suicídio”, foram alocadas 5 unidades de significados que elucidam as reações pertinentes ao luto, a possível dualidade das experiências diante das perdas, bem como a relevância dos ritos de passagem no processo do luto.

Na unidade de significado **“notícia do óbito recebida de forma inesperada, sensação de entorpecimento e descrença do ato”**, temos na morte por suicídio um evento abrupto, pois, como percebemos ao longo da pesquisa, mesmo diante da comunicação da intenção de morte de alguns idosos, o ato em si foge da premonição de qualquer familiar, profissional e/ou membro da comunidade. Como observamos na fala de P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – ao dizer que seu esposo ligou diversas vezes no seu celular, pois após o trabalho a participante não foi direto para casa:

“Ele tava me procurando. ‘Onde você tá?’ ‘Estava no mercado’. Ele: “vem para casa agora, né!”. Ele tava na rua me procurando eu cheguei em casa ele chegou logo atrás de mim e falou: “o vovó já foi!”. Fez assim com a mão (gesto de Adeus!). Na hora parece que meu chão abriu né, meu estômago embrulhou, não acreditei, comecei a gritar.”

Na morte autoprovocada os familiares se deparam com a notícia do fim inesperado e violento de seu ente querido. A morte por suicídio, muitas vezes, viola a integridade do corpo, iniciando assim, para o enlutado, o despertar das angústias, incertezas, revoltas, solidão e medos diante do falecimento do ente querido, pois no autoextermínio as possíveis respostas para as inúmeras perguntas que acometem os sobreviventes das causas e os motivos, se vão com

a morte. Com a notícia do óbito, o imperativo cultural do “descansou e está em paz” se faz posto pela realidade do suicídio, e assim iniciam-se os sentimentos antagônicos recorrentes nos familiares sobreviventes, já que o seu ente querido desejou a morte (Py et al., 2007). Segundo seu relato, P4 – Juliana (filha) do idoso Antônio (63 anos) – recebeu a ligação de um policial solicitando a presença dela na casa de seu pai, a participante não fazia ideia do que se tratava, chegou a questionar o policial sobre a necessidade de sua presença, pois estava no trabalho, porém no caminho sentia que algo tinha acontecido, mas imagina que seu pai teria feito algum mal para outra pessoa. Assim ela relata como recebeu a notícia da morte:

“(...) e aí quando eu cheguei já tinha um monte de polícia, né, em frente à casa do meu pai, que quando a gente chegou o policial falou para gente que meu pai tinha se enforcado (SUSPIROS). Pendurado no quintal da casa dele, sabe! Com uma corda nesses, nessas madeiras que segura o telhado, amarrou e se enforcou! Nossa foi um choque assim, enorme, né! Que na hora mesmo, porque nunca passou pela nossa cabeça”.

Parkes (1998) salienta a importância em relação à qualidade da comunicação aos familiares da morte inesperada e violenta como a do suicídio, pois esse momento reverbera ao longo do processo de luto. A sensibilidade e o cuidado para o auxílio na informação e/ou o direcionamento, principalmente com o corpo da pessoa falecida – em alguns casos, variando o método utilizado, os corpos são encontrados em estados de mutilação ou em posições traumáticas – são considerados fatores de proteção para um luto complicado. Além do mais, a morte por suicídio determina aspectos jurídicos no que tange à verificação e constatação do óbito por autoridades competentes e, muitas vezes, esses trâmites são exaustivos, invasivos e até morosos, principalmente devido às mortes entre os idosos, em grande parte, ocorrerem em domicílio.

Logo após a morte diversas ações precisam ser tomadas, providências legais com o corpo, e na morte por suicídio há um trâmite judicial necessário envolvendo IML (Instituto Médico Legal) e autoridades competentes, em alguns casos, devido ao método, o corpo fica mutilado e desconfigurado, sendo necessárias medidas de tanatopraxia ou ainda a escolha por caixão lacrado. A

comunicação da morte a outros membros da família também é um momento delicado e, variando de acordo com suas crenças, algumas famílias optam por esconder a *causa mortis*, fazendo do falecimento também um aspecto mentiroso e oculto (Franco, 2021).

No caso de alguns participantes da pesquisa, a comunicação da morte aconteceu via ligação, deixando os participantes atônitos com a notícia. É o que percebemos no comentário da participante P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – ao receber a informação do falecimento da avó, por meio de sua irmã (que enviou mensagem no *WhatsApp*), inicialmente, o pai da participante sabia da morte por suicídio, mas comenta que outros familiares, que estavam a caminho da residência da idosa acreditavam que a morte ocorreu por infarto. Catarina relaciona a dificuldade de aceitação dos familiares com o preconceito e o tabu que é a morte autoprovocada. Semelhante é o relato de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – a notícia foi dada por telefone, sua esposa é quem recebe a informação. O participante comenta: “não deu tempo, quando o meu irmão encontrou ele, ele já estava boiando no lago. Houve a retirada do corpo, mas meu irmão mesmo já viu que não dava para fazer nada, ele faleceu no local!”

A vivência das mudanças após a morte impõe ao enlutado a necessidade de readaptação de seu mundo presumível, essa tarefa requer tempo cronológico e subjetivo. Iniciando-se após a constatação da morte. Entretanto, no suicídio, a violência e agressividade particulares a essa *causa mortis* podem dificultar ainda mais a aceitação e elaboração da perda (Worden, 2013). A sensação de incredulidade e espanto também foi relatada por P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – ao receber a notícia por ligação telefônica de uma de suas tias:

“‘Você tá aonde?’ ‘Eu tô aqui na clínica’. Ela falou: ‘você tá sozinha?’, eu falei ‘tô sozinha’, aí ela falou assim ‘olha sua avó se matou’, eu quase caí, quase morri, quase desmaiei (RISOS), eu não sabia o que fazer, eu ‘gente ,eu tô sozinha’ entendeu? (RISOS NOVAMENTE) ‘A sua vó se matou?’ eu disse ‘não, ela deve ter tido alguma coisa’, uma vez deu alguma coisa do tipo, ela me ligou, tava tudo bem, não ela se matou sim, foi desse jeito que eu recebi a notícia (RISOS APARENTEMENTE DE NERVOSO)”

A participante P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – vivenciou a angústia do desaparecimento do pai e, após três meses aproximadamente, recebeu a informação de autoridades da região da descoberta de uma ossada com características condizentes com os restos mortais de seu pai. Segundo a perícia, a morte foi provocada por cortes e ao lado do corpo foi encontrado um estilete. Até o momento da entrevista os restos mortais ainda estavam no IML. Para Parkes (1998), alguns enlutados podem vivenciar episódios chamados de despersonalização, a vivência de uma sensação de irrealidade da morte, principalmente quando há o desaparecimento do corpo.

A notícia da tentativa de suicídio do pai de P9 – Danila filha do idoso Pedro (62 anos) – foi dada por sua mãe, porém só foi comunicado que seu pai tinha passado mal, sem informar que houve uma tentativa. Foi somente quando a mãe retornou para casa que a participante descobriu os motivos que levaram o pai para a emergência:

“(...) quando minha mãe chega à tarde, porque ela sabia desde o começo mas ela não quis avisar a gente, então assim quando minha mãe chegou e ela falou na hora eu chorei muito e eu de fato assim tomei aquele choque, porque eu nunca em nenhum momento por mais que eu soubesse que meu pai estava numa depressão profunda em nenhum momento eu imaginei que se tratava de uma tentativa de suicídio, então quando ela falou foi um choque para mim eu não sei nem explicar, chorei muito...”

Parkes (1998) refere episódios de descrença em relação à morte do ente querido, talvez na tentativa de diminuir ou deslocar o sofrimento da perda iminente diante do falecimento. O enlutado necessita de um certo tempo para compilar as informações recebidas da morte violenta e inesperada que o suicídio impõe. Há, de certa forma, um entorpecimento das reações do enlutado, rompantes de extremo sofrimento poderão ser manifestados nos momentos dos ritos de passagem, dentre eles o funeral, que é de extrema importância para essa fase do luto. Alguns enlutados, diante do torpor da morte inesperada, necessitam de ajuda para as tarefas mais comuns, como as primeiras ações burocráticas a seguir do falecimento, bem como as tarefas simples da rotina doméstica e laboral.

Em alguns casos de suicídio, a constatação do ato é feita pelo próprio participante, como verificamos na fala de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos): “Eu não estava presente, mas no dia seguinte eu encontrei o corpo dele enfocado na porta, numa das portas do apartamento”. Algo semelhante também aconteceu com o participante P6 – Edson (esposo) da idosa Eduarda (63 anos) – após constatar a ausência da esposa:

“...fui para o corredor, a porta aberta, então eu tentei socorrê-la, eu tentei socorrer, a rede mais parecia um xale, ela fez um invólucro, alguma coisa assim sem querer, à distância até pensei que ela estava brincando então, aí eu peguei uma mesa, desci as escadas para tentar alcançar os pés dela, essa mesa ainda não alcançou os pés dela, eu ainda coloquei uma cadeira, mas foi em excesso. Então ela ficou ajoelhada nessa cadeira e essa cadeira sobre a mesa e aí eu fui até o laço ali onde estava enganchado a rede eu não consegui o peso dela...”

Na unidade de significado **“questionamentos e reflexões referentes aos últimos momentos de vida do ente querido”**, explora como pessoas que estiveram próximas a situações de risco traumatizantes, podem criar uma imagem mental da cena da morte de seu ente querido, mesmo não estando presentes nela. As imagens ou lembranças podem deixar os enlutados assustados, angustiados e irritados. Esses pensamentos de forma obsessiva e recorrente podem contribuir para uma manifestação do luto mais complicado. A morte que se inscreve na realidade do enlutado por suicídio, marca a impossibilidade da despedida, dessa forma para os sobreviventes o que fica são as fantasias do momento final da vida (Goldberg, 2019).

P4 – Juliana (filha) do idoso Antônio (63 anos) – comenta, de forma muito emocionada, que ao voltar na casa do pai percebeu o registro do banheiro quebrado com roupas molhadas. A participante acredita que houve uma tentativa antes do ato fatal e reflete sobre os possíveis momentos finais de vida de seu pai: “Eu não sei assim, da onde que ele tirou isso, como ele pensou, né! A gente depois fica analisando muitas coisas”.

A morte por suicídio não permite despedidas, impõe a dor e a dúvida para os sobreviventes sobre os motivos que antecederam a morte, bem como teriam sido os últimos instantes de seu ente querido (Fukumitsu, 2013). A P5 – Catarina,

neta da idosa Benedita (83 anos) – compartilha em seus relatos um pouco de sua sensação e sentimentos em relação aos últimos instantes de vida de sua avó. Observa-se um discurso de medo e agonia.

“Então eu fiquei mais ou menos umas 30 horas sem saber exatamente o que tinha acontecido, eu só soube no dia seguinte à noite porque aí eu trabalhei durante o dia, meus pais voltaram, aí eu fui à casa deles e aí foi que eu soube os detalhes E aí foi muito impactante muito... muito... muito assim, porque eu imaginava uma senhora de 80 anos que teve o ataque cardíaco, é uma coisa, né! E aí quando minha mãe contava os detalhes era outra coisa completamente diferente, então foi muito difícil e eu me lembrei, eu não tenho dificuldades para dormir, eu durmo muito bem, e aí eu me lembrei que de segunda para terça eu passei a noite agoniada, assim, sabe? Quando o sono tá leve e você não dorme direito? E aí quando eu soube da morte dela, foi que eu entendi, assim né! A gente tem uma conexão muito grande, né! Então, (PAUSAS) a sensação é que ela literalmente agonizou ao longo dessa madrugada, sabe! E... e foi bem difícil receber essa notícia, essa confirmação de que realmente foi suicídio porque aí era diferente de um sofrimento físico para um sofrimento emocional, foi bem difícil! (EMOCIONADA)”

Segundo Cassorla (2007), o não saber do que acontece no momento da morte é gerador de horror e sofrimento para os sobreviventes, pois a imprevisibilidade e impotência do fim geram angústia e incertezas de sofrimento que seu ente querido sentiu. Assim, há uma necessidade de buscar resposta na tentativa de minimizar o sofrimento do desconhecido. Dessa forma, há um deslocamento do não saber para eventuais respostas, a eterna busca do desconhecido dos momentos que antecedem a morte. Perguntas que nunca terão respostas acompanham os enlutado, tais como: “Por quê?”, “Para quê?”, “Por que preferiu a morte?” “Por que ele fez isso comigo?”, “Por que não pediu ajuda?”, os eternos por que, porém, essas respostas são enterradas com quem morreu (Fukumitsu, 2018).

Questionamentos também são postos na fala de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos). Observamos em seu diálogo um misto de raiva e solidão diante do ato autoprovocado do pai:

“...então eu sinto muita mágoa dele muita mágoa, muita mágoa (EMOCIONADA), dúvida, eu fico me perguntando por que que ele fez isso, por que que ele fez isso comigo, eu fico me perguntando, assim, eu aprendi a gostar de MPB com meu pai, então tem um monte

de música que era nossa, se nesse caminho de 400m ele lembrou de uma música, como que ele pode não ter lembrado de mim, que ele poderia ter me deixado? (CHORO) Eu sinto muita solidão, eu sinto falta dele, muita... (PAUSAS) Eu ainda não sinto saudades, porque parece que ainda não aconteceu (PAUSAS E CHORO), mas eu sinto muita mágoa muita, muita”.

A experiência no luto é intensa com o aparecimento de diversos sentimentos e questionamentos. As emoções flutuam entre choque e descrença, falta de energia, e motivação para as atividades antes realizadas, além da tristeza profunda que acomete o enlutado horas e/ou dias após a morte (Casellato, 2018). Observa-se também, de certa forma, o vazio que acomete os sobreviventes, pois, de alguma maneira, o ato suicida tira a possibilidade de despedida, fechamento de ciclos para os que ficam. Ainda, para alguns sobreviventes, sobra a sensação de punição por sua “omissão” e impotência (Cassorla, 2017; Fukumirsu, 2018). Na fala de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – encontramos uma manifestação de desamparo e angústia diante da morte da avó: “tanto é que eu falei “nossa nem lembrou de mim né, nem se lembrou de mim na hora de se matar” (RISOS). Eu brinquei né, “nem lembrou de mim porque a senhora não precisa se preocupar comigo”.

A vivência de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – ocorreu de forma um pouco distinta dos demais participantes, visto que houve a possibilidade de socorro de seu pai por policiais, mas o falecimento aconteceu após semanas em um hospital. A esse respeito a participante relata sua angústia da despedida e os questionamentos do que seu pai ouvia e sentia antes da morte:

“entrou eu e, a minha mãe não tinha condições para isso, entrou eu e meu marido, e aí quando eu vi meu pai naquela situação, me deu vontade de voltar para trás e colocar em cuidados paliativos porque estava em um sofrimento extremo e por mais que eu já tinha feito estágio no Hospital, tinha ido na UTI, tudo, eu nunca tinha visto uma pessoa naquela condição porque parecia que ele estava assim sem vida já, e aí naquele momento eu chorei muito, eu sou uma pessoa que não chora, que sou mais forte para algumas coisas, e no grau que eu não podia chorar, como ele tava ainda sedado imaginava que alguma coisa ele ainda escutava, e como eu não queria que ele ouvisse eu chorando foi um choro calado mesmo, então o momento e depois três dias depois ele faleceu de fato.”

Para o enlutado seu mundo era conhecido e presumível, após o momento da morte do ente querido é submetido a alterações, muitas vezes irreversíveis, pois o que era conhecido e familiar passa a ser desconhecido e irregular. Com a constatação da morte ao longo do processo do luto há uma tendência do enlutado em significar e dar sentido à perda, tentando encaixá-la e compreendê-la no conjunto de crenças do seu ambiente. Porém esse processo é oneroso e na morte por suicídio há o agravante das dúvidas e incertezas, há um futuro interrompido pela ação do próprio ente querido (Parkes, 1998).

Na unidade de significado **“realização de ritos de passagem”** observamos a relevância dos rituais para a organização do mundo interno do enlutado. Com a morte do ente querido, há um abalo significativo na vida do sobrevivente e, assim, os ritos marcam a concretização da morte, ofertando subsídios para vivenciar o processo de perda. Além disso, os rituais também têm a proposta de homenagear a pessoa falecida na comunhão com outros membros da sociedade da qual o morto fazia parte (Kovács, 2007). Na presente pesquisa, 8 dos 9 participantes tiveram a possibilidade da despedida de seu ente querido, apenas uma participante (P7 – Luana, filha do idoso Leandro, 71 anos), encontra-se privada da cerimônia, pois a ossada descoberta ainda está, até o momento da entrevista, sob a guarda dos órgãos competentes. Diante desse fato, a fala da participante é banhada de sofrimento com a espera para a ritualística:

“(...) está no IML e isso é um motivo de angústia né, porque da minha família todo mundo é cremado e tem um ritual de jogar as cinzas no mar, e aí é muito angustiante para a gente ainda estar no IML sabe? Isso é algo que incomoda muito sabe, e até porque ainda ela mora, eu não sei se alguém elabora o luto de um suicídio, eu não quero estudar sobre isso, eu não tenho como pensar sobre isso é muito diferente. Meu pai se matou né, mas não teve ainda né, as roupas dele estão guardadas, porque na minha família tem um monte de ritual. Não pode mexer nas coisas antes do sétimo dia, mas tá tudo guardado ainda porque tá lá”.

Cada sociedade tem designados rituais específicos para a morte, cada qual com suas metáforas, símbolos e atribuições. Assim se instaura no falecimento a necessidade de ritualização, dentre elas: missas cemiteriais associadas aos cultos religiosos, discursos e fotos exaltando a memória do

falecido, homenagens aos mortos com cerimônias com flores, comidas, incensos etc. Utilizando-se de diversos recursos, os ritos, de forma geral, envolvem pedidos de salvação, o desejo dos enlutados do descanso eterno na última morada, paz e iluminação ao ente morto (Kovács, 2007; Ariès, 2014).

Entretanto, na morte por suicídio há especificidades. Para Casellato et al. (2018) na violência autoprovocada esse momento de crença espiritual/social que as cerimônias de passagem marcam, poderão ameaçar o sistema de crenças do enlutado, somando-se aos juízos de valores da sociedade tão recorrentes na perda por suicídio. Com essa díade, o luto poderá não ser validado e autorizado, tanto pela comunidade como, em alguns casos, pelo próprio enlutado. Na morte por suicídio alguns fatores poderão ser agravantes neste processo, além do sofrimento da perda, como observado no relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – no que diz respeito à tratativa do corpo do esposo nos trâmites judiciais, e na realização do desejo do morto quanto à escolha do desfecho dos restos mortais, pois no falecimento por suicídio não há a possibilidade de cremação:

“Foi bem no meio da pandemia e ele não pôde ser cremado, que eu me lembrasse era o desejo dele e eu manifestei isso, mas a polícia técnica não deixou porque foi morte violenta. Disse que não pode ser cremado. Então houve aqueles procedimentos todos de ir para Instituto Médico Legal, então o corpo fica muito mal cuidado, maltratado, então voltou com bicho, já com larva de mosca no ouvido, uma coisa horrorosa”.

O funeral tem aspectos característicos, como últimas homenagens ao falecido, ali muitas pessoas vão para dizer adeus e dar as condolências aos familiares e outros amigos do morto (Parkes, 1998). Entretanto, vimos em P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – que a morte por suicídio pode implicar a adaptação do ritual, muitas vezes o local do falecimento escolhido pelo idoso torna-se uma espécie de santuário, pois foi ali que se deram os últimos instantes de vida, como mencionado pela participante a oração feita pelo padre ainda no local:

“Ele ainda estava lá, o corpo dele estava lá, muitas pessoas ficaram em casa dando forças à gente, inclusive o padre né, da nossa Paróquia, ele fez uma celebração tão

bonita né, valorizando a vida dele, a vida do meu pai, o que ele fez nessa vida, e aquilo encheu a gente de esperança, e foi muito importante para nós aquele dia”.

Os ritos servem para evocar a lembrança de alguém que já se foi, marcando uma nova linguagem na comunicação, mesmo que unilateral, entre os vivos e os mortos (Goldberg, 2019). Na morte por suicídio a curiosidade e as fantasias de um corpo mutilado são frequentes entre as pessoas, entretanto em alguns casos, de fato, há a necessidade de o velório ocorrer com caixão fechado devido ao estado do corpo após a morte violenta, em outros momentos há uma exposição do corpo ainda no local do falecimento. No caso da P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – os ritos fúnebres também iniciam no local em que o corpo foi encontrado, mais uma vez na residência do idoso:

“Fizemos o velório dela, como ela era bastante assim, ela não ia nenhuma religião, mas ela falava para mim que ela era evangélica, aí fizemos uma oração, tanto é que meu primo na hora que encontrou o corpo dela, ele era nosso vizinho, fez uma oração também com ela caída lá na área né, porque na nossa religião é bastante julgado quem comete esse... esse ato né, mas a gente não julga não... (RISOS) eu não julgo não”.

Na história de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – observamos a importância do cerimonial de passagem no contexto social do pai: “somos evangélicos, fizemos a oração, cantou o hino ali de despedida e partimos para o enterro”. Para Franco (2021), os ritos e homenagens afirmam a vida vivida, expressam simbolicamente os valores da comunidade em que o morto estava inserido, e também permite aos vivos ressignificar sua continuidade com o culto ao falecido. Experiência semelhante de conforto no momento do rito funerário com a homenagem religiosa, foi encontrada no relato de P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos):

“A gente fez um velório a gente teve, a gente fez um, um momento de oração. Uma das minhas irmãs, ela é evangélica, e ela chamou alguns irmãos da igreja, e a gente fez um momento de oração. Foi muito bonito”.

Lidar com a falta diante da perda do ente querido é uma tarefa árdua para o enlutado. O rito fúnebre não realizado ou realizado de forma limitada, implica, a *priori*, em dificuldades na elaboração do luto, a transição entre o real e o

simbólico e a significação da perda é necessária na construção da nova condição do enlutado diante da morte (Goldberg, 2019). Em P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – observamos o pré-julgamento social inferido ao ato suicida, porém vemos também as mudanças que gradativamente a sociedade vem solidificando:

“E pela religião que a gente segue ainda teve um culto completo, foi muito importante para gente porque existe toda essa questão da religião de que os suicidas não têm direito a um funeral. E aí no caso do meu pai sim, houve serviço de funeral para ele e a gente conseguiu ter, para gente isso é muito importante, então a gente teve esse momento sim os familiares com serviço de funeral, então houve esse momento”.

Na unidade de significado “**mudanças significativas após o falecimento do idoso**” constatamos, segundo Parkes (1998), que no luto surgem novos papéis e expectativas para enfrentamento da vida, pois uma nova configuração de mundo foi imposta pela perda. Com isso o enlutado deverá lançar mão de um novo repertório para sentir-se seguro e confiante nessa nova configuração, pois a ocorrência da morte traz uma tendência forte para a desorganização na rotina e da vida do enlutado. Para P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – a mudança mais significativa é a preocupação com sua mãe que passa a residir sozinha, comenta que nos primeiros meses as filhas dormiam com a mãe, gradativamente a própria viúva passou a pedir um pouco mais de privacidade.

Costumeiramente, para as pessoas o início do luto é um caos, pois uma perda geralmente desencadeia outras perdas secundárias tais como mudança de papéis sociais, econômicas, de casa e as vezes até localização. Essas perdas poderão ser tão significativas quanto a morte em si (Parkes, 1998). Observamos no relato de P 8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – as emoções geradoras de fragilidades que são expostas após o falecimento: “era a pessoa que eu falava todos os dias, era minha melhor amiga, então a primeira coisa que eu sinto é falta dessa preocupação (EMOCIONADA), sinto agora que eu estou solta”.

P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) comenta que após o falecimento do pai não receberá mais as mensagens de carinho e preocupação: “é uma coisa é, mas também no dia a dia, tinha muito aquela coisa de: “Bom dia, pai, bença! Tá tudo bem aí?”, O participante também sinaliza que precisou tomar

a frente da administração do sítio e dos afazeres antes realizados pelo falecido, e como é advogado precisou organizar inventário de bens e todo o trâmite burocrático necessário após o falecimento:

“O seguro me pediu a perícia que ainda não tinha sido concluída o laudo, eu tive que fazer contato com a polícia civil, a polícia civil me mandou esse laudo com fotografia do meu pai, então isso foi bem foi uma parte difícil (emocionado)”.

Aspecto semelhante ocorreu com P 9 – Danila filha do idoso Pedro (62 anos), no que diz respeito às finanças e preocupações gerando uma sobrecarga de obrigações:

“(…) questão financeira né, porque para fazer inventário a gente gastou muito dinheiro, tentar, de certa forma, tentar suprir esse papel do meu pai o que ele fazia, desde os cuidados com a casa até às questões financeiras, é como se agora eu tivesse duas famílias, cuidasse da minha e cuidasse da que meu pai deixou também, então eu venho mais cansada, eu venho me sentindo mais sobrecarregada, houve bastante mudança depois do falecimento”.

O processo de luto suscita mudanças em diversos aspectos da vida do enlutado, sendo, no âmbito físico: alterações na alimentação e sono, queda da imunidade, alteração significativa de peso e palpitações cardíacas; no aspecto comportamental: perda do interesse sexual; no cognitivo: falta de memória e dificuldade de atenção; no emocional: solidão, sensação de vazio, raiva, culpa, medo, desamparo, ansiedade e também no âmbito social: dificuldades nas relações sociais (Casellato, et al., 2009). Como sinaliza a P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – com o falecimento do pai mudanças no aspecto emocional aconteceram: “eu sinto que às vezes eu fico bem... bem ansiosa com as coisas, assim, mexeu muito com meu emocional”. Alterações na rotina do enlutado, muitas vezes, são inevitáveis, porém, cada enlutado irá expressar e significar sua dor a partir de seu repertório emocional:

“Desde quando isso aconteceu a minha vida não foi a mesma, né... Então as coisas não saem da minha cabeça, desde quando meu pai faleceu eu não dormi uma noite mais como eu dormia antes. Eu tenho aquela sensação, eu deito, eu tinha um sono bom, mas quando dá 3h, 2h30 ou 3h30 eu acordo, aí eu fico pensando um pouco nele, depois eu

volto a dormir, mas assim isso é uma frequência de noite, né! Eu não consigo dormir no escuro”.

De forma semelhante, em relação às mudanças após o falecimento, observamos em P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – as alterações emocionais significativas após a perda: “eu acho que é mesmo a cabeça, eu acho que é a cabeça mesmo, porque foi muito agressivo para mim né, então eu fico pensando, se eu tivesse acordado, se eu acordasse 10 minutos antes não acontecia aquilo”.

No processo de luto há diversos sentimentos intensos, às vezes ambivalentes, e assim o enlutado necessita de tempo para significação e adaptações das perdas. Entretanto, não há um tempo cronologicamente certo para essas vivências, mas sim o tempo subjetivo possível de cada um desses enlutados (Kovács, 2007). Para alguns enlutados as mudanças são tão intensas chegando até a uma possível identificação com o morto. Os sentimentos e a reprodução desses pensamentos são quase comportamentos repetitivos da pessoa falecida, e assim o pensamento de suicídio é manifestado por esses enlutados (Franco, 2021). A participante P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – comenta em seu relato:

“é tudo muito misturado, só que para seguir tá sendo difícil, tem dia que eu entro aqui na minha sala, eu fico desesperada, chorando, eu fico pensando ‘meu Deus, o que que eu vou fazer’ assim, e tem hora que a gente até pensa bobagem, só que aí depois eu penso ‘não posso fazer a mesma coisa, sabe, eu sei o quanto está causando sofrimento, mas é difícil, é difícil”

No discurso de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – observamos as mudanças profundas, o silêncio que imperou no ambiente familiar em relação ao falecimento de sua avó: “então eu acho que a dificuldade maior é essa, assim, de repente vira um tabu, vira um segredo”. O processo de luto por suicídio, em algumas famílias, é gerador de segredos que podem perpetuar por uma geração inteira. A privação da rotina anterior ao falecimento também é uma experiência sentida por alguns enlutados, a alteração da vida após a morte do ente querido poderá ser geradora de sentimentos de solidão,

desamparo e angústia, pois algumas modificações do ambiente poderão ser irreversíveis para o enlutado (Parkes, 1998). Na experiência de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – são múltiplas as mudanças: “são mudanças muito significativas, muito significativas porque parece que eu não tenho mais minha vida (PAUSA)”.

No que diz respeito à unidade de significado **“responsabilidade e preocupação com outros familiares após o falecimento”** cada família ou núcleo familiar tem seu próprio sistema e papéis que são atribuídos a cada membro, somando-se à dinâmica coletiva da cultura familiar, ou seja, seus significados, costumes e regras, que muitas vezes são herdados de forma transgeracional. Assim sendo, a morte por suicídio poderá acarretar anseios muito intensos na preocupação com outros familiares, pois a ambiguidade nas emoções no luto por autoextermínio – dentre elas culpa, angústia diante de novas responsabilidades e o medo da repetição da perda de outros familiares – poderá ser direcionada ao excesso nos cuidados com outros membros da família (Kovács, 2007). No relato de P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – a participante comenta seus anseios em relação ao cuidado com sua mãe, e o fato da mesma ficar sozinha em casa após o falecimento do pai. O participante P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – refere a preocupação com a mãe, o irmão e os afazeres do sítio após a morte do pai, comenta que as responsabilidades dos negócios estão direcionadas a ele.

Para cada morte por suicídio são afetadas de forma direta de 5 a 6 pessoas, entre familiares, amigos, colegas de escola e trabalho do falecido, quando se trata de uma pessoa pública esses números são ainda maiores (Bertolote, 2012). O sofrimento desses familiares pode perdurar por meses ou anos, e com isso há o agravamento do processo de luto (Bertolote, 2012). No relato de P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – observamos a preocupação com outros familiares, sendo este mais um agravante no processo de luto por suicídio: “eu vejo que ela realmente se fragilizou muito com isso emocionalmente, eu vejo que isso afetou o emocional dela afetou... afetou a saúde. Então eu tenho muita preocupação com isso sabe”.

Segundo a participante P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – após o falecimento de sua avó passou a olhar o pai de forma mais intensa em relação ao adoecimento mental, atenta a alguns indícios de possíveis fatores de risco, a participante também refere sua mudança como psicóloga, passando a ter um olhar mais crítico frente à faixa etária dos idosos: “atenta ao meu pai, principalmente para identificar algum fator de risco”. A forma que ocorreu a morte do ente querido causa em sua particularidade diversos sentimentos específicos, na morte por suicídio a sensação de responsabilidade pelo sobrevivente se faz presente como característica desse luto, assim, há por parte do enlutado a preocupação de um possível novo evento de perda, o efeito contágio (Goldberg, 2019; Fukumitsu, 2019).

A morte com a alteração do funcionamento nuclear são necessárias adaptações para reconfiguração dos papéis, redefinição dos valores, e com isso há uma interrupção do futuro até então almejado e planejado. Após a morte providências precisam ser realizadas e algumas mudanças serão irreversíveis (Franco, 2021). Essa desorganização é o que vimos na história de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – ao sinalizar a mudança de cidade e de local de trabalho para cuidar de sua mãe adoecida com sequelas irreversíveis de AVC (acidente vascular cerebral), a participante comenta que esses cuidados eram realizados por seu pai, mas a participante também sinaliza que, em sua percepção, a doença da mãe foi um dos gatilhos para o suicídio do pai.

Mesmo à distância, pois está em uma cidade diferente de onde sua avó residia, a P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – comenta sobre a preocupação, agora com o avô e seu irmão, pois sua avó era a cuidadora da casa: “o que eu posso fazer é ligar todos os dias, e é isso que eu faço, igual eu fazia com ela”. Para a participante, manter o comportamento e os afazeres da falecida é algo importante em seu processo de luto. A atribuição dos cuidados com a mãe e as responsabilidades financeiras mantidas até então pelo idoso, permeiam a fala da P9 – Danila filha do idoso Pedro (62 anos) – pois a participante, após o falecimento do pai, sente que sua responsabilidade aumentou. É de extrema relevância observar como cada estrutura familiar lida

com o desequilíbrio que a morte provoca, bem como a reorganização após as perdas. (Kovács, 2007).

4.2.2.3 Terceira categoria final o processo de luto dos familiares de idosos vítimas de suicídio.

Conforme sinalizado na Tabela 11, a terceira categoria final “o processo de luto dos familiares de idosos vítimas de suicídio” foi composta pelas categorias intermediárias: “dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio” e “prevenção e posvenção: o manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio”. A seguir, serão apresentadas as discussões relativas à respectiva categoria intermediária acompanhadas de suas unidades de significado.

4.2.2.3.1 Sexta categoria intermediária: Dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio

Na sexta categoria intermediária apresentado na Tabela 9 “dualidade de emoções e sentimentos recorrentes no processo de luto por suicídio”, foram alocadas 3 unidades de significados que perpassam características recorrentes na dinâmica dos enlutados, tratativa social em relação a morte por suicídio, e as possíveis causalidades do ato suicida na perspectiva dos enlutados.

Na unidade de significado “**sentimentos frequentes na morte por suicídio: culpa, raiva, sensação de abandono, sentimentos antagônicos**”, observamos uma vasta expressão de sentimentos ambivalentes entre os enlutados por suicídio. Para alguns enlutados, sentimentos e emoções alternam-se ao longo do processo de luto, há sensações de culpa e raiva, sentimento de rejeição do morto pelo sobrevivente, desamparo sem o amor e o cuidado do falecido, há ainda, para algumas famílias, a perda econômica e a necessidade de prestar cuidados a outros familiares, que culminam em uma maior sensação de desamparo (Cassorla, 2017). A participante P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – comenta da labilidade de emoções, fazendo uma analogia com uma

“montanha russa”, o pensamento constante no pai e em sua morte, a esse respeito ela compartilha:

“Tem dias que eu penso nele toda hora, eu acordei, a primeira pessoa que eu lembro, eu vou dormir eu lembro. Eu, tem dias eu estou tô bem, outros eu tô mais ou menos, tem dia que estou péssima. Eu acredito que o que me mantém é essa dimensão da fé porque, quando eu racionalizo, quando eu penso: que teu pai se matou, aquilo era um conflito dentro de mim né, quando eu penso que ele está melhor não sei aonde está, que ele cumpriu a missão dele aqui, e que a missão dele é outra agora em outra dimensão eu fico melhor.”

O sentimento de culpa por não seguir as orientações do padre também permeia a fala de P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – sobre as possibilidades de antever o ato suicida, ou ainda, pelo fato de deixar sua mãe responsável pela maior parte dos cuidados com seu pai:

“A gente sempre sente um pouquinho de culpa né? O padre falou: ‘não deixe o seu pai sozinho!’. Poxa, por que que eu não tirei umas férias, tudo na minha mãe né, por que? Sei lá, esses por quês que não têm respostas né, resta o sentimento né, que a gente às vezes melhora, às vezes piora.”

A morte premeditada e/ou planejada é geradora de dúvidas, repulsa e confusão mental, bem como ambiguidade de sentimentos por parte dos enlutados (Fukumitsu, 2013). Mesmo diante das inúmeras sensações e emoções que a morte por suicídio desperta entre os sobreviventes, é importante ressaltar que nem sempre é possível prever e evitar o suicídio (Cassorla, 2017). Observamos as diversas sensações de angústia, culpa, mas também medo do destino além-morte, no discurso de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos):

“É uma dor inimaginável e eu acho que eu sou a única pessoa que realmente sentiu a morte dele. (CHORO) Olha o sentimento de uma culpa enorme por ter largado ele lá do jeito que ele tava né! Ainda penso ainda, que ainda me comove (CHORO), pensar que poderia ter sido diferente, poderia ter dado mais apoio, ter ficado mais perto, ter arrastado ele para psiquiatra. Porque talvez pudesse ter entendido né, a situação, como era grave (CHORO). Então, o que me persegue até hoje é isso né! (...) não precisava ter sido desse jeito, ele podia estar vivo... também sempre sonhei com ele de uma maneira tranquila, eu tinha terror logo que ele se matou dele aparecer no meu sonho, tinha terror! Graças a Deus, não aconteceu.”

Kovács (2007), refere que a sociedade, em sua maioria, não aceita o luto por suicídio, muitas vezes olhando o enlutado sobrevivente como incapaz de ter evitado a morte do ente querido. Os questionamentos e a angústia também aparecem na fala de P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos):

“Eu sinto saudades dele, eu sinto bastante saudade e eu tenho aquela vontade sabe, eu fico dentro de mim, com aquela vontade de falar: ‘e por que o senhor fez isso pai?’ Sabe, ‘porque nossa eu ia cuidar do Senhor’, eu tava aqui sabe, não aceitava assim é triste”... da dor da culpa de arrependimento por algumas coisas, né! É aquela dor de você querer uma oportunidade que você sabe que você não vai ter jamais”... como eu não percebi? Sabe essa sensação, como eu não percebi, como eu não vi aquilo, né? Nossa ele me deu o sinal e eu não acatei, aquele se não sabe. é isso, eu acho que é uma sensação de culpa né”!

Para o participante P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – o luto marca o sofrimento e a sensação de solidão, a relação com o pai era a mais intensa de sua história em relação à família de origem: “Eu perdi tudo que eu tinha, né! Falando de família de origem era minha referência era meu amigo, meu parceiro, meu herói, meu guru (RISOS)”. Para P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – a sensação foi de raiva inicialmente, principalmente em relação à faculdade, a neta comenta que havia combinado com a avó sobre a formatura: “poxa, porque você não esperou?”. Segundo Parkes (1998) existe uma intensa procura de explicações sobre a morte abrupta, é recorrente momentos de desespero, desorganização, raiva e angústia. Muitas vezes, há um embotamento dos enlutados em relação às emoções, o que seria muito além de expressão de tristeza e pesar, possíveis indícios de um luto complicado.

Segundo Goldberg (2019), o luto marca a transitoriedade de alguém que foi presente para o estatuto de alguém inexistente, seria a expressão do pesar diante do rompimento do vínculo estabelecido entre o vivo e o morto. Diversas são as reações manifestadas no processo do luto, dentre elas a possibilidade do afastamento do ocorrido na tentativa de preservar-se ou distanciar-se da dor, ou ainda, a identificação com o morto e/ou o aprisionamento na perda na tentativa de não vivenciar a dor. Em alguns casos, o enlutado apresenta identificações com a pessoa morta, inclusive aspectos da personalidade do falecido (Parkes, 1998). Observamos em P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – a

dificuldade nessa transitoriedade. Edson relatou seu sofrimento na organização dos pertences da esposa, a sensação da realidade e as fantasias frente à perda:

“Não posso deixar ela sozinha, para desfazer das coisinhas dela, para desapegar foi muito difícil, foi muito difícil, eu lembro que uma vez eu levei no supermercado para campanha do agasalho, quando eu voltei pelo estacionamento eu fui correndo e fui correndo para poder pegar de volta essa roupas para a doações e eu cheirava, eu beijava e tal, parecia que eu estava enterrando ela novamente sabe, quando você vai doa, parece que você tá enterrando, que eu tô esperando ela, como é que eu vou estar enterrando ela agora, nas minhas orações eu vou na capela todo dia, faço orações eu tava indo no cemitério todo dia, comecei a perceber que ela tá no cemitério né!

De forma recorrente a dualidade do sofrimento impera no luto por suicídio, com o sofrimento de afastar as lembranças traumáticas e doloridas, e negar a situação da angústia da separação (Parkes, 1998). Em P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – observamos essa ambiguidade: “eu sinto muita mágoa dele, muita mágoa, muita mágoa (emocionada), dúvida, eu fico me perguntando por que que ele fez isso”. Relacionamentos carregados de mágoas e ressentimentos poderão ser fatores de risco para um luto mal elaborado. A dependência e relação de insegurança entre a pessoa falecida e o sobrevivente reverbera também após a morte (Parkes, 1998). Angústia, incertezas, pena e impotência são manifestadas na fala de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos):

“E aí saber que meu pai fez, imaginar a cena ele cortar, então, sempre me trouxe... agora estou um pouco melhor, um pouco mais tranquila, vamos se dizer, mas eu acho que permeia é o medo, é a tristeza, sentimento de pena que eu sei que não é bom, mas coitado. Olha onde ele chegou, olha que triste, é um sentimento, assim, de uma pena muito grande né, do que aconteceu, de impotência, de culpa muitas vezes também, então são sentimentos que eu lido todos os dias, mais fortes, menos fortes, eles vão intercalando, mas eles existem, eles estão aqui”.

Segundo Pessini (2007), a necessidade de chorar e expressar-se diante da perda de um ente querido é validada e reconhecida em diversas culturas, porém essas sociedades manifestam o questionamento de sua durabilidade e intensidade, ou seja, uma determinação do tempo de lamúria do enlutado, ditando qual seria o tempo ideal para permanecer no luto. No relato de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – comenta as falas de pessoas, sinalizando como seria a vivência do luto de forma ideal:

“Sentimentos de culpa (EMOCIONADA), sentimento, me sinto traída também e a tristeza profunda sabe, as pessoas falam ‘ah, pensa em tudo de bom que vocês viveram e tal (RISOS), tudo que ela fez por você tá!’. Tem hora que vem esse sentimento, mas os principais é culpa, impotência e me sinto traída também, esses são sentimentos porque eu acho que ela poderia ter pedido ajuda”.

Na unidade de significado **“preconceitos e julgamentos vividos por familiares devido à causa morte ser por suicídio”** segundo P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – ela não percebeu julgamentos devido à morte do pai ser por suicídio, apenas “comentários desnecessários”. P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – refere que houve colocações feitas por seus familiares: “Uai, mas era evangélico, sempre foi para igreja, e aí decidiu colocar fim na própria vida? Não faz sentido”, ao que parece o aspecto religioso norteia os valores e princípios entre a vida e morte. A P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – comenta que não sofreu discriminação de forma direta, pois não compartilhou a causa da morte com as pessoas, apenas os familiares mais próximos de fato souberam que foi suicídio, porém diz que sua irmã, ao receber as condolências de uma colega no ambiente de trabalho foi discriminada: “nossa é uma pena, né, porque nossa, a gente que faz isso não tem paz, né fica aí vagando no mundo!”. Em algumas famílias, o segredo passa a ser mais um indicador do sofrimento velado da morte por suicídio.

Segundo Minois (2018), o suicídio, em algumas sociedades, é visto como um ato egoísta e covarde, no qual a pessoa, fugindo de suas responsabilidades e sentimentos, morre às escondidas, abandonando os seus familiares. O autoextermínio é considerado um ato contrário à lei divina, à lei dos homens e à da natureza, ou seja, um ato animalesco. Para P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – não houve preconceito, mas a morte por suicídio, na sua visão, gera impacto nas pessoas, talvez um preconceito velado, segundo a participante. Já no discurso de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – observa-se uma fala ambígua. Quando perguntado sobre possíveis pré-julgamentos, responde que não houve, mas na sequência comenta ter ouvido um familiar dizer ao telefone: “então, essa louca aqui se matou”. Edson diz que no momento estava em uma situação de muita fragilidade, mas refere que ficou “arrasado” com o comentário do familiar.

O luto não expressado e reconhecido socialmente, isto é, o pesar sancionado, é considerado um luto não autorizado (Casellato, 2018). P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – refere que sofreu muito julgamento. Como é psicóloga, não acreditava – até passar pela vivência da morte do pai – no quanto os familiares eram culpabilizados pela morte do falecido. A participante complementa dizendo que as pessoas passam a evitar a família. A morte por suicídio poderá acarretar um luto inibido, a limitação das expressões, ou a não comunicação do pesar, devido à falta de empatia e à exclusão da sociedade em relação aos sobreviventes (Parkes, 1998; Kovacs, 2007). Para P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – o preconceito iniciou no velório de sua avó pelo fato de ser evangélica, a participante comenta ouvir hostilidades de outros membros da igreja. Observa-se na morte por suicídio, além da dor da perda, a não validação da dor intensificada pelo julgamento:

“No velório inclusive né, eu percebi que teve tinha algumas amigas dela que não foi porque são evangélicas, justamente por essa questão do julgamento, até às vezes alguns familiares por parte de pai que foi lá não sei fazer o quê, Ah falou assim né “Ah, você sabe que ela vai para o inferno né, você sabe que ela não vai para o céu né, porque ela fez isso né, porque ela atendeu sobre a própria vida”. Aí eu falei “acho desnecessário seu comentário uma hora dessa”, mas teve julgamento e todo mundo que sempre chegava para gente “meus sentimentos”, falavam “nossa, vocês não perceberam nada”, tipo assim “como vocês são negligentes” sabe assim “como vocês não perceberam nada”.

Em casos de morte por suicídio, é recorrente as pessoas direcionarem aos enlutados rompantes de raivas e hostilidade, em algumas vezes, inclusive, à pessoa morta, julgando seu autoextermínio. Assim, tais manifestações aumentam o sofrimento dos familiares já banhados de muita angústia diante do falecimento de seu ente querido (Goldberg, 2019). P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – compartilha que também viveu momentos de julgamento por parte uma colega, são situações desconfortáveis que trazem pouca empatia ao momento de perda:

“ela me olhava estranho ela ficou assim, bem, como que eu posso dizer? Bem resistente, e ela chegou a falar que ela não acha justo tanta pessoa querendo viver e aí de repente chega uma pessoa e tenta tirar a vida”.

Em relação à unidade de significado **“possíveis explicações e fatos considerados “gatilhos” para o ato suicida tais como: perdas, conflitos familiares, solidão, adoecimentos e debilidade físicos incapacitantes, mudanças nos papéis sociais e/ou financeira”**, os fatores de risco mais recorrentes apurados na pesquisa são: transtornos mentais (principalmente os que não são tratados de forma adequada), dificuldades em manter suas atividades rotineiras, separações e brigas entre membros da família e solidão. Segundo P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – a morte de seu marido por suicídio ocorreu devido a componentes genéticos, além de todo sofrimento de uma vida, que ao final, com a separação, foi o gatilho para o autoextermínio. Para Gutierrez et al. (2015), o desamparo que culmina no ato de autoviolência na velhice é um processo residual acumulado ao longo da vida do idoso que, na fase final do desenvolvimento, apresenta-se decadente e solitário.

De certa forma, ninguém sabe as respostas para a busca da morte por suicídio, entretanto situações de tortura, sofrimento causado pelo ambiente, doenças emocionais ou, ainda, quando é insuportável lidar com doenças físicas incapacitantes, a antecipação da morte diante de invalidez, desesperança frente a uma situação conflitante, são constatadas na autópsia psicossocial dos idosos (Cassorla, 2007). Na percepção da participante P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – a morte do pai foi devido à depressão: “Meu pai não estava bem. Meu pai estava doente, assim como o infarto mata, o AVC mata, a depressão mata também, então não tem outra explicação, estava doente, é assim que eu entendo”.

Para alguns idosos, o processo de envelhecimento é uma fase de muito sofrimento e fragilidade, possivelmente um aprisionamento em um corpo velho, solitário, marcado por aflição e desesperança. Segundo P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – um dos fatores que levaram à morte de sua avó foi o medo da dependência dos filhos, devido à idade avançada um dos maiores

medos de sua avó era a dependência de seus familiares. Para P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – foram a dificuldade de enfrentar suas limitações, a fragilidade e a dependência de pessoas para realizar os afazeres diários, as possíveis justificativas para a morte de seu pai:

“Eu acredito que foram coisas comuns que outro cidadão poderia ter suportado normal mas para ele, foi muito pesado. E aí evoluindo nesse estágio de piora eu penso que ele foi piorando, piorando que chegou numa situação que ele se sentiu inútil”.

Por trás do ato suicida há um contexto acumulado ao longo da vida de intenso e insuportável sofrimento, minando assim a expectativa de uma vida saudável para o idoso (Cavalcante et al., 2016). Segundo a participante P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos): “eu acho que o meu pai não era feliz, né! Eu acho que meu pai se sentiu sozinho, eu acho que a vida dele já não tinha mais sentido”. Segundo Welang et al. (2006), as possíveis motivações que culminaram no suicídio compreendem aspectos psicológicos na personalidade de cada indivíduo, porém é necessário avaliar o grau de lucidez e clareza que a pessoa tinha em seus últimos momentos. Segundo P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – diante dos últimos dias vividos por sua esposa, em que demonstrava total desorganização emocional e comportamental, para o participante o ato suicídio culminou na somatória de fatores: “Eu acho que foi o retorno da epilepsia, eu acho que foi a frustração na escola, eu acho que foi a criança que não veio”.

No que diz respeito ao autoaniquilamento entre os idosos, para Meneghel et al. (2012), é relevante a distinção dos aspectos de vulnerabilidade variando na perspectiva de gênero. No recolhimento dos fragmentos de vida dos idosos observa-se que os homens apresentam fatores de risco voltados para oscilações ou perdas do papel econômico, traições, desvalorização dos papéis sociais, perda de autoridade e viuvez, já no gênero feminino os fatores de risco são voltados para questões amorosas e desconfigurações da dinâmica familiar, como morte de filhos ou a saída dos filhos de casa. Segundo P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – a pandemia de Covid-19, a dificuldade para conseguir a aposentadoria e a solidão teriam sido os fatores que desencadearam a morte: “acredito que tenho sido a solidão, porque ela tava muito angustiada”. Para

Cavalcante et al. (2015) as pessoas mais jovens organizam sua vida em torno de outras pessoas, como no trabalho e as atividades sociais, o velho, com suas restrições sociais e as diversas perdas de referência, fica na expectativa da atenção de alguém, porém a solidão, não necessariamente, está na ausência física de uma pessoa, em alguns casos, a solidão é um estado de espírito.

Entretanto, Minayo et al. (2012), sinaliza que o homem idoso apresenta fatores de risco em maior preponderância do que as mulheres em situações de: viuvez, separação conjugal, traições e substituições e falta de autonomia. Da mesma forma, o gênero masculino necessita de um olhar diferenciado da sociedade no planejamento da aposentadoria e diminuição da vida laboral. Segundo P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – foram diversas causas que levaram seu pai à morte por suicídio: a morte do filho, a dificuldade das relações após a aposentadoria, a dificuldade no casamento e o processo de adoecer da esposa devido a um AVC. Segundo a familiar: “meu pai sempre falava que ia se matar né, desde que eu era pequena, eu não gostava disso”. De acordo com Cavalcante et al. (2015), existem as crises suicidas agudas, expressadas em um curto intervalo de tempo, nas quais o ímpeto de morte dura entre horas e/ou dias, desencadeando uma carga emocional de comportamento autodestrutivo, algumas vezes atreladas a um evento crítico e estressor.

Para Minois (2018), o que importa na compreensão da morte por suicídio é a personalidade e a motivação mais do que o gesto da morte em si. Porém, o valor social do trabalho e da produtividade recorrente na atualidade, sustenta a sensação de inutilidade e improdutividade intensificado com as limitações emocionais do idoso suicida. A sensação de dependência de qualquer ordem – física, econômica ou social – é uma angústia recorrente nessa população. Assim, o autoextermínio poderá ser um vislumbre do término do sofrimento Cavalcante et al. (2015). No relato de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – a morte de seu pai foi um acúmulo de sofrimento e dor:

“Eu acho que em relação à vida dele né, como foi, ele falava muito sobre passar na cabeça dele o tempo todo a vida dele como tinha sido, então acho que são lembranças do passado os momentos ruins que ele viveu, isso não deixava de existir, aí eu acho que teve um fator da baixa autoestima”.

4.2.2.3.2 Sétima categoria intermediária: Prevenção e posvenção. O manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio.

Na sétima categoria intermediária apresentada na Tabela 10 “**prevenção e posvenção. O manejo no cuidado com a sociedade bem com os enlutados por suicídio**”, foram alocadas 3 unidades de significados “suporte recebido nos aspectos sociais, espirituais, psicológicos e psiquiátricos”, “sentimento de solidão após meses e anos do falecimento” e “dificuldades em expressar e sugerir medidas efetivas para a prevenção e posvenção do suicídio na população idosa”. A categoria busca verificar as vivências do processo de luto e suas nuances características da morte por suicídio, a ambivalência de emoções, bem como diretrizes para os cuidados na posvenção.

Na unidade de significados “**suporte recebido nos aspectos sociais, espirituais, psicológicos e psiquiátricos**” temos em Parkes (1998) a afirmação de que o luto é um processo de pesar e sofrimento, porém é também aprendizado e crescimento para o enlutado, podendo, muitas vezes, fortalecer a pessoa diante da crise instaurada após a morte do ente querido. Assim sendo, o luto é parte da vida, porém para a possibilidade desse processo educacional que o luto também oferta há a necessidade de cuidados e empatia dos membros da comunidade para com o enlutado. Fukumitsu (2018) aborda os possíveis questionamentos dos enlutados no que se refere ao afeto e aos vínculos estabelecidos com o morto, pois a sensação do abandono e as dúvidas se o amor não foi suficiente para evitar o ato suicida são recorrentes na fala dessas pessoas. A participante P1 – Lúcia, filha do idoso Luciano (75 anos) – está recebendo apoio psicológico ofertado pelo Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) da cidade e também por trabalhar em uma instituição religiosa ganha a orientação dos padres.

Segundo Parkes (1998) e Kovács (2007), há possíveis manifestações de distúrbios psiquiátricos no primeiro ano após a morte por suicídio do ente querido. Com isso, há a necessidade de avaliação das vulnerabilidades e fatores

de risco do enlutado, entre os quais temos: desconfiança persecutória de julgamento, baixa autoestima, adoecimento emocional anterior à morte, ideação suicida (em alguns casos na busca de encontro com o falecido), falta de apoio social, labilidade das emoções de forma intensa, negação da realidade, dificuldade com o rompimento do vínculo, identificação com a personalidade do morto, bem como a desesperança de seguir a vida sem o ente querido. P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – comenta que recebeu apoio religioso por parte do padre que celebrou a missa do esposo, retirando qualquer sentimento de culpa que tenha em relação à atitude do marido. A participante comenta que está em acompanhamento psicológico e psiquiátrico e que encontrou apoio em um grupo para enlutados por suicídio, que vê como uma possibilidade de compartilhar seu sofrimento sem ser julgada. Algo semelhante foi observado no relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – que relata que foi ofertado acolhimento pelo pastor e por membros da família que são budistas, da mesma forma também está realizando atendimentos psicológicos e participando de grupos de apoio para os enlutados, mas não especificamente para sobreviventes do suicídio.

A elaboração do luto depende de fatores subjetivos, mas também há uma parcela de fatores externos que contribuem para a expressão da perda. As reações podem ser intensificadas ou inibidas diante das influências sociais, familiares, religiosas, culturais e econômicas (Casellato, 2018; Casellato, et al., 2009). Em seu relato, P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – refere que recebeu apoio dos amigos, dos familiares e dos colegas do pai. Afirma que já fazia psicoterapia antes da morte de seu genitor, tanto individual como de casal e, após o falecimento, quando sente que precisa, busca algum tipo de apoio em uma psicoterapia.

No relato de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – também há referência de psicoterapia anterior à morte de sua avó e até o momento da pesquisa continuava em análise, refere que a psicoterapia é importante para a ressignificação do processo de luto. Da mesma forma, temos em P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – a sequência no processo de psicoterapia que já realiza anterior à morte de sua avó. E P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos)

– segue com o acompanhamento psicológico e psiquiátrico que já realizava anteriormente ao falecimento, devido a um quadro de depressão grave em tratamento. Segundo Parkes (1998), em muitas sociedades o luto é compreendido como fraqueza, algo repreensível e não como uma necessidade psicológica de adaptação, muitas vezes como uma transição de novos papéis sociais.

Na morte por suicídio há um fator a ser considerado para o luto crônico ou complicado que poderá suscitar a fixação na morte e na pessoa falecida por parte do enlutado, o apego ao morto direciona o pensamento constante à dor, anseio pelo objeto perdido, ansiedade generalizada. As lembranças causam muita dor, a não aceitação da perda, desesperança frente ao futuro, paralisação das tarefas prazerosas, sendo possível apenas o cumprimento de tarefas necessárias na rotina, restrição na busca de apoio, bem como dificuldades em estabelecer novos vínculos significativos (Franco, 2021). Na sua entrevista, P4 – Juliana, filha do idoso Antônio (63 anos) – comenta que não está recebendo nenhum acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e que não houve nenhum tipo de acolhimento, apenas de sua mãe. Entretanto, a participante, ao longo da entrevista, demonstra diversas falas de sofrimento, inclusive o segredo da *causa mortis* de seu pai.

São diversos os sentimentos vivenciados pelo enlutado, mas, de forma mais específica, no enlutamento por suicídio, sentimentos de raiva são recorrentes, muitas vezes direcionados para o morto, devido à sensação de abandono ou ainda culpa e aos questionamentos se algo poderia ter sido feito para evitar o falecimento. Essas sensações e inquietações muitas vezes perduram por anos no processo de luto por suicídio, sendo, em alguns casos, de extrema importância os cuidados ofertados pelos profissionais da saúde mental (Kovács, 2007). No relato de P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – observamos um quadro de longo processo de sofrimento e perdas anteriores à morte do pai, sendo os cuidados intensificados após a perda:

“médico e psicológico, eu sei que o luto não se medica, mas a questão é que com o AVC da minha mãe eu comecei a ter muita crise de ansiedade, eu não queria tomar

antidepressivo agora, porque eu sei que embota o luto, mas a questão é que eu tava passando mal de crise de ansiedade, mas aí por conta da minha mãe”.

Aprender a conviver com a perda não significa que a memória do ente querido será aniquilada, ao contrário, com os cuidados prestados aos enlutados é possível transformar a tristeza em oportunidade para o aprendizado e autoconhecimento, a dor também ensina sobre a vida, os vínculos e as mudanças (Tavares, 2018).

Na unidade de significados “**sentimento de solidão após meses e anos do falecimento**”, observa-se entre os enlutados por suicídio uma tendência em desconfiar de outras pessoas, dificultando assim novos vínculos, com a inibição de seus afetos. É comum encontrar nestas pessoas, manifestações de amargura, ausência de emoções, sensação de vazio, angústia, falta de propósito, fracasso, sentimento de rejeição, até transtornos mentais e eventual risco de suicídio (Franco, 2021). Na fala da participante P7 – Luana, filha do idoso Leandro (71 anos) – verificamos sensações de solidão: “eu sinto muita solidão, eu sinto falta dele, muita” De forma semelhante observamos no relato de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – uma sensação de amargura e tristeza: “nem se lembrou de mim na hora de se matar”.

Segundo Cavalcante et al. (2015), há uma dualidade de emoções no luto por autoextermínio, fundamentada na tristeza pela perda e na raiva pelo abandono. Um intenso sofrimento pela separação abrupta gera medo, frustração, porém, em alguns casos, também há uma necessidade pela busca da pessoa amada, respaldada por crenças em relação à continuidade da vida após a morte, no sentido de saber como seu ente querido se encontra no plano espiritual após o suicídio, e assim aplacar um pouco a sensação de solidão. Essa busca é vista no relato de P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) – bem como no relato de P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos). Ao que parece, ambos os participantes encontram na religião uma forma de conexão com seus entes queridos diante da solidão do luto.

Finalizando as categorias, temos a última unidade de significados “**dificuldades em expressar e sugerir medidas efetivas para a prevenção e**

posvenção do suicídio na população idosa”. Pensando em perspectivas de prevenção, temos nas diretrizes para promoção e prevenção de risco para suicídio medidas que compreendem: a vigilância sanitária com os dados epidemiológicos, a restrição do acesso aos métodos letais, treinamento e capacitação para os profissionais da área da saúde na atenção primária e saúde da família, nas redes de CAPS do Sistema Único de Saúde (SUS) e nos serviços hospitalares de urgência e emergência, bem como os profissionais da linha de frente nos cuidados como bombeiros e policiais, além de fomentar e desenvolver projetos estratégicos federais e regionais para ações eficazes, como também informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública, e assim passível de prevenção (Botega, 2015; Figueiredo, 2016, Vidal et. al. 2013).

Os relatos de P5 – Catarina, neta da idosa Benedita (83 anos) – e de P3 – Evandro, filho do idoso João (63 anos) – sugerem um olhar mais cuidadoso para os idosos, questionando a possibilidade de prevenção do suicídio. Autores como Corrêa e Barrero (2006), referem-se ao suicídio como um acontecimento passível de prevenção em sua grande maioria. Entretanto, vale considerar que para esse feito, ações assertivas em diversos níveis da atenção da saúde coletiva e individual são necessárias. Cabe ressaltar que tais medidas devem ser promovidas no nível primário da informação à sociedade, bem como no manejo dos cuidados e assistência para os casos pós-tentativa, chegando, quando necessário, ao enlutados por suicídio, denominado como posvenção, elevando a perda também para uma esfera social (Kovacs, 2007).

Para Bertolote (2012), a prevenção do suicido poderá ser considerada em três instâncias sendo elas: 1. Prevenção universal – atividades destinadas à população de forma geral, independentemente do risco de suicídio naquela comunidade, tendo como objetivo principal a inibição ou o início do comportamento autolesivo. Campanhas de orientação à sociedade e os meios de comunicação, bem como informações sobre a prevenção do suicídio e a importância da saúde mental compõem essa ação; 2. prevenção seletiva – direcionada ao indivíduo e/ou população que apresentam baixo e médio risco para o suicídio, sendo o direcionamento seletivo para pessoas com doenças

mentais, de fácil acesso de métodos letais. A busca ativa de pessoas em vulnerabilidade seria uma das ações nessa fase, bem como orientações e capacitação de profissionais da saúde e educação, ações em escolas e espaços culturais e sociais; 3. prevenção indicada – se dá à população que apresenta risco de morte e comportamento autolesivo, acontece também após uma tentativa de autoextermínio (Bertolote, 2012). Tal perspectiva de prevenção indicada, se percebe na sugestão de P9 – Danila, filha do idoso Pedro (62 anos) – que alega conhecer algumas medidas por ser psicóloga, mas reconhece que outros colegas da área da saúde não são familiarizados com tais ações.

Ao refletirmos em ações interventivas, no que podemos chamar de psicoterapia do luto individual e/ou familiar, temos como manejo a tentativa de reconfigurações dos papéis do enlutados. Para Casellato et al. (2009), a psicoterapia do luto visa à busca por uma ressignificação da perda, e o interesse do enlutado por causas externas além da dor da perda, auxiliando assim o processo do luto. A psicoterapia do luto consiste em condutas de apoio direcionadas aos desdobramentos frente à morte, bem como, estratégias de enfrentamento após a perda, tanto no momento do luto agudo (auxiliando nos ritos de passagem, na organização dos pertences do falecido, no auxílio à parte burocrática que se segue imediatamente após a morte), ou ainda na reorganização da perda ao longo do processo (Kovács, 2007; Goldberg, 2019). O participante P6 – Edson, esposada idosa Eduarda (63 anos) – após o falecimento, buscou atendimento especializado para suportar o processo de luto por suicídio.

Outra ação preventiva na posvenção são os grupos de apoio presenciais ou virtuais. Para Goldberg (2019), os grupos de apoio seriam uma possibilidade de cuidados na posvenção, pois nesses grupos os enlutados trocam informações das experiências do seu processo de luto, bem como compartilham histórias de seu ente querido, e com isso há uma expectativa de perpetuar as memórias da pessoa falecida. Os grupos de apoio utilizam também o recurso de sugestões de leituras, a chamada “biblioterapia” do luto. São histórias de outros enlutados registradas em livros, mostrando seus lutos diante da perda. No que tange à morte por suicídio, esses grupos apresentam, muitas vezes, o foco no que diz

respeito à *causa mortis*, com aspectos muito peculiares no luto por suicídio (Kovacs, 2007; Goldberg, 2019). A participante P2 – Rosângela, esposa do idoso John (62 anos) e P6 – Edson, esposo da idosa Eduarda (63 anos) – referem que encontraram acolhimento após a participação nesses encontros, ressignificar a dor junto a outros enlutados por autoextermínio é de extrema relevância para o processo de pesar. Cabe ressaltar que a organização desses grupos, costumeiramente, é promovida pelos próprios enlutados por suicídio. Segundo Casellato et al. (2009), esses grupos são movimento sociais na tentativa da promoção da posvenção

Ainda falando de prevenção do suicídio, Junior e Pereira (2018) referem que outro aspecto a ser considerado na prevenção do suicídio diz respeito à forma como a morte é comunicada nas mídias. A notícia é colocada de forma sensacionalista, com o intuito de ter audiência dessensibilizada e, assim, perdendo o cunho de cuidado e orientação aos sobreviventes. Sabe-se dos aspectos do fenômeno chamado de efeito Werther, gerado pela história criada por Goethe no século XVIII sobre a morte de um rapaz vivendo um amor impossível. A repercussão na época diz de uma suposta repetição e identificação da morte de jovens por suicídio em condições semelhantes à morte do protagonista, e houve acusações direcionadas à obra literária, que teria estimulando o efeito contágio. (Junior & Pereira 2018). Sendo assim, a divulgação da morte deverá ser cuidadosa, a julgar a população que terá acesso à notícia, considerando o alcance das informações em tempos instantâneos dos meios de comunicação.

Segundo as normas da OMS (2006), em toda divulgação da morte por suicídio de pessoas públicas ou da população em geral, deve-se vincular à notícia indicações de redes de apoio disponíveis para os cuidados dessa população considerada vulnerável para o ato (Junior et al., 2018). Inquietações a esse respeito foram vistas no relato de P8 – Ana, neta da idosa Clara (68 anos) – pois a participante questiona que não é divulgado nenhum relato de morte por suicídio entre os idosos, porém enquanto os adolescentes e os adultos têm acesso a essas informações nos meios de comunicação, principalmente a

internet, os idosos têm pouco acesso a elas, por utilizarem menos os meios de comunicação.

CAPÍTULO V – CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do universo das falas dos participantes, esta pesquisa buscou evidenciar uma breve compreensão das emoções, sentimentos e vivências do processo de luto dos sobreviventes por suicídio, bem como o conhecimento desse público, das nuances que possivelmente permeiam a morte auto provocada entre familiares idosos. Com o aumento da população idosa no mundo, há uma tendência ao crescimento dos números de suicídios, visto que atualmente essa população é uma das faixas etárias com maiores índices de morte autoprovocada.

A análise das entrevistas permitiu a compreensão multifatorialidade do fenômeno do suicídio, o processo de sofrimento que antecede o ato da morte e suas variáveis subjetivas e sociais na história de vida de cada idoso, bem como as recorrentes comunicações e anúncios da ideação do autoextermínio, as mudanças de comportamentos acentuadas anteriores à fatalidade, e ainda, a escassez de atendimento adequado no manejo para prevenção do suicídio.

Foi observado que na faixa etária entre os idosos, a letalidade do ato é maior, quando comparada a outras fases do desenvolvimento, além da escolha do método e do local do falecimento apresentar alguma familiaridade com a dinâmica do idoso. Além de traços da personalidade, aspectos de rigidez de pensamento e comportamento, as vivências de perdas e lutos estão acentuadas entre essa população que se mata, bem como os conflitos familiares e sociais dos quais esse público fazia parte. A recorrência de bilhetes de adeus, dizeres no corpo, postagens nas redes sociais também fazem parte do cenário de violência autoprovocada.

Ao que denota, para a maioria dos participantes da pesquisa seu ente querido estava vivenciando um processo de sofrimento emocional muito antes do ato suicida. Para esses enlutados os aspectos emocionais, sociais e biológicos dos idosos contribuíram para o suicídio, porém foram atribuídos fatores gatilhos para o ato em si, dentre eles afastamento de familiares, solidão, adoecimentos de familiares, separações, lutos, frustrações, aposentadoria dentre outros. Cabe ressaltar dentre os idosos estudados há um baixo índice

dessa população no acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico anterior a morte, os que estavam realizando tratamento iniciaram pouco antes do ato letal.

Outro ponto constatado foram os possíveis impactos da morte na dinâmica de vida dos familiares, verificando alterações significativas principalmente no que tange aos cuidados e preocupações com outros familiares sobreviventes. Em se tratando dos afetos e sentimentos decorrentes do suicídio do idoso nos familiares enlutados, foi percebido a ambivalência de emoções ao longo do processo de luto tais como culpa, desamparo, solidão, gratidão, desesperança, pensamento de morte, pesar, medo, insegurança, ingratidão por parte da pessoa falecida dentre outros.

Cabe ressaltar, a fala de alguns participantes da importância em realizar acompanhamento psicológico após a morte por suicídio, além da necessidade da criação de espaços de escuta, acolhimento e compartilhamento de experiências de suas angústias e sofrimento em seu processo de luto. Da mesma forma, a sinalização do auxílio social e espiritual que receberam da comunidade da qual pertencem, após o falecimento do ente querido. Entretanto, alguns enlutados vivenciaram comportamento de julgamento e preconceito de membros de seu convívio. O que denota ainda singularidades morais e culturais na tratativa social frente aos enlutados por suicídio.

Entretanto, ao longo da pesquisa no relato dos participantes não fica claro o que julgam por ações protetivas pensando em intervenções do suicídio de pessoas idosas, bem como medidas ativas para os cuidados da população sobreviventes ao ato destrutivo. Assim, a partir dessas omissões constatadas na finalização da pesquisa, há indicações de outros estudos referentes à temática, visto o número reduzidos de artigos que abordam a questão do autoextermínio dentro dessa faixa etária.

Diante do que foi revelado nesse estudo após a análise do conteúdo, cabe a reflexão e construção de ações de educação em saúde mental para os idosos, configurando assim a necessidade de inserir nos espaços públicos informações e orientações de forma acessível para comunidade em geral, além do direcionamento e orientações de acesso aos cuidados na saúde mental, visando

de forma enfática a população de maior vulnerabilidade de risco de morte por suicídio.

Entretanto, algumas limitações desse estudo já são apontadas, dentre elas: os participantes são, em sua maioria, profissionais da área da saúde ou com algum contato anterior ao tema de suicídio, ou ainda, os participantes foram indicados por psicólogos, pois já estão em atendimento psicoterápico. Outro ponto observado diz da veracidade das informações coletas devido à intensa emoção expressada pelos participantes na coleta das entrevistas.

Por fim, ainda há um longo percurso para a conscientização da sociedade para a problemática do suicídio entre os idosos, ainda há lacunas para o acolhimento e compreensão das pessoas em se tratando do sofrimento desses idosos que anteciparam a morte. O silêncio frente ao desamparo dessa população intensifica ainda mais a solidão e o caos existencial tão recorrente entre os idosos de nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- Agência IBGE de Notícias (2018). Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017. Disponível em <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br>
- Ariès, F. (2012). *História da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias*. Edição especial. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ariès, F. (2014). *O homem Diante da morte*. 1ª ed. São Paulo: Ed. Unesp
- Barrero, S. P.; Nicolato, R.; Correa, H. (2006). *Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Barrero, S. P.; Corrêa, H. (2006). *Os meios de comunicação e o suicídio: evidências e sugestões*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Barrero, S. P. (2006). *Os sobreviventes e seu manejo*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (L. A. Pinheiro, trad.). São Paulo: Edições 70.
- Bauman, Z. (2004). *Amor líquido*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bertolote, J. M. (2012). *O suicídio e sua prevenção*. São Paulo: Editora Unesp.
- Becker, E. (1991). *A Negação da morte*. Rio de Janeiro: Record.
- Botega, N. J. (2015). *Crise Suicida avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, V. M. A. T., Pereira, C. B. P. & Fazenda, I. C. (2015). A interdisciplinaridade na gerontologia social. *Revista do Grupo de Estudos e Pesquisa em Interdisciplinaridade*, 7,61-70. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/25067/17892>
- Campos, C. J. G. (2004). Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Revista brasileira de enfermagem*. 57 (5), 611 - 614. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>

Casellato, G.; Mazorra, L; Franco, M. H. P; Tinoco, V. (2009). *Luto complicado: considerações para a prática*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais. Volume 2*. São Paulo: Editora Comenius.

Casellato, G. (2018). *Luto não autorizado*. In Fukumitsu. K. O. (org). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus Editorial.

Cassorla, R. M. S. (2007). *A negação da morte*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Comenius.

Cassorla, R. M. S. (2017). *Suicídio: Fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução*. São Paulo: Blucher.

Cavalcante, F. G.; Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Revista Ciência & saúde coletiva*, 17(8), 1943-1954. Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000800002.

Cavalcante, F. G.; Minayo, M. C. S.; Mangas, R. M. N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Revista Ciência & saúde coletiva*, 18(10), 2985-2994. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/tFcTC5pWsLrHpBhXWZ9FwyB/?lang=pt#:~:text=Mas%20a%20depress%C3%A3o%20que%20encontramos,diferentes%20condutas%20e%20procedimentos%20terap%C3%AAuticos>.

Cavalcante, A. C. S., Servio, S. M. T., Franco, F. R. A., Cunha, V. P., Cavalcante, F. V. & Nascimento, C. E. M. (2015). A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio. *Revista Trivium Estudos Interdisciplinares* 1, 74-87. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-48912015000100008#:~:text=Conhecer%20a%20cl%C3%ADnica%20do%20idoso,proporcionar%20Dlhe%20melhores%20condi%C3%A7%C3%B5es%20de

Cavalcante, F. G.; Minayo, M. C. S. (2015). Estudos qualitativos sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Revista Ciência & saúde coletiva*, 20(6), 1655-1666. Disponível em <https://www.scielo.br/j/csc/a/Ymzw4TnY9dbRH8zdF39cFzh/abstract/?lang=pt>

Cavalcante, F. G.; Minayo, M. C. S.; Ribeiro, L. S. A.; Costa, M. H; Oliveira, L. D.; Grubits. S. (2016). *Doenças crônicas e deficiências: relações com ideação, tentativa de suicídio e situação de vulnerabilidade*. In Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. (org). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC.

Corrêa, H.; Barrero,S.P. (2006). *O suicídio: definições e classificações*. In Corrêa, H.; Barrero,S.P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

Corrêa, H. (2009). *Suicídio: Origem do termo, definição e principais teorias explicativas*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais. Volume 2*. São Paulo: Editora Comenius.

Corrêa, H; Barrero, S.P (org). (2006). *Suicídio Uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

Costa, M. S., Leite, E. S., Torquato, J. A., Costa, I. P., Sarmiento, A. M. M. F. & Moreira, M. A. S. P. (2015). Práticas interdisciplinares na promoção da saúde da pessoa idosa. *Revista enfermagem URRJ*, 23, 773-779. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/21628/16178>

Dias, M. L. (1991). *Suicídio testemunhos de Adeus*. São Paulo: Editora Brasiliense.

Durkheim, E. (2008). *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret.

Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos seguido do envelhecer e do morrer*. Rio de Janeiro: Zahar.

Faria, D. F. M. (2007). A questão do suicídio na teoria de D. W. Winnicott. *E-Print*, 2 (1), 120-134

Fontanella, B. J. B., Ricas, J. & [Turato](#), E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Caderno Saúde Pública*. 24 (1). 17 - 27. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2008000100003&script=sci_arttext

Franco, M. H. P. (2021). *O luto no século 21. Uma compreensão abrangente do fenômeno*. São Paulo: Summus Editorial.

Franco, M. H. P. (2018). *Pesquisas e práticas sobre o luto no exterior e no Brasil*. In Fukumitsu, K. O. (org). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus Editorial.

Freud, S. (1974). *Luto e melancolia*. In. Edição Standard Brasileira das Obras Completas de S. Freud. (1996). Rio de Janeiro: Imago.

Ferraiuoli, C.; Ferreira, S. M. R. R. (2017). O outro lado da “melhor idade”: depressão e suicídio em idosos. *Perspectiva online: humanas & sociais aplicada*. 18 (7). 43-53. Disponível em: https://ojs3.perspectivasonline.com.br/humanas_sociais_e_aplicadas/article/view/821#:~:text=Atrav%C3%A9s%20de%20uma%20revis%C3%A3o%20de,influ%C3%Aancia%20na%20decis%C3%A3o%20dos%20idosos.

Figueiredo, A. E. B.; Minayo, M. C. S. (2016). *Abordagens teórico-metodológicas das pesquisas sobre ideação e tentativa de suicídio*. In Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. (org). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC.

Fukumitsu, K.O. (2013). *Suicídio e luto: histórias de filhos sobreviventes*. São Paulo: Digital Publish & Print.

Fukumitsu, K.O. (2018). *Vida, morte e luto*. (org). São Paulo: Summus Editorial.

Goldberg, L. (2019). *Das tumbas às redes sociais: um estudo sobre a morte e o morrer e o luto na contemporaneidade*. São Paulo: Benjamim Editorial.

Gutierrez, D. M. D.; Sousa, A. B. L.; Grubits, S. (2015). Vivências subjetivas de idosos com ideação e tentativa de suicídio. *Ciências & saúde Coletiva*. 20 (6). 1731-1740. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xkJwDtR7j3XhPDRCYDdzLCN/abstract/?lang=pt>

Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Kovács, M. J. (2007). *Contribuições de Elisabeth Kübler-Ross nos estudos sobre a morte e o morrer*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Comenius.

Kovács, M.J. (2007). *Perdas e o processo de luto*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Comenius.

Kübler-Ross, E. (1998). *Sobre a morte e o morrer*. 8ª ed. São Paulo: Martins Fontes.

Llosa, M. V. (2013). *A civilização do espetáculo: uma radiografia do nosso tempo e da nossa cultura*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Meneghel, S. N.; Gutierrez, D. M. D.; Silva, R. M.; Grubits, S.; Hesler, L. Z.; Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*. 17 (8). 1983-1992. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YppBcQyQXcMMJTMkGqCCZw/?lang=pt>

Minayo, M. C. S. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista Saúde pública*. 44 (4). 750-757. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020&lng=pt&tlng=pt

Minayo, M. C. S.; Meneguel, S. N.; Cavalcante, F. G (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. *Revista Saúde pública*. 17 (10). 2665-2674. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/nBzq9tgsv5LZDmkrjtG5Bs/?lang=pt>

Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. *Comportamento suicida de idosos*. (2016). Fortaleza: UFC.

Minayo, M. C. S. (2017). Amostragem em saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. 5 (7). 01-12. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/315756131_AMOSTRAGEM_E_SATURACAO_EM_PESQUISA_QUALITATIVA_CONSENSOS_E_CONTOVERSIAS_SAMPLING_AND_SATURATION_IN_QUALITATIVE_RESEARCH_CONSENSUSES_AND_CONTOVERSIAS

Minois, G. (2018). *História do suicídio: A sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo: Editora Unesp.

Moraes, R. (1999). Análise de conteúdo. *Revista Educação*. 22 (37). 7-32. Disponível em: http://cliente.arqo.com.br/~mgos/analise_de_conteudo_moraes.html

Moraes, A. A. R. E. (2014). *Depressão na obra de Winnicott*. São Paulo: DWW Editorial.

Neto, C. H. A. *O luto de um suicídio*. (2014). In Santos, F. S. (editor) *Tratado brasileiro sobre perdas e lutos*. São Paulo: Atheneu.

Neto, F. A. M.; Melo, A. A. G.; Queiroz, A. F. B.; Paiva, S. O. C.; Lima, F. M. (2013). Suicídio de idosos em Recife (PE): Um estudo sobre mortalidade por causas externas. *Revista Kairós Gerontologia*. 16 (5). 255-267. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/18647>

Parkes, C. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. 3ª ed. São Paulo: Summus.

Paulino, N. J. A. (2006). *Considerações jurídicas sobre o suicídio*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

Pessini, L. (2007). *Vida e Morte: Uma questão de dignidade*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Comenius.

Pinto, L. W.; Assis, S. G (2016). *Suicídio de idosos no Brasil*. In Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. (org). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC.

Py, L.; Oliveira, J. F. P. (2007). *Envelhecimento e morte*. In Santos, F. S. (org). *A arte de morrer: visões plurais*. São Paulo: Editora Comenius.

Oliveira, J. M. B.; Vera, I.; Luchese, R.; Silva, G. C., Tomé, E. M.; Elias, R. A. (2018). Envelhecimento, saúde mental e suicídio. Revisão integrativa. *Revista Brasileira de Gerontologia*. 21 (4). 503-515. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/ZZYWPCCWjH7kgxQxXcCXbvg/?format=pdf&lang=pt>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Prevenção do suicídio. Um recurso para conselheiros**. Genebra: Departamento de saúde mental e de abuso de substâncias. Gestão de perturbações Mentais e de doenças do sistema nervoso. 2006. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf

Rezende, F. (2019). *Suicídio como desamparo humano: o fenômeno no olhar winnicottiano*. São Paulo: Fontenele.

Salles, R. J., (2018). *Longevidade e temporalidade: um estudo psicodinâmico com idosos longevos* (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, SP.

Santos, F. S. (org) (2007). *A arte de morrer: Visões plurais*. Vol I São Paulo: Comenius.

Solano, J. P. C. (2014). *Modelos de luto "Normal"*. In Santos, F. S. (org). *Tratado brasileiro sobre perdas e lutos*. São Paulo: Atheneu.

Sousa, G. S.; Cavalcanti, A. M. T.; Perrelli, J. G. A.; Sougey, E. B (2016). *Do real ao ideal: práticas de profissionais no cuidado de pessoa idosa em risco de suicídio*. In Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. (org). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC.

Sousa, G. S.; Silva, R. M.; Magalhães, P. H.; Vieira, L. J. E. S.; Perrelli, J. G. A.; Sougey, E. B. (2016). *Experiências de vida de idosos que tentaram suicídio no Nordeste*. In Minayo, M. C. S.; Figueiredo, A. D. B.; Silva, R. M. (org). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC.

Vale, L. A. (2017). *E foram deixados para trás: uma reflexão sobre o fenômeno do suicídio*. São Paulo: Loyola.

Vidal, C. E. L.; Gontijo, E. D. (2013). Tentativas de suicídio e o acolhimento nos serviços de urgência: a percepção de quem tenta. *Caderno saúde coletiva*. 21 (02). 108-114. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZgWqyVy6hjVYchTXBwC4z9R/abstract/?lang=pt>

Volpe, F. M.; Corrêa, H.; Barrero, S. P. (2006). *Epidemiologia do suicídio*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

Tavares, G.R. (2018). *Conectar enlutados: do degradar ao despertar e prosseguir*. In Fukumitsu. K. O. (org). *Vida, morte e luto*. São Paulo: Summus Editorial.

Winnicott, D. W. (1994). *O medo do colapso*. 1963 In: Winnicott, D. W; Shepherd, R; Davis, M. (org). *Explorações Psicanalíticas D.W. Winnicott*. Porto Alegre: Artmed Médicas Sul.

Zimerman, G. (2000). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre, RS: Artemed.

Worden, J. W. (2013). *Aconselhamento do luto e terapia do luto*. 4ª Ed. São Paulo, Roca.

Welang, B. S. G; Botega, N. J. (2006). *Entrevista semi-estruturada para autópsia psicológica (ESAP) em casos de suicídio*. In Corrêa, H.; Barrero, S. P. (org). *Suicídio uma morte evitável*. São Paulo: Atheneu.

ANEXOS

ANEXO I Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado **Suicídio entre idosos: o fenômeno na perspectiva dos enlutados**. Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela pesquisadora Fernanda Rezende da Silva, sob a orientação do Professor Doutor Rodrigo Jorge Salles, todos vinculados à Universidade São Judas, unidade Mooca. E-mail rodrigo.salles@saojudas.br. Dentro do Programa de mestrado em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas

1. O objetivo do presente estudo é analisar o suicídio na velhice a partir das percepções dos enlutados.

2. A sua participação nesta pesquisa será feita em um único encontro, realizado online via aplicativo de vídeo conferência (*Google Meet*). O encontro online será proposto em dia e horário adequado à sua rotina. A coleta será iniciada pela aplicação de um questionário de caracterização, contendo perguntas como idade, estado civil, renda, data do óbito do familiar idoso, dentre outras que visam o conhecimento do participante e do idoso falecido. Após a realização do questionário de caracterização, serão aplicados dois roteiros de entrevistas com perguntas sobre as circunstâncias que envolveram a morte do idoso e questionamentos sobre o processo de luto do familiar participante da pesquisa. O encontro possui estimativa de duas horas de duração.

3. Você receberá todas as informações necessárias para responder às perguntas. Caso não se sinta confortável estará livre para interromper sua participação na pesquisa quando desejar, não havendo qualquer tipo de penalização por isso.

4. A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, sendo esperando algum tipo de desconforto emocional ao relatar memórias do falecido. Entretanto, se existir alguma dificuldade sinalizada por parte do participante, este poderá interromper a entrevista a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo. Se assim for necessário, será prestado o devido acolhimento inicialmente pela

pesquisadora. Os participantes também poderão ser encaminhados para atendimento psicológico no CENPA (Centro de Psicologia Aplicada) da Universidade São Judas Tadeu, podendo este ser realizado presencialmente ou na modalidade online.

5. Como benefícios para os participantes, ressalta-se a constituição de um espaço de escuta para os participantes ao recontar a história de seu ente querido, bem como o acolhimento realizado pela pesquisadora no momento da coleta de dados. Ressaltam-se também os benefícios para a comunidade científica, a partir de possíveis contribuições sobre a temática, na tentativa de construções de ações na prevenção e auxílio acerca do suicídio na velhice.

6. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e não receberá qualquer tipo de remuneração.

7. É garantido o total sigilo dos seus dados pessoais. Quanto aos resultados da pesquisa, estes poderão ser apresentados em eventos científicos, publicações ou oralmente, mas sempre garantindo seu anonimato.

8. Poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável por este estudo a qualquer momento que julgar necessário, bem como poderei entrar em contato com o orientador da pesquisa, Professor Doutor Rodrigo Jorge Salles, pelo telefone (11) 98206-2608 ou pelo e-mail rodrigo.salles@saojudas.br. Caso eu tenha considerações ou dúvidas sobre aspectos éticos desta pesquisa, poderei contatar a Secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa no telefone (11) 2799-1950, ou por e-mail: cep@saojudas.br

9. O arquivamento dos materiais coletados durante a pesquisa obedecerá às leis vigentes ficando sua guarda e proteção sob responsabilidade do pesquisador, por cinco anos, e disponível para consulta do comitê de ética quando este julgar necessário.

10. Autorizo a gravação do áudio das entrevistas realizadas pelas pesquisadoras e estou ciente de que as gravações, depois de transcritas, serão descartadas. As transcrições serão arquivadas por 5 anos e posteriormente incineradas.

11. Uma segunda via deste Termo de Consentimento poderá ser impressa pelo participante, se assim o desejar, bastando acessar o link para download no fim do formulário.

<https://drive.google.com/file/d/1ztZyyxRIWXdMOpCHPETLWxYQMzIKi9eF/view?usp=sharing>

Pesquisadora e psicóloga:

Fernanda Rezende da Silva - CPF: 266.325.988-89

Assinatura:

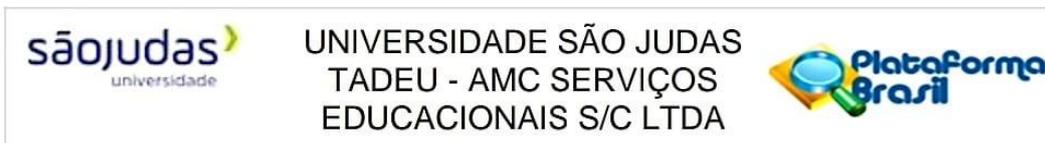


Orientador e psicólogo: Dr. Rodrigo Jorge Salles:

Assinatura:



ANEXO II – Folha de autorização do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Suicídio entre idosos: o fenômeno na perspectiva dos enlutados

Pesquisador: Rodrigo Jorge Salles

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 46639121.2.0000.0089

Instituição Proponente: Universidade São Judas Tadeu

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.763.086

Apresentação do Projeto:

O evento da morte e uma condição de todo ser vivo, intransferível, universal e igualitário. Esta atrelada a constituição do sujeito ao longo da humanidade. Entretanto, a morte por suicídio é uma questão de saúde pública, sendo necessária a amplitude de discussões em políticas de prevenção à população de forma efetiva, bem como visto a violência e a devastação geradas nos familiares após a morte autoinfligida. O suicídio é um fenômeno complexo, multifatorial, não tendo uma única causa, mas sim, causalidades. Dentre as fases do desenvolvimento de uma pessoa, os idosos acima de 60 anos, são os mais acometidos pela morte por suicídio, comparado às demais fases do desenvolvimento. Entre os familiares, o luto é um processo de transição e adaptação à crise instalada com a morte do ente querido. O luto por suicídio, muitas vezes não é reconhecido socialmente, devido ao julgamento e ao estigma do qual os familiares são submetidos. A presente pesquisa tem como objetivos principais, analisar o suicídio na velhice a partir das percepções dos enlutados. Trata-se de um estudo de campo, transversal e de metodologia de base qualitativa, utilizando o delineamento de autópsia psicológica. Serão participantes do estudo familiares de idosos que morreram por suicídio no prazo máximo de 3 anos a partir da data da coleta de dados. A amostragem ocorrerá por saturação. Serão adotados instrumentos na pesquisa: Questionário de coleta de informações gerais do familiar; roteiro de autópsia psicológica com informações sobre a morte do idoso; roteiro de autópsia psicológica para coleta de informações sobre o processo de luto do familiar. O recolhimento das informações será realizado através de entrevista agendada de

Endereço: Rua Taquari, 546
Bairro: Mooca **CEP:** 03.166-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2799-1950 **Fax:** (11)2694-2512 **E-mail:** cep@saojudas.br

Continuação do Parecer: 4.763.086

forma previa online por video-chamada que serao gravadas no aplicativo google-Meet. A pesquisa tera a analise do conteudo como referencia, que consiste no procedimento da analise dos dados verificacao do sentido e o significado do material coletado, ou seja, o material manifesto, figuras de linguagem, entrelinhas e reticencias. Para tanto, a intepretacao e discussao dos conteudos analisados tera a teoria de D.W. Winnicott. O autor apresenta a importancia das relacoes ambientais e a relevancia das bases afetivas iniciais como sustentacao para a saude mental dos individuos.

Hipotese:

O ato suicida entre os idosos apresenta diversas caracteristicas e causalidades: o modo de vida, o nucleo familiar, lacos sociais, bem como tentativas previas de suicidio. Outros fatores de riscos sao: tratamentos psicicos ou fisicos sendo realizados, limitacoes cognitivas e/ou fisicas existentes, violencias fisicas e/ou emocionais vividas pelo sujeito em qualquer fase de sua vida bem como alguma perda significativa, outras mortes anteriores por suicidio na familia. Conhecendo algumas dessas caracteristicas sera possivel realizar um recorte da biografia do idoso. (Minayo, 2010).O luto por suicidio apresenta inumeras repercussoes de diversos niveis no ambiente familiar e social. Diante da violencia da acao de colocar fim na propria vida, enlutados podem apresentar maiores dificuldade na elaboracao do processo de perda. (Batista at. al, 2015). Os relatos dos familiares visam a compreensao das emocoes e sentimentos dos enlutados apos a morte do idoso por suicidio, muitas vezes traumaticas e incompreensiveis.

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo de campo, transversal e de metodologia de base qualitativa, utilizando o delineamento de autopsia psicologica. Serao participantes do estudo familiares de idosos que morreram por suicidio no prazo maximo de 3 anos a partir da data da coleta de dados, ou seja, retroativo. A amostragem ocorrera por saturacao, ou seja, quando os conteudos apresentados na coleta de dados chegarem a informacoes redundantes, havendo uma estimativa de 10 participantes, podendo este numero sofrer alteracoes a depender dos conteudos apresentados nas entrevistas. Serao adotados os seguintes instrumentos na presente pesquisa aplicados na respectiva ordem: Instrumento(1): Questionario de coleta de informacoes gerais do familiar. Instrumento(2):Roteiro de autopsia psicologica com informacoes sobre a morte do idoso. Instrumento(3):Roteiro de autopsia psicologica para coleta de informacoes sobre o processo de luto do familiar. Para o presente estudo serao adotados dois modelos de entrevistas, sendo o primeiro direcionado a coleta de informacoes sobre as percepcoes dos familiares direcionadas ao suicidio do idoso e o segundo roteiro com perguntas direcionadas ao processo de luto dos

Endereço: Rua Taquari, 546

Bairro: Mooca

CEP: 03.166-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2799-1950

Fax: (11)2694-2512

E-mail: cep@saojudas.br

Continuação do Parecer: 4.763.086

familiares. Os dois instrumentos foram elaborados pela pesquisadora a partir dos objetivos levantados para a pesquisa. A aplicação dos instrumentos será aplicada em um único encontro. A presente pesquisa somente terá os dados coletados após a aprovação do comitê de ética em pesquisas com seres humanos. A coleta de dados acontecerá inicialmente a partir da divulgação em redes sociais sobre a temática da pesquisa com uma carta convite, com todas as especificações necessárias à temática. A partir da divulgação, será feito um contato inicial com os participantes interessados, esclarecendo os objetivos e realizando um agendamento para a coleta na modalidade online. A coleta das informações somente será iniciada após apresentação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O aceite do sujeito da pesquisa será de forma deliberada e voluntária com a confirmação da presente assinatura. A assinatura será dada através da plataforma Google Forms a partir do acesso ao link https://docs.google.com/forms/d/176ahgDxFxxt-0oQr_xlXeX1u-oYpQ90ZNwp9lZg_cD8/edit e o participante visualizará o TCLE que deverá ser assinado virtualmente. Ao final será disponibilizado um link para o download da versão digital assinada pelos pesquisadores. O recolhimento das informações será realizado através de entrevista agendada de forma prévia online por vídeo-chamada que serão gravadas no aplicativo Google Meet. A coleta de dados será iniciada pela aplicação do Questionário de coleta de informações gerais do familiar, seguida pelo Roteiro de autópsia psicológica para coleta de informações sobre o processo de luto do familiar. Os participantes serão previamente comunicados de que o áudio e vídeo das chamadas serão gravados. Compreende-se, com esta tecnologia, que os participantes poderão ser de qualquer região do país. Após as transcrições das entrevistas o conteúdo gravado em vídeo será deletado, com o intuito de manter a preservação da identificação dos entrevistados. Durante 5 anos o conteúdo transcrito será armazenado e após esse período será deletado. Os participantes serão orientados pela pesquisadora para estarem em um ambiente tranquilo, de preferência sem interrupções para a preservação do sigilo das informações. Caso a conexão seja interrompida, haverá outras tentativas por parte da pesquisadora visando a continuidade da entrevista. O tempo máximo previsto para cada entrevista será de 2 horas. A coleta de dados com participantes acontecerá apenas com um único membro da família, de forma individual.

Critério de Inclusão:

Serão adotados os seguintes critérios de inclusão: (A) Ser familiar de um idoso falecido por suicídio, independentemente do grau de parentesco, tendo o idoso idade igual ou superior a 60 anos considerando a data da morte. (B) Serão incluídos familiares de ambos os sexos, tendo idade igual ou superior a 18 anos.

Endereço: Rua Taquari, 546**Bairro:** Mooca**CEP:** 03.166-000**UF:** SP**Município:** SÃO PAULO**Telefone:** (11)2799-1950**Fax:** (11)2694-2512**E-mail:** cep@saojudas.br

Continuação do Parecer: 4.763.086

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão dos participantes da pesquisa: (A) Familiares de idosos que morreram por suicídio, que não possuíam vínculo afetivo e contato próximo com o idoso.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o suicídio na velhice a partir das percepções dos enlutados.

Objetivo Secundário:

a) Levantar aspectos históricos do falecido a partir da compreensão dos enlutados. b) Identificar as possíveis hipóteses dos enlutados direcionando o ato suicida. c) Analisar o impacto do suicídio do idoso na dinâmica familiar dos enlutados. d) Compreender e analisar os afetos e sentimentos decorrentes do suicídio do idoso nos familiares enlutados. e) Identificar e analisar o processo de elaboração do luto dos familiares. f) Identificar e discutir as possíveis diretrizes para intervenções profissionais na prevenção do suicídio do idoso e cuidados com os familiares enlutados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, sendo esperado algum tipo de desconforto emocional ao relatar memórias do falecido. Entretanto, se existir alguma dificuldade sinalizada por parte do participante, este poderá interromper a entrevista a qualquer momento, sem que haja qualquer prejuízo. Se assim for necessário, será prestado o devido acolhimento inicialmente pela pesquisadora. Os participantes também poderão ser encaminhados para atendimento psicológico no CENPA (Centro de Psicologia Aplicada) da Universidade São Judas Tadeu, podendo este ser realizado presencialmente ou na modalidade online.

Benefícios:

Como benefícios para os participantes, ressalta-se a constituição de um espaço de escuta para os participantes ao recontar a história de seu ente querido, bem como o acolhimento realizado pela pesquisadora no momento da coleta de dados. Ressaltam-se também os benefícios para a comunidade científica, a partir de possíveis contribuições sobre a temática, na tentativa de construções de ações na prevenção e auxílio acerca do suicídio na velhice.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de campo, transversal e de metodologia de base qualitativa, utilizando o delineamento de autópsia psicológica. Caráter acadêmico, realizado para obtenção de título de mestre em Ciências do Envelhecimento. Os pesquisadores utilizarão recursos próprios, e a

Endereço: Rua Taquari, 546

Bairro: Mooca

CEP: 03.166-000

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)2799-1950

Fax: (11)2694-2512

E-mail: cep@saojudas.br

Continuação do Parecer: 4.763.086

pesquisa sera online. Amostra de pesquisa de 10 participantes que sera realizada no Brasil. Previsao de inicio de coleta de dados 01/07/2021 e de encerramento em 30/07/2021.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusoes ou pendencias e Lista de inadequacoes".

Recomendações:

Vide campo "Conclusoes ou pendencias e Lista de inadequacoes".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12, para o desenvolvimento do estudo cabe ao pesquisador:

- a) desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) apresentar dados solicitados pelo CEP a qualquer momento;
- c) manter em arquivo, sob sua guarda, por um período de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa, os seus dados, em arquivo físico ou digital;
- d) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto;
- e) justificar perante o CEP a interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados, quando pertinente.
- f) O relatório parcial deve ser apresentado ao CEP após 6 meses da aprovação, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após a coleta de dados do estudo.
- g) O relatório final deve ser apresentado ao CEP, via Plataforma Brasil - opção Notificação, após 90 dias do término do estudo.
- h) O CEP/USJT deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente ao evento adverso grave ocorrido e enviar notificações ao CEP.
- i) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP contendo uma carta identificando de forma clara e sucinta a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Taquari, 546	CEP: 03.166-000
Bairro: Mooca	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2799-1950	Fax: (11)2694-2512
	E-mail: cep@saojudas.br

Continuação do Parecer: 4.763.086

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1728635.pdf	01/06/2021 00:10:01		Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_PESQUISA_01_de_junho_2021.pdf	01/06/2021 00:07:05	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_final_junho_21.pdf	01/06/2021 00:06:52	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Esclarecido_comite_01_junho.pdf	01/06/2021 00:04:27	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
Outros	Instrumento3.pdf	16/04/2021 11:42:40	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
Outros	Instrumento2.pdf	16/04/2021 11:42:25	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
Outros	Instrumento1.pdf	16/04/2021 11:42:11	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoprojeto.pdf	16/04/2021 10:19:04	Fernanda Rezende Psicóloga	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 09 de Junho de 2021

Assinado por:
Kátia Bilhar Scapini
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Taquari, 546
Bairro: Mooca **CEP:** 03.166-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)2799-1950 **Fax:** (11)2694-2512 **E-mail:** cep@saojudas.br

APÊNDICES

Apêndice I - Carta convite

CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA SUICÍDIO ENTRE OS IDOSOS: O FENÔMENO NA PERSPECTIVAS DOS ENLUTADOS



Sou psicóloga e aluna de mestrado da Universidade São Judas-SP e estou realizando uma pesquisa com familiares de idosos que faleceram por suicídio.

O título da pesquisa é **O suicídio entre os idosos: o fenômeno na perspectiva dos enlutados**. Para tanto estou realizando entrevistas individuais semi-estruturadas com enlutados maiores de 18 anos.

A pesquisa visa analisar o suicídio na velhice na perspectiva dos familiares, e assim levantar aspectos históricos e emocionais do idoso, bem como investigar o impacto da morte por suicídio no processo de luto.

As entrevistas serão realizadas pela plataforma google-Meet de forma pré-agendada com a pesquisadora.

Para os interessados entrar em contato via whatsapp, ligação ou email a seguir:



Contato pesquisadora Fernanda Rezende (11) 99655-5458

Email: nandarezende@gmail.com

Orientador responsável: Rodrigo Salles

rodrigo.salles@saojudas.br

Apêndice II

Instrumento (1) Questionário para Coleta informações gerais do familiar:

Iniciais:

Idade:

Gênero:

Etnia:

Escolaridade:

Profissão:

Local de residência (Cidade e Estado):

Religião:

Grau de parentesco com o falecido (a):

Data do óbito:

Residia com o idoso? Sim ou não:

Renda familiar entre:

Até 1 salário-mínimo:

Entre 1 até 3 salários-mínimos:

Entre 3 até 5 salários-mínimos:

Acima de 5 salários-mínimos:

Apêndice III

Questionário (2): Roteiro de autópsia psicológica com informações sobre a morte do idoso.

1. Como foi a ocorrência do ato suicida?
2. Qual o método letal utilizado pelo idoso?
3. Qual a suposta familiaridade e ou acesso ao método fatal utilizado pelo falecido?
4. Houve conhecimento dos familiares em relação ao planejamento do ato suicida?
5. O idoso deixou algum material de despedida: carta, bilhetes, áudios, vídeo dentre outros?
6. Existiram comunicações prévias da intenção de morte? Se sim, quais?
7. Ocorreram tentativas de suicídio anteriores à morte? Se sim, como?
8. Qual foi o local da ocorrência da morte do idoso?
9. Houve alguma forma de socorro e/ou intervenção após o ato suicida?
10. Caso a morte tenha ocorrido no local quem encontrou o corpo e em quais circunstâncias?
11. Como o familiar recebeu a notícia do falecimento do idoso?
12. Existiu alguma ritualística fúnebre por parte dos familiares: velório, sepultamento, cremação dentre outros? Se sim, quais?
13. Na família, ocorreram outras mortes e/ou tentativas de suicídio? Se sim, quem e quando?
14. Existiram tratamentos psíquicos ou físicos realizados pelo idoso? Se sim, quais e quando?
15. O idoso apresentava limitações cognitivas e ou físicas? Se sim, quais?
16. O familiar tem conhecimento de violências físicas e/ou emocionais vividas pelo o idoso? Se sim, quais e em qual fase da vida do idoso?
17. O familiar tinha conhecimento de alguma perda significativa para o idoso: como mortes, desemprego, mudanças de casa ou localidade, processo de adoecer, dentre outros? Se sim, comentar sobre essa perda.
18. Para o participante houve possíveis mudanças de comportamento do idoso anteriores ao ato suicida? Se sim, quais?

19. Com quem o idoso residia anterior ao momento da morte?
20. Na percepção do entrevistado, como eram as relações sociais do idoso?
21. Para o participante, como era a estrutura familiar do falecido?
22. Para o familiar, como o idoso lidava com as relações interpessoais?

Apêndice III

Questionário (3) Roteiro de autópsia psicológica para coleta de informações sobre o processo de luto do familiar.

1. Como o familiar está vivenciando o processo de luto?
2. Quais as dificuldades enfrentadas após o falecimento do idoso?
3. Quais os sentimentos e emoções mais recorrentes frente a morte do familiar?
4. Até o momento, quais mudanças significativas ocorreram após a morte do idoso?
5. Ocorreu algum apoio emocional, social e/ou religioso e/ou espiritual para o enlutado após a morte do idoso? Se sim, qual e como foi?
6. Para o familiar, quais as possíveis interpretações e/ou causas do ato suicida do idoso?
7. O familiar está realizando algum tipo de acompanhamento médico e/ou psicológico após a morte do idoso?
8. O familiar vivenciou algum tipo de discriminação social devido a morte ser por suicídio?
9. Para o familiar quais mudanças a sociedade poderia realizar para a prevenção do suicídio?