

## Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil

Psychological and psychosocial autopsies of the elderly who committed suicide in Brazil

Fátima Gonçalves Cavalcante <sup>1</sup>  
Maria Cecília de Souza Minayo <sup>2</sup>

**Abstract** *The authors analyze 51 cases of suicide among the elderly from ten Brazilian municipalities. The objective is to understand the interaction of variables associated with suicide among the elderly. A bibliographic review gives theoretical support to this study. Based on psychological autopsy, the study begins with a semi-structured interview format, which was applied and analyzed by peer researchers, using the same procedure for gathering, organizing and analyzing the data. This material was reviewed using a psychosocial and qualitative meta-analysis approach based on family interview data, researchers' interpretations, socio-anthropological contextualization and relevance categories. Ways of committing suicide, reasons for suicide, associated factors, attributed motives and lethality were studied by sex, age and socioeconomic characteristics. The interaction of major precipitant factors was analyzed. The conclusions showed that there are convergences among epidemiological and qualitative studies. Severe illness, disabilities and mental disorders are the major causes, followed by depression and family and marital conflicts. Close attention to the quality of life of the elderly is recommended, especially of men who constitute the main suicide risk group.*

**Key words** *Suicide, The elderly, Psychological autopsy, Psychosocial autopsy*

**Resumo** *Analisam-se 51 casos de suicídio de idosos em dez municípios brasileiros, visando a conhecer a interação de variáveis associadas ao fenômeno. Uma revisão sobre o tema dá suporte teórico ao estudo. Tendo como base o método da autópsia psicológica, o estudo parte de um roteiro de entrevista semiestruturada, aplicada e analisada por pares de pesquisadores, mediante um mesmo procedimento de coleta, organização e análise dos dados. O conjunto foi reexaminado através de uma meta-análise de enfoque psicossocial e qualitativo sobre dados dos familiares entrevistados, interpretações dos pesquisadores, contextualização socioantropológica e categorias de relevância. Foram estudadas formas de perpetração e letalidade por sexo, faixa etária, perfil socioeconômico; fatores associados; e motivos atribuídos. Analisou-se a interação de fatores precipitantes relevantes. As conclusões apontam convergências entre estudos epidemiológicos e qualitativos. Doenças graves, deficiências e transtornos mentais juntos formam as principais causas, seguidas de depressão, conflitos familiares e conjugais. Recomenda-se atenção à qualidade de vida dos idosos, especialmente dos homens, que constituem o grupo de maior risco para suicídio.*

**Palavras-chave** *Suicídio, Idosos, Autópsia psicológica, Autópsia psicossocial*

<sup>1</sup> Laboratório de Práticas Sociais Integradas, Mestrado Profissional em Psicanálise, Saúde e Sociedade, Universidade Veiga de Almeida. Rua Ibituruna 108, Tijuca. 20271-020 Rio de Janeiro RJ. fatimagold7x7@yahoo.com.br

<sup>2</sup> Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

## Introdução

Este artigo apresenta uma análise de 51 casos de suicídio em idosos, elaborada de um ponto de vista psicossocial. Resultou de um estudo multicêntrico<sup>1</sup> desenvolvido em dez municípios brasileiros. O método utilizado chamado “autópsia psicológica” incluiu um roteiro de entrevista semiestruturado<sup>2,3</sup>, adaptado para a população acima de 60 anos e submetido a um processo de padronização, sistematização e validação por um grupo de pesquisadores<sup>4,5</sup>. O artigo também se baseia em extensa revisão bibliográfica sobre o tema, de 1980 a 2012, a partir dos descritores “suicide and elderly”; “suicide and older people”, feita nas bases de dados da Medline, PsychINFO, SciELO e Bireme.

A autópsia psicológica é um método criado por Edwin Shneidman<sup>6,7</sup>, amplamente difundido nos últimos quarenta anos<sup>8</sup>. Foi concebido como meio para auxiliar médicos legistas a esclarecer a natureza de uma morte tida como indeterminada e que poderia estar associada a uma causa natural, acidental, suicídio ou homicídio. O método também foi utilizado para conhecer as razões que motivaram mortes autoinfligidas para confortar os familiares dos que assim haviam falecido. Em *Autopsy of a Suicidal Mind*<sup>9</sup>, Shneidman trabalhou meses numa só autópsia, escutando pais, irmãos, ex-esposa, namorada, psicoterapeuta e psiquiatra para compreender as razões que levaram um estudante de filosofia a dar cabo à vida. As entrevistas por ele transcritas foram compartilhadas com especialistas em suicídio para que pudessem integrar seus pontos de vista sobre o acontecido e se o evento poderia ou não ter sido prevenido. Ao final, Shneidman ofereceu dezoito diferentes hipóteses sobre a morte ou a intenção do ato suicida.

Shneidman optou por não utilizar um roteiro fixo<sup>10,11</sup>, mas sugeriu categorias norteadoras, que estão descritas no estudo de Werlang e Botega<sup>8</sup>. Em sintonia com esse autor que fundou a disciplina científica denominada suicidologia, sistematizou-se o método da *autópsia psicossocial*<sup>4,5</sup> visando a compreender razões e circunstâncias afetivas, sociais, econômicas e culturais associadas ao suicídio de pessoas idosas. O objetivo do estudo foi conhecer e analisar a relevância das variáveis em interação.

As taxas de suicídio variam entre países, por idade, sexo, raça e etnia. Elas são mais altas na Europa Oriental, medianas nos Estados Unidos, Europa Ocidental e Ásia e mais baixas na América Central e América do Sul. Na maioria dos países os homens têm taxas mais elevadas do que

as mulheres, numa variação de 3:1 a 7.5:1<sup>12</sup>. Duas exceções são a China e a Índia, em que as taxas referentes a homens e mulheres são semelhantes. Na China, o risco de suicídio para os grupos de idades mais avançadas (homens acima de 70 anos e mulheres acima de 75 anos) é de 100/100 mil<sup>13</sup>. Nos Estados Unidos, há uma média 10.8/100 mil mortes por suicídio na população em geral. Mas, homens brancos alcançam a taxa de suicídio de 23.9/100 mil na faixa de 65 a 69 anos e 49.7/100 mil na faixa acima dos 85 anos<sup>12,14</sup>.

No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas a muitos países. No ano de 2008<sup>15</sup>, encontrou-se uma média de 5.8/100 mil para a população em geral e de 9/100 mil para a população idosa, o que revela que os mais velhos configuram a faixa de maior risco. Observou-se que esse aumento no Brasil se deve ao suicídio de homens, numa oscilação entre 8.7/100 mil e 15.4/100 mil entre homens abaixo ou acima de sessenta anos, enquanto as taxas relativas às mulheres são baixas, entre 2.4/100 mil e 2.6/100 mil. Os meios utilizados na prática do suicídio no país<sup>15</sup> entre 1980 e 2006 são enforcamento (51.7% a 56.2%), armas de fogo (13.4% a 16.6%) e o envenenamento (4.8% a 7.5%). Entre as formas mais raras estão a queda de altura (1.7% a 2.8%) e a carbonização parcial por chamas (2.6 %).

Estima-se que haja mais de 600 milhões de pessoas com 60 anos ou mais em todo o mundo e que em 2020 essa população chegará a um bilhão<sup>16</sup>. No Brasil, estima-se um crescimento de 59.3% da população idosa com 60 anos ou mais, passando de 8.1% no ano 2000 para 12.9% em 2020<sup>17</sup>, o que representa um aumento de 14 milhões ao longo de 20 anos, numa média de 700 mil novos idosos por ano<sup>18</sup>. Como o risco de suicídio tende a aumentar com a idade, a prevenção se torna um desafio para os setores sociais e de saúde.

Os idosos que atentam contra a própria vida estão mais suscetíveis de não serem nem encontrados e nem ajudados em tempo hábil, pois muitos que compõem esse grupo etário vivem sozinhos – embora no estudo que aqui se apresenta todos tinham algum tipo de apoio ou relação com a família. Além disso, eles usam meios mais letais do que pessoas mais jovens e, por isso, suas tentativas costumam ser fatais<sup>19,20</sup>. Os idosos em idades mais avançadas (acima de 80 anos) explicitam mais facilmente suas ideias suicidas do que os idosos mais jovens (65-80 anos)<sup>20,21</sup> e dados dos Estados Unidos mostram que 75% dos velhos que se suicidaram, nunca haviam feito uma tentativa<sup>19</sup>. Entre os idosos há cerca de duas a quatro tentativas para cada suí-

dió consumado<sup>21,22</sup>, ou seja, a presença de ideia ou de tentativas aumenta neles o risco de mortes autoinfligidas<sup>23-25</sup>.

A maior parte do que se conhece sobre fatores de risco e fatores protetores associados ao suicídio vem de autópsias psicológicas<sup>19,26</sup>, com a seguinte distribuição diagnóstica: transtornos afetivos (de 54% a 90%) e transtornos por uso de substâncias (entre 3% a 46%). Há associação do suicídio com uso de álcool e não há com demência, exceto nas fases iniciais quando existe maior consciência das mudanças cognitivas e funcionais<sup>20,21</sup>.

## Material e Método

O objetivo foi realizar no mínimo cinquenta autópsias psicossociais com familiares de idosos que haviam falecido por suicídio em dez municípios das cinco regiões brasileiras com elevadas taxas desses eventos, escolhidos com base num estudo epidemiológico sobre a evolução histórica do fenômeno no âmbito nacional, regional e local<sup>27</sup>.

*Escolha dos municípios e equipes:* A partir de uma análise descritiva e evolutiva sobre o suicídio em idosos<sup>27</sup> optou-se por estudar alguns dos que apresentavam índices acima de 10/100 mil, maiores proporções de idosos e diferentes padrões populacionais. Ainda outros critérios nortearam a escolha das localidades para estudo: proximidade com universidades e pesquisadores colaboradores com experiência na temática, formação em saúde pública ou saúde mental e inserção universitária. Foram escolhidos: Manaus (Amazonas), na região norte; Fortaleza e Tauá (Ceará) e Teresina (Piauí), no nordeste; Campo Grande e Dourados (Mato Grosso do Sul), no centro oeste; Campos (Rio de Janeiro), no sudeste e Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço (Rio Grande do Sul), no sul.

*Amostra selecionada e fontes pesquisadas:* Selecionaram-se 51 dos casos de idosos com sessenta anos ou mais que faleceram num intervalo de dois e cinco anos. Foram feitas pelos menos cinco autópsias em cada localidade. As fontes foram: os bancos de dados oficiais sobre mortalidade, laudos periciais, registros de óbito em cartório, registros hospitalares e informações de profissionais do Sistema Único de Saúde. Familiares e vizinhos foram localizados através de cartas, contato telefônico, visitas agendadas com ou sem apoio de profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>5</sup>. Os contatos só prosseguiram após assinatura do termo de consentimento aprovado pelo comitê de ética da Fiocruz.

*Capacitação das equipes:* Num primeiro seminário foram estabelecidos os parâmetros para coleta e organização dos dados, com roteiros explicativos<sup>4</sup>. Foi feita a capacitação de cinco coordenadores de área representantes das cinco regiões do país, utilizando-se um manual que padronizou as orientações e serviu de base para o trabalho. O estudo em cada município foi liderado por um pesquisador sênior e uma equipe formada por doutores e mestres, alunos de mestrado, especialização e iniciação científica. Foi proposto um alinhamento teórico<sup>21,28</sup> e as capacitações locais envolveram leituras, dramatizações e estudo piloto.

*Coleta de dados:* O principal instrumento qualitativo para coleta de dados foi um roteiro semi-estruturado, acompanhado de uma ficha de identificação da pessoa que se suicidou e do(s) entrevistado(s) e de um modelo simplificado de genograma para se contextualizar a configuração familiar.

O Roteiro<sup>4</sup> continha: sete questões sobre caracterização social; dezoito sobre o perfil e modo de vida da pessoa que se suicidou; sete sobre a descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou; seis sobre o estado mental do idoso antes do ato final; e cinco sobre a imagem da família antes, durante e depois do suicídio, num total de 43 perguntas simples ou compostas. As entrevistas foram realizadas por duplas de pesquisadores, com duração de uma a duas horas<sup>5</sup>. Também foi feita uma contextualização socioantropológica de cada município. As autópsias realizadas foram sistematizadas num formato padrão que continha as categorias comuns<sup>4</sup> da pesquisa.

*Análise de dados:* Numa oficina de trabalho com o grupo de campo e os coordenadores foram compartilhados os resultados elaborados por caso e por localidade num formato de pré-análise, feitos ajustes e definidas estratégias para análise final. As autópsias psicológicas foram analisadas em profundidade, caso a caso, por duplas de pesquisadores e submetidas a posterior exame dos coordenadores da investigação, numa abordagem que levou em consideração o relato dos entrevistados, as interpretações dos pesquisadores e os dados de contextualização para se estabelecer as categorias de relevância. A análise local espelhou uma organização temática semelhante à dos instrumentos. A análise final consistiu numa meta-análise – aqui entendida como uma forma nova de organização das informações quantitativas ou qualitativas que reúne e aprofunda resultados e conclusões de outros pesquisadores – reapreciou os dados em seu conjunto e os estudou por sexo, faixa etária e formas de perpetração;

perfil socioeconômico; fatores de risco e protetores; motivos atribuídos ao suicídio, letalidade dos métodos empregados. Ao final, se situou a interação entre os fatores precipitantes mais relevantes. Também se fez uma abordagem comparativa entre regiões, municípios e casos.

A autópsia psicológica permitiu analisar diferentes graus de perturbação em que uma pessoa pode se tornar inimiga do próprio *self*, como diz Shneidman<sup>9</sup>. Ao utilizar esse *método* que aproxima dimensões históricas, sociológicas e psiquiátricas dentro de uma *análise psicossocial*, buscou-se integrar três perspectivas: (1) a visão psicossociológica de Bertaux<sup>29</sup>, segundo o qual, a biografia reflete a vida em sociedade com suas riquezas e contradições; (2) a clássica concepção de Durkheim<sup>30</sup>, a qual define o suicídio como um evento social em que o contexto econômico e cultural se presentifica na frequência do evento; (3) a revisão feita por Lester e Thomas<sup>31</sup> sobre as pesquisas de suicídio nos últimos cinquenta anos que recomendam que se examinem em detalhes os relacionamentos sociais de pessoas que se suicidam, observando-se estilos interacionais. Em resposta à tendência atual de se valorizar questionários estandarizados e variáveis distantes, dizem os autores<sup>31</sup>: *as pesquisas estão pobres, faltam teorizações e novos temas não são apresentados*. Assim, a presente análise aponta a tensão entre fatores psicológicos e sociais na caracterização qualitativa dos suicídios de pessoas idosas. É claro que os resultados aqui apresentados não podem ser generalizados.

*Vantagens e limites do método e das estratégias:* A capacitação dos pesquisadores responsáveis pela investigação nos dez municípios e, localmente, das várias pessoas que participaram do estudo, visou a padronização dos instrumentos, a organização dos dados e a elaboração de categorias, facilitando a circulação de uma linguagem comum para compreensão do fenômeno. A experiência clínica da equipe, a presença de dois pesquisadores seniores na coleta e na análise, a fala de um ou vários familiares ou cuidadores por cada caso contribuiriam para dar fidedignidade e consistência às informações. Os limites do método<sup>8</sup> estão associados inicialmente ao fato de se trabalhar com um tema que requer equilíbrio e domínio emocional dos pesquisadores; ao tempo de estudo reduzido a uma ou duas entrevistas por família; e à dificuldade de se lidar com discrepâncias dos relatos<sup>4</sup>. Buscou-se minimizar tais limites pelas interlocuções compartilhadas numa rede de comunicação, a exemplo de Shneidman<sup>9</sup>.

## Resultados

*Breve contextualização dos locais estudados:* Manaus, o sétimo município mais populoso e o sexto com maior produto interno bruto do país, localiza-se no centro da maior floresta tropical do mundo, no Amazonas. Do cultivo da borracha à zona franca, comercializando produtos internacionais, Manaus se destaca atualmente como Polo Industrial. Capital do Ceará, Fortaleza é o quinto município mais populoso e o décimo quinto com maior produto interno bruto do país. Sua economia é baseada no turismo, no comércio e na indústria de produção de calçados, produtos têxteis e alimentos. Tauá, município cinco vezes menos populoso do que a capital cearense é conhecida como a “Princesa dos Inhamuns” e a terra do barro vermelho, por localizar-se no semiárido nordestino. Sua economia é baseada na agropecuária e no comércio, destacando-se o turismo de Sítios Arqueológicos e Paleontológicos. Teresina, a primeira cidade planejada do país, por seus parques ambientais e praças arborizadas é chamada de “cidade verde”. Atravessada por dois rios que se abraçam (Parnaíba e Poti), a capital do Piauí, notabiliza-se pelo ponto turístico do Encontro das Águas, manifestações folclóricas e artesanato. Capital de Mato Grosso do Sul, Campo Grande é o vigésimo segundo município mais populoso do país e terceiro centro urbano mais desenvolvido da região centro-oeste e palco de forte migração interna de descendentes de espanhóis, italianos, portugueses, japoneses, sírio-libaneses, armênios, paraguaios e bolivianos. A economia baseia-se no comércio e na construção civil. Dourados, também em Mato Grosso do Sul, é um local com forte tradição das tribos indígenas Terena, Kaiwá e Guaranis e vem atraindo empresários e agricultores gaúchos em virtude da fertilidade da terra. Campos do Goytacazes, um dos maiores municípios do Estado do Rio de Janeiro tem forte tradição agropecuária, cultivo da cana de açúcar e elevada população rural. No nome traz a origem indígena Goitacás, Guarulhos e Puris. Campos, atualmente, é um importante polo de produção de petróleo e gás natural. Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço, no Rio Grande do Sul, são municípios de colonização alemã e se destacam pelo cultivo do fumo e pela diversificada produção agrícola. Venâncio Aires é a maior produtora de tabaco do país, enquanto Candelária – o município menos populoso do estudo – e São Lourenço são polos turísticos e agropecuários. As duas últimas localidades foram colonizadas por pomeranos, imigrantes ale-

mães da Pomerânia, região devastada na Segunda Guerra Mundial. Nesses municípios, as famílias e os idosos vivem muito isolados.

### Perfil dos casos

Nos dez municípios citados foram entrevistadas 84 pessoas, 62 mulheres e 22 homens, a mais nova com 18 anos e a mais velha com 76. A maior parte dos interlocutores foi de parentes (94%), filhos, netos, irmãos, esposas e ex-esposas, noras, genros e sobrinhos, havendo ainda vizinhos. A maioria dos entrevistados foram os filhos (45,2%), as esposas e ex-esposas (17,8%), tendo algumas ex-esposas assumido o lugar de cuidadora da pessoa que faleceu, ao final de sua vida. Em 40% das entrevistas foi possível conversar com dois a cinco integrantes da família. Essa entrevista ampliada ocorreu em todos os municípios, com uma, duas ou três sessões por localidade, exceto em Venâncio Aires em que foi entrevistado apenas o filho caçula que na cultura local deve assumir a tarefa de cuidar dos pais na velhice. A maioria dos interlocutores era cuidador direto ou indireto da pessoa idosa e mantinha com ela um convívio cotidiano.

Foram estudados casos de pessoas com sessenta anos ou mais, sendo 40 homens e 11 mulheres. A maioria dos homens (55%) estava na faixa entre 60 e 69 anos, vindo a seguir, os de 70 e 79 anos (25%) e acima de 80 anos (20%). Entre as mulheres predominaram as de 70 a 75 anos (45,3%), as de 60 e 69 (36,5%) e apenas duas tinham mais de 80 anos. Nas cinco regiões do país foram estudados casos de suicídio em homens, cinco no norte (12,5%), quatorze no nordeste (35%), sete no centro-oeste (17,5%), quatro no sudeste (10%) e dez no sul (25%); e em mulheres: cinco na região sul (45,4%), três no centro oeste (27,3%), dois no nordeste e um no sudeste.

Em relação à distribuição de faixa etária e sexo por região, constata-se na Tabela 1 que as regiões norte e nordeste concentraram as histórias de suicídio de homens mais jovens, na faixa de 60 a 69 anos (80% de casos no norte e 78,6% no nordeste). No sudeste foram estudados casos de pessoas mais velhas, entre 75 e 84 anos. Já o centro oeste e o sul tiveram uma distribuição entre homens e mulheres de diferentes faixas etárias, entre 60 e 84. Em ambas as regiões, houve o caso de uma pessoa acima de 85 anos e do sexo masculino.

O enforcamento foi o meio mais utilizado para o suicídio tanto por homens (65%) quanto por mulheres (72,7%), seguido de armas de fogo (20%) e envenenamento (10%) em homens. Entre as causas menos frequentes, houve uma morte de homem por facada no peito e outra por afogamento; e dois de mulheres por chamas e um de queda de altura. Os resultados convergem com os estudos epidemiológicos mais recentes sobre suicídio de idosos no país<sup>15</sup>. Essa distribuição dos 51 casos pode ser vista na Tabela 2. Chama atenção a diversidade de formas de perpetração utilizada por homens idosos mais jovens entre 60 e 64 anos (dez casos), e entre 65 e 79 (quatro casos), nos municípios de Teresina, Fortaleza e Tauá no nordeste. Essa região apresenta o maior percentual de uso de armas de fogo (62,5% se comparado aos demais) e de envenenamento (75% do total de envenenamentos).

Convergente com dados da literatura<sup>15</sup>, o local predominante de ocorrência do suicídio foi o domicílio – quarto, banheiro, varanda, terraço, quintal, garagem - numa proporção de 72,4% entre homens e 63,6% entre mulheres. A quase totalidade dos casos em área externa ocorreu nos municípios do Sul, em Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço, nos galpões, espaços extensivos de armazenagem dos produtos e instrumentos de trabalho rural.

**Tabela 1.** Distribuição do número e proporção de suicídios de 51 idosos, segundo faixa etária e sexo nas cinco regiões do país.

Faixa etária	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)											
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
60 a 64 anos	3	60,0	-	-	10	71,5	1	50,0	3	42,8	-	-	3	30,0	1	20,0	19	3				
65 a 69 anos	1	20,0	-	-	1	7,1	-	-	-	1	33,3	-	-	1	10,0	1	20,0	3	2			
70 a 74 anos	-	-	-	-	1	7,1	-	-	1	14,3	-	-	-	2	20,0	2	40,0	4	2			
75 a 79 anos	-	-	-	-	2	14,3	1	50,0	1	14,3	1	33,3	3	75,0	-	-	-	6	2			
80 a 84 anos	1	20,0	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	1	25,0	1	100	3	30,0	1	20,0	6	2
> 85 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	1	10,0	-	-	2	-	-	-
Total	5	100	-	-	14	100	1	100	7	100	3	100	4	100	1	100	10	100	5	100	40	11

### Perfil socioeconômico

Uma visão de conjunto do perfil social e econômico de homens e mulheres estudados é apresentada nas Tabelas 3 e 4, quanto a estado civil, escolaridade, religião, estilo de vida, atividade profissional e tipo de vínculo do chamado trabalhador ativo ou inativo. A nomeação das pro-

fissões seguiu a Classificação Brasileira das Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho e Emprego<sup>32</sup>. Algumas foram agrupadas em categorias afins.

Um primeiro contraste entre homens e mulheres aparece nas diferenças de estado civil. Enquanto a maioria dos homens era casada ou recasada e uma minoria viúva, divorciada ou se-

**Tabela 2.** Distribuição dos meios utilizados pelos 51 idosos, por sexo nas cinco regiões do país.

Meios	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)											
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
Enforcamento	4	80,0	-	-	6	42,9	-	-	5	71,4	3	100	2	50,0	-	-	9	90,0	5	100	26	8
Armas de Fogo	1	20,0	-	-	5	35,7	-	-	1	14,3	-	-	-	-	1	10,0	-	-	-	-	8	-
Envenenamento	-	-	-	-	3	21,4	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	4	-
Facada no peito	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Queda de altura	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Carbonização	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	2
Afogamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	1	-
Total	5	100			14	100	2	100	7	100	3	100	4	100	1	100	10	100	5	100	40	11

**Tabela 3.** Distribuição dos 51 idosos, segundo estado civil, escolaridade, religião e local de residência nas cinco regiões do país.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
<b>Estado Civil</b>														
Solteiro(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1
(Re)casado ou união estável	1	-	11	-	7	1	3	-	5	-	27	67,5	1	9,1
Divorciado ou separado	3	-	3	-	-	-	-	1	1	1	7	17,5	2	18,2
Viúvo(a)	1	-	-	-	-	2	1	-	4	4	6	15,0	7	63,6
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Escolaridade</b>														
Analfabeto ou Semianalfabeto	-	-	4	-	-	-	1	-	4	4	9	22,5	4	36,3
Alfabetizado	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	2	5,0	1	9,1
Curso primário	-	-	1	-	-	-	-	1	2	1	3	7,5	2	18,2
Curso fundamental	4	-	6	-	3	2	1	-	2	-	16	40,0	2	18,2
Curso médio ou técnico	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	4	10,0	1	9,1
Curso superior	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2,5	1	9,1
Não informado	-	-	-	-	3	-	1	-	1	-	5	12,5	-	-
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Religião</b>														
Católica	4	-	10	-	2	-	1	1	4	3	21	52,5	6	54,5
Evangélica	-	-	1	-	1	2	-	-	3	1	5	12,5	3	27,3
Espírita	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2,5	-	-
Nenhuma	1	-	-	-	4	1	-	-	-	-	5	12,5	1	9,1
Não informado	-	-	2	-	-	-	3	-	3	1	8	20,0	1	9,1
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Local de residência</b>														
Meio Rural	-	-	5	-	-	-	-	-	10	5	15	37,5	5	45,5
Meio Urbano	5	-	9	-	7	3	4	1	-	-	25	62,5	6	54,5
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100



**Tabela 4.** Distribuição dos 51 idosos, segundo atividade profissional e vínculo empregatício nas cinco regiões do país.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
<b>Atividade Profissional</b>														
Dona de casa	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	4	36,4
Religioso	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2,3	-	-
Agricultor	1	-	3	-	1	-	-	-	10	5	15	34,0	5	45,4
Prestador de serviços	2	-	5	-	3	-	1	-	3	-	14	31,8	-	-
Técnico	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	2,3	1	9,1
Funcionário de empresa	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	6,8	-	-
Profissional liberal	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	2,3	1	9,1
Administrador do próprio negócio	2	-	4	-	1	-	-	-	2	-	9	20,5	-	-
Subtotal	5	-	14	2	7	3	4	1	15	5	44	100	11	100
<b>Vínculo Ativo ou Inativo</b>														
Informal	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	5,0	-	-
Autônomo	3	-	5	-	3	-	-	-	2	-	13	32,5	-	-
Aposentadoria	2	-	6	2	2	3	4	-	8	5	22	55,0	10	91,0
Sem vínculo empregatício	-	-	1	-	2	-	-	1	-	-	3	7,5	1	9,0
Subtotal	5	-	14	2	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100

parada (32,5), a quase totalidade das mulheres encontrava-se sem companheiro, por estar viúva, divorciada, separada ou solteira (90,9%). No nordeste, centro-oeste e sudeste predominaram homens casados ou em união estável; no norte, homens separados ou viúvos e, no sul, uma metade era casada e a outra viúva.

Embora a metade dos homens tivesse o ensino fundamental completo ou incompleto, e alguns, nível técnico (50%), uma parcela só havia completado o ensino primário (7,5%), era analfabeta ou semianalfabeta (22,5%) ou não havia informação sobre escolaridade (12,5%). A maior parte das mulheres (63,6%) tinha baixa escolarização e uma minoria concluiu o ensino primário (18,2%). Apenas um idoso e uma idosa tinham nível superior.

As regiões sul e nordeste concentraram a quase totalidade dos homens e mulheres analfabetos (doze). No nordeste, os analfabetos estavam em Tauá, município com características rurais. Níveis melhores de escolaridade foram encontrados entre os idosos que faleceram por suicídio nos centros urbanos de Manaus, Fortaleza, Teresina e Dourados.

Observa-se o predomínio da religião católica entre homens e mulheres (53%), seguida da religião evangélica (15,7%) e uma minoria, especialmente de homens, não tinha religião (12,5%). Em 20% dos relatos não houve informação sobre esse dado. No estudo fica claro que o apoio religioso foi pouco efetivo para os idosos e suas

famílias, em que pese a inserção de 68,0% dos homens e 81,5% das mulheres.

As idosas que faleceram por suicídio eram donas de casa ou agricultoras. Apenas duas construíram carreira profissional de nível técnico (estatística) e superior (odontologia) (Tabela 4). Quanto aos homens destacam-se idosos em três funções: agricultura (34%); prestação de serviços: carpinteiro, pedreiro, serralheiro, estofador, condutor de veículos, garçom e despachante (31,8%); e administrador do próprio negócio (20,5%): comerciante, empresário, produtor rural, fazendeiro, dono de restaurante, de mercado e de loja. Houve ainda casos de homens idosos que haviam tido atividade técnica (eletrônica), de nível superior (engenharia), e religiosa (pastor). Três deles haviam exercido função pública.

A quase a totalidade das mulheres estava aposentada ou recebia pensão do cônjuge. Mais da metade dos homens era aposentado (55%) e 32,5% tinham vínculos funcionais ativos, uma vez que eram idosos jovens (60-69 anos). Alguns aposentados ainda exerciam atividades profissionais, outros não conseguiram ter acesso à aposentadoria e uma minoria estava em atividades informais ou sem emprego.

#### Fatores associados

A Tabela 5 identifica os fatores de risco para homens e mulheres. Embora detalhe uma diversidade de itens, a análise os reúne em categorias

por afinidades temáticas. Foram encontrados seis principais fatores associados: sobrecarga financeira; abusos e desqualificações; morte e adoecimentos de parentes; deficiência, doenças físicas e transtornos mentais; isolamento social e traços depressivos; ideações, tentativas e suicídio na família.

O fator de maior frequência para homens (32,1%) e mulheres (31,7%) foi o isolamento social: quando a pessoa introspectiva apresenta traços depressivos, com ou sem confusão, com ou sem ansiedade e agitação. Entre os homens, o segundo fator de risco mais observado (19,5%) foram doenças ou deficiências que levam à invalidez, à interrupção do trabalho ou à limitação da capacidade funcional. Em terceiro lugar (17,3%) estão as ideações suicidas, em alguns casos, acompanhadas por tentativas ou pela vivência de outras mortes autoinfligidas na família. Em quarto lugar (13,7%) ressaltam-se os abusos físicos e verbais, as desqualificações familiares e as relações extraconjugais tumultuadas e clandestinas. Esses últimos fatores estão associados à solidão e à falta de apoio, sentida por alguns ao final da vida. O quinto e sexto

fatores estão relacionados à morte ou doença de parentes (8,9%) e ao impacto de sobrecarga financeira (6,3%), por endividamento pessoal ou de membros da família.

Entre as mulheres, o segundo fator associado mais importante foram as ideações e as tentativas prévias e a ocorrência de casos de suicídio na família (27,4%). A esse se seguem doenças e deficiências como transtornos físicos ou mentais incapacitantes (15,2%) e impacto de mortes ou doenças na família (15,1%). Os dois elementos menos frequentes foram os abusos e as desqualificações sofridos por violência de gênero ou por relações extraconjugais do marido (6,0%) e endividamento pessoal ou familiar (4,5%).

Segundo a representação dos familiares, os fatores protetores associados relevantes para se evitar o suicídio de pessoas idosas são o apoio familiar e de amigos (48,3% para homens e 38,9% para mulheres) envolvendo elos afetivos, amparo social e encontros de sociabilidade e lazer. Para os homens foi destacada a importância da estabilidade material (26,7%) num momento em que colhem os frutos do que realizaram na vida, sobretudo e tendo em vista a reinante visão patriar-

**Tabela 5.** Distribuição dos 51 suicídios de idosos, segundo fatores de risco e protetores associados ao suicídio por sexo nas cinco regiões do país.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	%	N	%
<b>Fatores de risco</b>														
Decadência material	2	-	1	-	1	-	-	-	1	-	5	2,6	-	-
Sobrecarga financeira	-	-	4	3	-	-	2	-	1	-	7	3,7	3	4,5
Abusos e laços frágeis	2	-	9	-	2	-	-	-	5	3	18	9,5	3	4,5
Relações extraconjugais	1	-	4	-	2	1	-	-	1	-	8	4,2	1	1,5
Morte e doença de parentes	5	-	5	-	1	3	2	2	4	5	17	8,9	10	15,1
Deficiência	1	-	3	-	1	-	2	-	4	1	11	5,8	1	1,5
Invalidez	2	-	3	-	-	-	-	-	2	-	7	3,7	-	-
Doença crônica ou terminal	1	-	3	1	2	2	3	-	5	3	14	7,5	6	9,2
Transtorno mental	2	-	1	1	-	2	1	-	1	-	5	2,6	3	4,5
Depressivo	3	-	4	1	6	5	3	1	5	2	21	11,1	9	13,6
Isolado	8	-	11	1	8	5	3	-	6	3	36	18,9	9	13,6
Ansioso	3	-	-	-	-	2	-	-	1	1	4	2,1	3	4,5
Ideações suicidas	3	-	6	1	1	2	2	1	5	4	17	8,9	7	10,6
Tentativas de suicídio	1	-	2	2	3	2	2	-	1	2	9	4,7	6	9,2
Suicídio na família	-	-	3	-	1	1	-	1	3	3	7	3,7	5	7,6
Ideações homicidas	1	-	1	-	-	-	-	-	2	-	4	2,1	-	-
Total	35	-	60	10	28	25	20	4	47	27	190	100	66	100
<b>Fatores Protetores</b>														
Estabilidade material	1	-	8	1	-	-	2	-	5	-	16	26,7	1	5,6
Apoio à saúde	1	-	2	3	2	4	2	-	2	1	9	15,0	8	44,4
Apoio religioso	-	-	3	-	1	2	1	-	1	-	6	10,0	2	11,1
Apoio familiar e de amigos	4	-	9	-	3	4	4	-	9	3	29	48,3	7	38,9
Total	6	-	22	4	6	10	9	-	17	4	60	100	18	100



cal e o papel tradicional de provedor. Entre as mulheres, foi mencionada a importância da busca por apoio à saúde (44,3%) incluindo-se acompanhamento médico ou psiquiátrico. Muitos entrevistados chamaram atenção para o fato de que homens idosos cuidam menos de si e vão menos ao médico, mesmo sendo o grupo de maior risco para suicídio.

### Casos ilustrativos da amostra estudada

Seis casos ilustram o suicídio no contexto biográfico. O primeiro narra o histórico de um homem de 61 anos, trabalhador e respeitado na localidade, que havia superado tumor raro na infância e já estava no terceiro casamento. Dizendo não ter sorte com mulheres, envolveu-se numa trama conjugal permeada por violência e humilhações. A última esposa o difamava e o provocava publicamente, tinha crises de ciúmes e lhe fazia difíceis exigências, provocando seu ódio. Ele a matou com facadas, envenenando-se em seguida. De homem digno, passou a ser lembrado na localidade como monstro e sua família discriminada. Aqui houve a violência da mulher em oposição à tradicionalmente de origem machista, evocando nesse idoso uma fúria destrutiva e autodestrutiva.

Dois casos de homens de 61 anos são contrastados a seguir. Da vida pacata de comerciante de carros e um primeiro casamento em que era bem visto como pai, o primeiro desses homens viveu uma segunda união tumultuada. Ele e a segunda esposa foram presos por tráfico de drogas e houve dúvidas sobre a paternidade de um de seus filhos. Nos quatro anos de prisão sofreu maus-tratos e humilhações. E na saída, lidou mal com o preconceito, a discriminação social e o visível declínio financeiro. Esse homem fez de sua morte um ritual. Separou as roupas com que queria ser sepultado, telefonou às duas famílias avisando da intenção de suicídio e deixou um bilhete, onde dizia: “*ele já era*”. Deitado numa toalha branca deu duas facadas no peito. Outro idoso na mesma faixa etária construiu um patrimônio que dava tranquilidade à família. Mas seu padrão de vida foi afetado pela aposentadoria. Sentiu-se envolvido por uma dívida de grande monta feita pela filha e afetado pela indiferença da esposa que lhe cobrava o padrão de vida que tinha antes e o desqualificava. A suas falas dizendo que se mataria ela retrucava: “*você é um frouxo, não tem coragem de se matar*”. Esse idoso deu um tiro na boca na frente da esposa e da filha. Há em comum nesses dois casos, além de outros elementos, a dificuldade financeira e a queda de padrão de vida, cenário

que contextualiza os motivos de dois “endividados e discriminados sociais”.

A seguir resumem-se dois casos de mulheres que faleceram em chamas. O primeiro é de uma idosa de 72 anos com deficiência auditiva, solteira, com histórico de superação, conquista de autonomia por meio de estudo e emprego público e posterior aposentadoria com estabilidade. Após perda dos pais, essa mulher teve como disparador de ideias e tentativas de suicídio recorrentes, um início de doença de Alzheimer que limitava suas capacidades. Nem a família, nem o apoio psiquiátrico a impediram de tirar a própria vida. Depois de várias tentativas frustradas, colocando solvente no corpo, acendeu o fósforo, carbonizando-se no banheiro. Aos 82 anos, outra idosa trazia um histórico de sofrimento por violência doméstica, marcada por silêncios, não ditos e fatos traumáticos e trágicos. Seu marido matou um empregado na fazenda de sua propriedade e estava foragido; a filha ficou paraplégica, após ter sido baleada pelo marido que se suicidou em seguida; um filho morreu afogado no rio da cidade e outro tinha transtornos mentais. Essa mulher, era reconhecida pela sua serenidade: “*sempre sorria, nunca se deixava abater*”, disse a irmã. O suicídio com solvente e o corpo em chamas foi a fala em ato. Chamou atenção dos que a assistiram que, no auge do sofrimento por queimaduras, essa mulher não gemia e nem gritava, nem quando seu corpo foi tocado para os cuidados médicos, mas revelou-se externamente como se sentia internamente: em carne viva. Há nos dois casos distintas marcas sociais: no primeiro, a dor de não ser funcional numa sociedade que tende a excluir os incapacitados. No segundo, o silenciamento permanente de tanta dor evocou na idosa, aparentemente resignada, as larvas vulcânicas de seu sofrimento.

Por fim, apresenta-se o caso de um idoso de 92 anos, agricultor de origem alemã, semianalfabeto, viúvo, evangélico, cuidado pelo filho caçula e que vivia nos limites de um corpo e de uma mente que não colaboravam mais. Não tinha aposentadoria e dependia de cuidados filiais para se alimentar e realizar as atividades cotidianas. Disse o filho: *ele se sentia sem sentido de vida, sem trabalho, sem companheirismo*. Enforcou-se no galpão de sua propriedade, aproveitando um pequeno lapso nos cuidados que lhe dedicavam o filho e a nora.

### Discussão

*A vida é como uma ampulheta de tempo. Sabe aquela areia que vai escorrendo? Então isto é o nosso tem-*

*po de vida e quando vamos envelhecendo temos duas possibilidades: - ou deixar o tempo escorrer até acabar, ou virar a ampulheta e fazer correr a areia para o outro lado, sacudindo tudo de novo. Quem escolhe se a vida vai acabar na velhice somos nós, assim prefiro aproveitar o máximo possível antes que a areia esgote*<sup>33</sup>.

A metáfora da ampulheta lembra que: “*quem escolhe se a vida vai acabar na velhice somos nós*”<sup>33</sup>. Kamkhagi<sup>34</sup> assinala dois tempos de vida no período do envelhecimento, entre 60 e 85 anos, uma fase ainda de plena atividade e outra acima de 85 anos, etapa em que restrições físicas e globais podem afetar a qualidade de vida. Para a autora, a velhice tanto pode ser um tempo de realizações como pode se constituir numa história de frustrações, marcada por defesas psíquicas que levam o idoso a se encapsular ou a fugir da vida.

Aqui se examina a opção pela morte, discutindo-se a multicausalidade do suicídio de idosos mediante o estudo de uma hierarquia de variáveis sob dois pontos de vista: *por saturação*, baseado numa análise por frequência que concentra em um ou mais motivos associados caso a caso, reunindo evidências dos informantes; e *por hierarquia de interações*, o que leva em conta os principais fatores precipitantes, o papel das variáveis em interação e as predominâncias.

Na análise por frequência foram estudados 79 motivos para o suicídio, organizados em seis categorias: alterações de comportamento; impacto de perdas, doenças ou deficiências; conflitos conjugais ou familiares; estilo de vida; aposentadoria ou desemprego; sobrecarga financeira. Momentos antes do suicídio, o fator que mais chamou atenção, tanto no caso de homens (34,2%) quanto de mulheres (38,9%), foi um comportamento depressivo, introspectivo, solitário e triste<sup>19-22</sup>, associado à perda, à doença, à deficiência ou à traição. Foi intensa também a associação entre infelicidade e falta de sentido para a vida entre as mulheres (27,8%) – menor entre homens (8,8%) – motivada por perdas, deficiências ou violências. Um fator bastante importante para homens (15,2%) e mulheres (16,7%) foi o ter que lidar com dores intensas<sup>19,21,28</sup> quando não se vislumbravam melhoras.

Apenas entre homens idosos foram encontrados motivos quanto ao estilo de vida, uma vez que 7,6% assumiram comportamentos de risco, como gosto por orgias e prostituição ou esbanjamento do patrimônio adquirido, o que os deixou em endividamento e decadência material. A aposentadoria<sup>19,21,28</sup> por idade ou invalidez foi desencadeadora de depressão ou isolamento em alguns casos (8,8%), tanto por causa

da redução do salário e da queda no padrão familiar como pela perda do status social. A sobrecarga financeira<sup>21,28</sup> (6,3%) apareceu associada à falência de empresas ou de outras atividades autônomas e à dificuldade daí advinda para que o idoso se aposentasse; às dívidas e queda na renda familiar, decorrentes de perdas na produção agrícola destruída por condições climáticas.

Na análise por *hierarquia de interações entre variáveis*, reuniram-se 41 hipóteses multicausais. Foram identificados fatores centrais e precipitantes do suicídio, numa espécie de “laudo das autópsias”, tratadas em conjunto. Os fatores de maior impacto, por ordem decrescente de magnitude, foram doenças e deficiências, para 70% dos homens (28 casos) e 54,5% das mulheres (6 casos); depressão e estados depressivos, para 20% dos homens (8 casos) e 18,2% das mulheres (2 casos) e conflitos familiares e crises conjugais, para 10% dos homens (4 casos) e 27,3% das mulheres (3 casos).

No grupo *doenças e deficiências* encontraram-se os seguintes fatores precipitantes: (1) doença crônica ou terminal com limitações físicas, dependências e medo do estado geral evoluir para uma vulnerabilidade ainda maior, sentida como intolerável (nove homens e quatro mulheres); (2) adoecimento recente com agonia física e ansiedade, associada a dor intensa (quatro homens); (3) deficiência física ou sensorial seguida de interrupção do trabalho com quadro depressivo e aposentadoria por invalidez (cinco homens); (4) alcoolismo com alteração de humor e piora progressiva, fragilizando laços e apoios (cinco homens); (5) transtorno mental, associado a perdas por morte trágica, a comportamento de risco, a violência e a casos de doença mental na família (cinco homens e duas mulheres). Este estudo, ao contrário de uma parte da literatura<sup>19,20,21,28</sup> que tende a tratar os transtornos isoladamente, os reuniu em padrões psicossociais e aos impactos físicos, psíquicos e sociais. A citada categoria não exclui os traços depressivos, entretanto, aqui eles não têm um papel determinante, sendo um coadjuvante entre inúmeras outras variáveis.

A *depressão e os estados depressivos* como fatores precipitantes do suicídio apareceram associados às seguintes causas: (1) efeito cumulativo de perdas sociais, tais como: falência, negócio com pouco retorno lucrativo, divisão de herança, encarceramento e dificuldade de readaptação à vida após a prisão, perda de safra e dificuldade para arcar com endividamentos e queda no padrão de vida familiar (quatro homens); (2) reação à perda afetiva da mulher que morreu por doença que exigiu intensos cuidados e alto custo

financeiro (um homem); (3) depressão com ideias suicidas, evoluindo para um quadro de depressão grave<sup>14,25</sup>, associado à insônia e ao isolamento (um homem e duas mulheres); (4) aposentadoria como disparadora de estados depressivos, associada à ociosidade, à perda de status social e à sensação de inutilidade (dois homens). Nessa amostra, a depressão pode, de um lado, ser relativizada<sup>14,19,21,25,28</sup>, pois apareceu apenas em 29% dos casos. E, sua existência, pode ser melhor compreendida e contextualizada em interação com outros fatores.

Por fim, um conjunto de *conflitos familiares e crises conjugais* estiveram entre os fatores precipitantes: (1) crise conjugal ou familiar com dinâmica de violência (dois homens e duas mulheres); (2) separação-indivuação na família, rígidos papéis de gênero, dependência afetiva entre gerações e reação depressiva<sup>19-21,24,28</sup> (um homem e uma mulher); (3) razões morais, no caso de um idoso considerado marido e pai modelo, abafado pelo sentimento de vergonha frente à ameaça de revelação de uma relação extraconjugal e de uma suposta gravidez da amante.

### Considerações finais

Analisaram-se quarenta e nove casos de pessoas idosas entre 60 e 85 anos, fase de maior autonomia, e dois casos de maiores de 85 anos, grupo reconhecidamente mais vulnerável e que requer atenção permanente e especializada. Embora não possam ser generalizados, os resultados refletem o que dizem as abordagens epidemiológicas, como predominância de suicídio de homens, reforçamento como principal meio para se matar e concentração de casos em municípios com menos de 100 mil habitantes.

Diferenças de gênero marcaram a análise. Os homens idosos eram mais escolarizados e casados, trabalhavam na agricultura, em serviços ou em seus próprios negócios, eram provedores da família e tinham função de poder. As mulheres idosas tinham baixa escolaridade, estavam viúvas ou separadas e eram donas de casa ou agricultoras. Os dados indicam que homens e mulheres estão igualmente em risco quando se isolam, se fecham, permanecem calados, deprimidos, introspectivos, solitários e tristes. Em ambos os grupos se encontravam idosos impactados por doenças, deficiências e dores crônicas. Homens são mais afetados por estados depressivos e mulheres por conflitos familiares e conjugais. Entre os homens encontram-se os efeitos do alcoolismo, da vida social conturbada, da

sobrecarga financeira, da aposentadoria com queda de renda, dos abusos físicos ou verbais. Mas há histórias de mulheres infelizes, com falta de sentido da vida e afetadas por perdas, doenças e violência conjugal.

Chama a atenção o modo como a dor e o sofrimento físico desempenham papel importante na fragilização do idoso e no desencadeamento de suicídio, associada ao agravamento de transtornos físicos. Ressalta-se, também, o papel da depressão interagindo com outras variáveis. Ela aparece ora como coadjuvante de complicações físicas e mentais, ora como principal causa quando associada a perdas, quedas abruptas na vida socioeconômica, aposentadoria, endividamento ou processos existenciais de tristeza e melancolia.

Algumas narrativas evidenciaram a importância da presença dos profissionais do SUS no suporte às famílias. Mas a maioria das histórias de vida revela que falta uma atenção diferenciada à pessoa idosa em risco de suicídio e a sua família quando o ato fatal ocorre. Os parentes ficam muito fragilizados, discriminados e sem possibilidade de se expressar na comunidade.

A diversidade da sociedade brasileira aponta para a necessidade de um cuidado na atenção à saúde dos migrantes e seus descendentes, dos índios e seus descendentes e dos pequenos povoados atravessados por diversidade de línguas, raízes culturais, etnias e diferenças de gênero e de tradições e com vida social precária.

Recomenda-se ao setor saúde o estabelecimento de estratégias preventivas que busquem a qualidade de vida dos idosos e combinem apoio social e programas voltados ao atendimento específico. Por exemplo, muitos dos que haviam falecido por suicídio tinham dificuldade de comparecer aos serviços de saúde ou por limitações pessoais, ou porque os familiares não tinham carro, ou simplesmente porque os cuidados de que necessitavam não estavam acessíveis. O crescimento acelerado do número de idosos no país, sobretudo dos grupos acima de 75 anos, exige uma atenção redobrada na prevenção do suicídio.

### Colaboradores

FG Cavalcante e MCS Minayo trabalharam em conjunto na pesquisa e na elaboração do artigo.

## Referências

1. Minayo MCS, Cavalcante FG. É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de Idosos no Brasil e possibilidades de Atuação do Setor Saúde. [Projeto de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves, Fiocruz; 2010.
2. Cavalcante FG, Minayo MCS. Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial. In: Almeida-Prado MCC, organizador. *O mosaico da violência*. São Paulo: Vetor; 2004. p. 371-343.
3. Minayo MCS, Cavalcante FG, Souza ER. Methodological proposal for studying suicide as a complex phenomenon. *Cad Saude Publica* 2006; 22(8):1587-1596.
4. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DDM, Conte M, Figueiredo AEB, Grubtis S, Cavalcante ACS, Mangas RMN, Vieira LJES, Moreira GAR. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
5. Minayo MCS, Grubtis S, Cavalcante FG. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2027-2038.
6. Litman RE, Curphey TJ, Shneidman ES, Farberow NL, Tabachnick N. The psychological autopsy of equivocal deaths. In: Shneidman ES, Farberow NL, Litman RE, editors. *The Psychology of suicide*. Scranton: Science House; 1970. p. 485-496.
7. Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life-Threat Behav*, 1981; 11:195-364.
8. Werlang BG, Botega NJ. Avaliação retrospectiva (autópsia psicológica) de casos de suicídio: considerações metodológicas. *Psicologia (PUCRS)* 2002; 33(1):97-112.
9. Shneidman ES. *Autopsy of a Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2004.
10. Shneidman ES. Suicide, lethality and the psychological autopsy. In: Shneidman ES, Ortega M, editors. *Aspects of depression*. Boston: Little, Brown; 1969.
11. Shneidman ES. The Psychological Autopsy. *Suicide Life Threat Behav* 1981; 11(4):325-340.
12. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-154.
13. World Health Organization (WHO). *Mental Health Suicide Prevention (SUPRE)*. Genebra: WHO; 2007.
14. Bruce ML, Have TRT, Reynolds CF III, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ. Reducing Suicidal Ideation and Depressed Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients. A Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2004; 291(9):1081-1091.
15. Minayo MCS, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RMN. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Rev Saude Publica* 2012; 46(2):300-309.
16. World Health Organization (WHO). *Suicide rates per 100,000*. Genebra: WHO; 2001.
17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Censo Demográfico de 2000: microdados da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
18. Ferreira ARS, Wong LR. Cuidadores informais da população idosa com alguma limitação: estimativas indiretas – Brasil – 2000 a 2015. *Ser Social* 2007; 20:71-104.
19. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31(2):333-356.
20. Mitty E, Flores S. Suicide in Late Life. *Geriatric Nursing* 2008; 29(3):160-165.
21. Beeston D. *Older People and Suicide*. Staffordshire: Staffordshire University; 2006.
22. McIntosh JL, Santos JF, Hubbard RW, Overholser JC. *Elder suicide: research, theory, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 1994.
23. Beautrais AL. Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med* 2001; 31(5):837-845.
24. Conwell Y, Lyness JM, Duberstein P, Cox C, Seidlitz L, DiGiorgio A. Completed suicide among older patients in primary care practices: a controlled study. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(1):23-29.
25. Beck AT, Brown GK, Steer RA, Dahlsgaard KK, Grisham JR. Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1999; 29(1):1-9.
26. Hawton K, Appleby L, Platt S, Foster T, Cooper J, Malmberg A, Simkin S. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998; 50(2-3):269-276.
27. Pinto LW, Silva CMFP, Pires TO, Assis SG, Minayo MCS. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos Municípios Brasileiros no período de 2005-2007. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2003-2009.
28. Minayo MCS, Cavalcante F.G. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44(4):750-757.
29. Bertaux D. *Biography and Society*. The Life History Approach in the Social Sciences. USA: Sage Publications; 1981.
30. Durkheim E. *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
31. Lester D, Thomas CC. *Why People Kill Themselves: A 2000 Summary of Research on Suicide*. Springfield IL: Charles C Thomas; 2000.
32. Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego (MTE). *Classificação Brasileira das Ocupações*. MTE: Brasília; 2002.
33. Silva KCS, *A saúde do idoso na farmácia magistral* [dissertação]. Universidade Veiga de Almeida: Rio de Janeiro; 2011.
34. Kamkhagi D. *O envelhecimento como metáfora da morte: a clínica do envelhecer* [tese]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo: São Paulo; 2007.