

A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio

The clinic of the elderly in a situation of vulnerability and suicide risk

Ana Célia Sousa Cavalcante¹
Selena Mesquita Teixeira Sérvio²
Francisca Regina Amorim Franco³
Valquíria Pereira Cunha⁴
Francisca Verônica Cavalcante⁵
Cidianna Emanuelly Melo do Nascimento⁶

Resumo:

Este artigo objetiva refletir sobre os fatores psicossociais potencializadores de ideações e tentativas de suicídio em idosos. Foi feita uma investigação multicêntrica e interdisciplinar que considerou a situação singular de cada idoso, tendo como parâmetro a “Clínica Ampliada” visando abordar as várias facetas que envolveram o sofrimento dos sujeitos. Os resultados indicam o agravamento de doenças e deficiências, abandono, abusos físicos, psicológicos, financeiros, negligências e autonegligências.

Palavras-chave: ideação suicida; tentativa de suicídio; fatores psicossociais; idoso.

Abstract:

This article aims to reflect upon psychosocial factors that enhance ideations and suicide attempts in the elderly. A multicentric and interdisciplinary research has been done to consider the unique situation of each elder, having as parameter the "Enlarged Clinic" aimed to address the many facets surrounding the suffering of the subjects. The results indicate worsening of disease and disability, abandonment, physical abuse, psychological, financial, neglect and self-neglect.

Keywords: suicidal ideation; suicide attempt; psychosocial factors; elderly.

1.Introdução

O suicídio é um fenômeno humano e universal investigado por diversas áreas do conhecimento científico (MINAYO, CAVALCANTE & SOUZA, 2006; CAMON, 1997; BLEGER, 1984). Nesse sentido, para compreendê-lo utiliza-se a abordagem psicossocial, entendida como uma área de conhecimentos cujo objeto é a intercessão de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, dentro de um contexto sócio-histórico e cultural (VASCONCELOS, 2009).

O comportamento suicida compreende autonegligências, ideações persistentes e tentativas de se matar, assim como a elaboração e o planejamento do método para dar cabo à vida (WHO, 2002). Os vários níveis do pensamento que induzem e incitam ao suicídio se

¹ Universidade Estadual do Piauí e Faculdade Integral Diferencial. E-mail: anaceliasousa@uol.com.br

² Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade de Fortaleza E-mail: selenateixeira@hotmail.com

³ Faculdade Integral Diferencial. E-mail: reginaamorimfranco@hotmail.com

⁴ Faculdade Integral Diferencial. E-mail: psivalquiria@gmail.com

⁵ Prog. de Pós-Graduação em Antropologia da Univ. Federal do Piauí. E-mail: fveronicacavalcante@gmail.com

⁶ Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Univ. Federal do Piauí. E-mail: cidy_mello@hotmail.com

apresentam com intensidades diferentes. Já as tentativas configuram o suicídio que foi frustrado. Um dos grupos de maior risco para suicídio é o dos que já tentaram (BRASIL, 2006; BEAUTRAIS, 2001; CONWELL, DUBERSTEIN & CAINE, 2002). Todo comportamento suicida pode ser compreendido como resultado de intenso sofrimento que leva o indivíduo a preferir a morte em lugar de enfrentá-lo (WHO, 2002).

Esse sofrimento tão insuportável geralmente provém de uma combinação de circunstâncias e problemas: enfermidades mentais, particularmente a depressão; enfermidades físicas incapacitantes e muito dolorosas; abuso de álcool e outras drogas; problemas de ordem familiar e socioeconômicos. Em pessoas idosas esses fatores são usualmente acrescidos pela perda de autonomia e isolamento social (BRASIL, 2006; SÉRVIO & CAVALCANTE, 2013; MINAYO & CAVALCANTE, 2015).

Neste artigo focaliza-se, sobretudo, a presença expressiva de três fatores psicossociais na vida de idosos que tentaram suicídio: a fragilização dos laços familiares, a violência intrafamiliar e a precariedade dos vínculos sociais (BEAUTRAIS, 2001; CONWELL, DUBERSTEIN & CAINE, 2002). Ressalta-se, que os vínculos sociais e os aspectos psicológicos engendrados a partir das redes de sociabilidade desenvolvidas pelos indivíduos e seus grupos, ao longo da vida, exercem influência significativa na maneira como as pessoas envelhecem. Desse modo, o processo de envelhecimento, assim como o comportamento suicida, é resultado de uma construção que o indivíduo faz durante sua existência, envolvendo aspectos do passado que se amalgamam ao presente e influenciam nas perspectivas futuras (SÉRVIO & CAVALCANTE, 2013).

Sabe-se que apenas um único fator não é capaz de explicar tentativas de suicídio. No entanto, mesmo diante da grande quantidade de motivações associadas ao ato, pesquisadores apontam enfaticamente a depressão como mais importante fator de risco associado ao suicídio de idosos. Todavia observa-se na literatura já existente uma lacuna de estudos que enfoquem os fatores de vulnerabilidade que ancoram a depressão (MINAYO & CAVALCANTE, 2015), como é o caso da fragilização dos laços afetivos na velhice provocada pelo ambiente familiar conflituoso, pelas perdas de pessoas amadas e pela violência intrafamiliar.

Destarte, ao analisar os fatores psicossociais associados ao comportamento suicida, adota-se um enfoque sistêmico que leva em conta as singularidades das pessoas idosas, sua vida familiar e comunitária assim como as implicações ambientais e sociais que afetam seu modo de vida. O intuito é que a compreensão desses fatores contribua para o desenvolvimento de ações preventivas eficazes e para a descoberta de novas possibilidades de atuação do setor de saúde, social e de direitos humanos (SÉRVIO & CAVALCANTE, 2013).

2.Percorso Metodológico

Optou-se pelo desenvolvimento de um estudo qualitativo de natureza exploratória e descritiva. Os dados avaliados neste artigo emergem de uma investigação multicêntrica, intitulada “Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública”, vinculada à Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP); Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (CEP/Fiocruz). Todos os participantes foram devidamente informados sobre os reais propósitos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (MINAYO et al, 2013).

Os casos selecionados para análise atenderam aos seguintes critérios de inclusão: idosos de ambos os sexos, em faixa etária compreendida entre 60 e 95 anos de vida e que apresentassem em seus relatos conflitos familiares, violência intrafamiliar e fragilização de laços sociais. Foram excluídos da amostra os idosos com dificuldades mentais de se expressar e narrar sua história,

bem como os que não mencionaram durante a entrevista, conflitos e violência intrafamiliar e fragilização dos laços sociais como questões potencializadoras de suas ideações e tentativas de suicídio.

Em obediência aos critérios citados vale pontuar que do acervo de 87 entrevistas, em 35 estavam presentes os critérios estabelecidos. O estudo contemplou pessoas idosas de nove cidades brasileiras, como segue a descrição por cidade e número de entrevistas analisadas em cada local: Campo Grande (3), Dourados (5), Porto Alegre (7), Teresina (6), Piripiri (3), Fortaleza (6), Recife (5), Rio de Janeiro (6) e Manaus (6).

Trabalhou-se com um roteiro de entrevista semiestruturada contendo informações pessoais, demográficas e sociais, que permitiu organizar as narrativas das próprias pessoas idosas sobre as circunstâncias e razões de suas ideações e tentativas de suicídio¹². Os relatos recolhidos apresentam o modo de vida, os problemas pessoais, familiares, socioeconômicos e de saúde dos participantes, assim como a atmosfera socioemocional que antecedeu às tentativas de suicídio ou a que torna seus pensamentos de dar cabo à vida persistente. Para compilação dos resultados, utilizou-se um roteiro de organização de cada entrevista e uma ficha de levantamento das categorias analíticas.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Sexo	Idade	Natural	Instrução	Est. Civil	Religião	Ocupação	Filhos	Moradia
M	64	CE	EM	Solteiro	Católica	Aposentado	00	Institucionalizado
M	74	RJ	EF	Solteiro	Católica	Motorista	06	Institucionalizado
M	71	RS	Analfabeto	Casado	-	Motorista	05	Família
F	68	CE	EF	Casada	-	Do lar	00	Família
F	87	PI	Alfabetizada	Viúva	Católica	Pensionista	05	Sozinha
F	82	PE	Analfabeta	Viúva	Não possui	Aposentada	03	Família
F	74	PE	EF	Viúva	Católica	Aposentada	07	Família
F	71	PE	EF	Solteira	Espírita	Aposentada	02	Família
F	75	BA	EF	Separada	Católica	Aposentada	01	-
F	77	CE	Analfabeta	Viúva	Católica	-	00	Institucionalizada
F	64	CE	Alfabetizada	Viúva	Católica	Do lar	05	Família
F	73	PI	Alfabetizada	Viúva	Católica	Pensionista	03	Família
F	101	BA	Alfabetizada	Viúva	Católica	Do lar	06	Institucionalizada
F	60	RJ	EF	Separada	Evangélica	Costureira	00	Institucionalizada
F	74	AM	Analfabeta	Separada	Evangélica	Lavadora	15	Família
F	66	RS	Alfabetizada	Casada	-	Do lar	05	Família
F	61	AM	Analfabeta	Separada	Católica	Doméstica	00	-
M	66	AM	Superior	Casado	Católico	Biólogo, Taxista	00	Família

Tabela1 – compilação de dados sociográficos dos idosos que tiveram seus relatos mencionados neste artigo.

Na etapa de tratamento dos dados coletados optou-se pelo método de análise crítico-compreensivo denominado “hermenêutico-dialético” (MINAYO & CAVALCANTE, 2010) cuja proposta se adéqua aos objetivos que se desejava atingir por considerar opiniões, crenças e representações dos sujeitos investigados e as contradições aí empenhadas. Todos os casos levantados foram discutidos a partir das relevâncias (SHULTZ, 1987) apresentadas pela própria

peessoa idosa e que mostraram associação de elementos psicossociais enfocados neste estudo com seu comportamento suicida.

3.Resultados e Discussão

Os estudos que tratam do suicídio devem ser necessariamente interdisciplinares e, portanto, multiprofissionais. Desse modo, buscamos não desvalorizar nenhuma abordagem disciplinar e, sobretudo, considerar a situação singular de cada idoso, tendo como norte a Clínica Ampliada. Abordamos as várias facetas que envolveram o sofrimento dos sujeitos investigados, a fim de possibilitar uma compreensão mais ampla da problemática em questão, reconhecendo a complexidade da clínica. Trata-se de evitar a análise fragmentada do processo privilegiando excessivamente algum saber específico.

Com base nos dados coletados, tornou-se possível elaborar duas categorias analíticas centrais: “relações sociofamiliares no contexto da crise suicida”, que inclui alguns aspectos (conflitos familiares, dependência, estigma, abandono e solidão), e violência Intrafamiliar. No que tange ao critério de organização dessas categorias, elegeram-se os fatores psicossociais associados à tentativa e ideação suicida que mostraram maior evidência durante a análise das entrevistas (HEISEL, 2006).

Relações Sociofamiliares no contexto da crise suicida

A partir de 1960, estudiosos concluíram que o suicídio deveria ser compreendido, também, considerando-se o relacionamento familiar. (ALDRIDGE, 1999; KIMMEL & WEINER, 1995; HENRY et al, 1993; HERÉDIA, CORTELLETTI & CASARA, 2005). Investigadores como Kimmel e Weiner (1995) e Henry et al, (1993)¹⁸ vêm mostrando a relevância dos conflitos domésticos para o aparecimento de ideias persistentes e tentativas de morte auto infligidas em pessoas idosas.

Nessa direção, o olhar para as relações sociofamiliares dos pesquisados traz à tona a importância da família, tanto no tocante aos cuidados e à proteção da pessoa idosa como no desenvolvimento de comportamentos suicidas (HERÉDIA, CORTELLETTI & CASARA, 2005). Visto frequentemente como um ser não produtivo, fora do mercado de trabalho, à margem do tempo atual e, portanto, sem condições de opinar, participar das decisões familiares e sociais, frequentemente os velhos se sentem inúteis, um estorvo ou um problema (LE BRETON, 2001).

Restrição da vida social - Nesta pesquisa se observou que, nos casos estudados, a importância que a família tem para o idoso muitas vezes parece não corresponder à importância do idoso para a mesma. As gerações mais jovens organizam a vida social em torno de pessoas da mesma idade em função de trabalho ou dos estudos, enquanto os mais velhos, com uma vida social mais restrita, particularmente por causa das múltiplas perdas de pessoas referenciais e amigos, parecem estar sempre aguardando a visita de alguém que lhes dê afeto ou uma atenção que não lhes chega (MATOS, 2009), como ficou evidente, nos seguintes fragmentos de fala:

O que eu gostaria muito é que meus filhos me frequentassem mais, assim à noite. Sentar aqui e conversar. Aí fico triste com minha filha, que nem pergunta como eu estou (Idosa, 88 anos, Piauí).

Não sei explicar, desde que “meu velho” morreu, eu não tenho mais vontade de viver, tudo acabou para mim, só tenho a minha filha, se ela morrer, eu morro também. Ninguém vem conversar comigo (Idosa, 82 anos, Pernambuco).

Vários autores concordam que a família, quando funcional, equivale a um suporte basilar para o sujeito, a saber, as relações familiares harmoniosas representam uma força protetora contra o suicídio. Todavia, contextos familiares conflituosos e instáveis ampliam sua vulnerabilidade e seus desejos de dar cabo à vida (COELHO, 2009; CAVALCANTE & MINAYO, 2012; FIGUEIREDO et al, 2012). Nesses dois casos, observa-se o descaso, a pouca compreensão da situação por parte dos familiares e a solidão das duas mulheres idosas citadas, uma em crise pela morte do marido e a outra, abandonada à sua própria sorte.

Frouxidão dos laços familiares - Os estudos sobre suicídio de idosos no Brasil (CAVALCANTE & MINAYO, 2012) ressaltam o isolamento e a solidão como os principais fatores microsociais associados. No caso que retrata uma situação de crise, é importante observar que os recursos psíquicos para seu enfrentamento, em geral, se desenvolvem a partir das relações que o sujeito estabelece ao longo da vida. Relações afetivas fragilizadas e laços familiares inconsistentes foram questões bastante frequentes nos casos analisados, como pode ser percebido nas seguintes locuções:

O motivo era tristeza da família mesmo, me vendo assim rejeitada. Renegada. Isso era uma tristeza muito grande... Aí eu falei assim: “o que eu estou fazendo aqui? Tenho que dar fim na minha vida”. (Idosa, 59 anos, Rio de Janeiro).

Minha família precisava se unir mais, é cada um por si, ninguém dá notícia para ninguém, ninguém se ajuda, pouco se comunicam entre si (Idosa, 74 anos, Pernambuco).

Eu me desentendi com os únicos parentes que tenho. Não gostavam da minha presença (Idoso, 75 anos, Rio de Janeiro).

Nos três casos citados acima, as falas revelam um universo familiar conflituoso e pouco afetivo do qual as pessoas idosas que aí vivem não só compartilharam, mas, em grande parte de sua vida, foram atores principais (BUCHIANERI, 2012) lembra que a maneira como a pessoa vive e se relaciona com o outro se reflete diretamente na organização do seu mundo interior. Desse modo, a qualidade das relações sociofamiliares na constituição desse núcleo de relações primárias, torna-se um ponto crucial para as vivências da velhice.

Outro ponto importante na dinâmica familiar em relação aos problemas de acolhimento e cuidado da pessoa idosa é o de sua acomodação na casa dos filhos quando ela, por uma série de motivos, tem que abonar o lar onde viveu com sua família originária. Na maioria das vezes cabe-lhe se adaptar à nova realidade. Entretanto, esse movimento deveria ocorrer de forma oposta, considerando-se que aos velhos é mais difícil enfrentar novas situações, particularmente, a de residir em um local que não tenda de forma satisfatória suas expectativas e demandas (MATOS, 2009). Tal condição de desconforto do idoso pode ser percebida nos seguintes trechos:

Não estou muito satisfeita não, eu queria a minha casa. Ela está lá fechada, sinto muita saudade. Aqui me sinto isolada porque não vou para lugar nenhum (Idosa, 63 Anos, Piauí).

Eu queria voltar a morar em minha casa, mas as minhas filhas brigam muito uma com a outra e não deixam.... eu fico é assim incomodada porque eu desalojo o dono da casa, da cama, do quarto dele... eu ocupo o quarto do meu neto (Idosa, 83 Anos, Piauí).

A velhice muitas vezes é vista como ônus pelas próprias famílias do idoso, pois, a maioria deles precisa da assistência e da atenção de seus membros (FIGUEIREDO et al 2012); Contudo, essa assistência muitas vezes vem acompanhada pelas dificuldades do convívio intergeracional, pelas necessidades e interesses dos outros membros da família, principalmente quando a pessoa mais velha tem algum tipo de dependência física, cognitiva, osteomuscular ou mental. Assim, pode-se afirmar que os idosos são afetados por mudanças indesejadas nessa última etapa da vida, o que lhes causa perturbações físicas, sociais e emocionais (BIANCO, 2003). Muitos rejeitam a possibilidade de se tornarem dependentes, apresentando grandes dificuldades de adaptação às próprias limitações e necessidades. Alguns se revoltam com sua condição de vida, mostrando-se vulneráveis ao suicídio, como se observa na fala a seguir:

É o que eu penso, se for pra viver jogado em cima de uma cama, então vou aproveitar enquanto eu tenho condição de eu mesmo tirar minha vida. Isso eu chamo uma vida miserável! Se é pra viver uma vida miserável dessa, eu quero estar morto! (Idoso 65 Anos, Manaus).

O impacto das mudanças e perdas na velhice - Frequentemente, quando uma pessoa se torna incapaz de lidar com pequenas coisas, como sair de casa para um passeio ou de se lembrar da alteração de lugar de um objeto ou móvel dentro de sua casa ela se deprime e se isola. Também, a perda de um ente querido e da funcionalidade para o trabalho influencia negativamente na forma de uma pessoa idosa se colocar no mundo, como ilustrados nos trechos a seguir.

Achava que a vida não tinha mais sentido depois de eu ter perdido meus filhos, parece que morre também um pedaço nosso, ficam só os caquinhos (Idosa, 71 Anos, Pernambuco).

Compartilhando de uma dor semelhante um idoso de Manaus afirma: Só depois da morte do meu filho, descontrolou toda a nossa família. Nossa família foi destruída. Tenho pensando em ir pra encontrar com meu filho. É muita saudade. Me dizem: “vai rezar...”, mas não é o problema de reza, é problema de falta de carinho (Idoso, 66 Anos, Manaus). No primeiro e segundo relatos, a situação se agravou quando a pessoa sentiu que não recebeu apoio psicológico ou social para viver o luto e superar a tristeza (BIANCO, 2003).

No relato a seguir, o idoso não foi preparado para buscar um novo sentido da vida.

Há poucos anos atrás, eu tinha aquele lazer, porque para mim, o trabalho sempre foi um remédio. Eu ia trabalhar, eu arrumava mais amizade, disfarçava mais, brincava bastante, hoje eu não posso trabalhar eu me sinto no meio de quatro paredes (Idoso, 71 anos, Rio Grande do Sul).

O reconhecimento do valor social do trabalho e repúdio a tudo aquilo que se refere ao tempo da não produção e não atarefamento, comuns em tempos atuais, sustenta a sensação de inutilidade por parte do idoso. Observa-se a condição de sofrimento do indivíduo que desloca o sentido da sua existência a ocupações ligadas ao trabalho, à medida que quando se ausenta de suas atividades laborais tende a se sentir sem norte em relação à vida.

Essa realidade tem anestesiado o potencial reflexivo do ser humano, impossibilitando a existência do tempo criador de si e fortificador de um sentido para a existência. A falta de apoio e as perdas costumam levar a um aumento do sentimento de inutilidade e à ideia de que a pessoa idosa se torna um peso para os seus familiares.

Outra vivência comum da velhice é a de dependência caracterizada pela impotência do indivíduo de viver satisfatoriamente sem a ajuda de outras pessoas (BIANCO, 2003) o que é evidenciado em três dimensões: física, estrutural e comportamental. A dependência física está

relacionada à falta de capacidade funcional para realizar as atividades básicas e instrumentais da vida diária, como tomar banho, cuidar da aparência, alimentar-se, fazer compras, e outras. A dependência estrutural diz respeito à perda do papel produtivo na sociedade e na família provocada pela aposentadoria ou por fragilidades físicas e mentais. A dependência comportamental se refere a uma expectativa, geralmente não cumprida, de receber dos filhos a reciprocidade pela dedicação ao longo da vida.

O estigma social da velhice - De acordo com Pacheco e Carlos (2006), muitos fatores podem dificultar uma velhice tranquila, dentre os quais é possível destacar: a forma como os idosos são encarados pela sociedade, como improdutivos e inativos, o que lhes ocasiona um sentimento de menos-valia e golpeia sua autoimagem; o rompimento abrupto das relações sociais com os amigos, colegas e clientes do trabalho com os quais conviveu; o afastamento da rede de contatos que pode provocar um sentimento de vazio e isolamento; a redução de atividades que poderiam constituir alternativas ao mundo do trabalho como participação em clubes, trabalhos voluntários, esportes, viagens, atividades religiosas e outras; e o despreparo familiar para acolher em tempo integral aquele ou aquela que na maioria das vezes, durante muitos anos, esteve ausente grande parte do seu dia a dia, ainda que com o objetivo de manter o sustento da família.

Da parte da sociedade e das famílias há muitas ideias equivocadas acerca da velhice, naturalizada como problema que deve a qualquer custo ser tratado e combatido, o que acaba por reforçar a noção estereotipada dessa fase da vida. Crenças errôneas associam a velhice a declínios, perdas de diferentes ordens, fraqueza e inutilidade, ou seja, ônus para a sociedade e para aqueles que se responsabilizam pelo idoso (RODRIGUES, 2008):

Eu queria sumir, não dar mais trabalho, se eu soubesse, já tinha ido embora daqui, fico triste porque os filhos ficam sempre aqui e parece que a gente atrapalha eles (Idosa, 96 Anos, Mato Grosso Do Sul).

Velhice é uma porcaria! Eu não aceito ser rotulado de velho, e eu só vou viver enquanto eu for autônomo, ter autonomia, puder cuidar de mim, pois quando eu não puder e me der conta disso eu apago a vela (Idoso, 68 Anos, Ceará).

Eu olho no espelho e me assusto. Eu já nem olho na frente do espelho, olho por trás dele (Idosa, 75 Anos, Mato Grosso do Sul).

As pessoas idosas das quais se ocupa este estudo cultivam a noção estigmatizada da velhice, internalizando de diversas formas, as desvantagens sociais a ela associadas (SCHNEIDE & IRIGARAY, 2008; MOREIRA & NOGUEIRA, 2008). Sobre o estigma social que ainda acompanha a velhice Goldfarb (2006) ressalta que:

O lugar social do idoso seria quase um não lugar, pois, embora a partir dos investimentos das últimas décadas sejam reconhecidos como sujeitos, sendo incluídos no panorama cultural contemporâneo (até porque seria impossível não incluir o grupo etário que mais cresce), os velhos são empurrados para as bordas da estrutura social, reconhecidamente obrigados à subjetividade ancorada na passividade, à pobreza de trocas simbólicas e à renúncia ao papel de agentes sociais. São empurrados em direção à perda de todo poder, até sobre si mesmos (p. 78).

Entretanto, torna-se essencial destacar que cada pessoa idosa reage diferentemente e de maneira peculiar aos mitos negativos e as imposições advindas desse estigma social, em

concordância com o suporte afetivo que possuem e pela forma como realizou sua trajetória de vida (MORI, 2006).

Segundo Carvalho e Papaléo (2006), é importante que se considere o relacionamento idoso-família do ponto de vista ético. É costume que, principalmente a mulher nessa faixa etária, valorize a família como algo essencial. Essa atitude decorre não somente da ampliação das necessidades típicas da velhice, mas também pela forma como ela vê a vida. Quando ausente ou afastada dos familiares, o sentimento de inutilidade e de perda de sentido existencial se aguça, levando a pensamentos e atos de auto-eliminação (Herédia; Cortelletti; Casara, 2005) como se evidencia na seguinte fala:

O que eu sentia é que eu vivia muito só e não ter uma pessoa que eu conversasse para me distrair! Ai eu me sentia abandonada, isolada das pessoas. Penso muito, às vezes eu penso em me matar (Idosa, 77 anos, Ceará).

Nesse caso citado acima, o isolamento e a inatividade são fatores muito fortes para ideação suicida. Mas, muitas vezes para o idoso viver com os filhos não é garantia de presença de respeito e prestígio, tampouco da ausência de maus tratos, pois quando não tem com quem conversar, sua voz não é ouvida, suas opiniões e desejos são desimportantes (FRANÇOSO, 2007). Em suma, para a pessoa idosa, nessa etapa da vida a qualidade das relações e do apoio familiar e social adquirem grande importância, sendo essenciais para seu bem-estar e a garantia de cuidados.

Violência intrafamiliar associada ao comportamento suicida

Outro fator bastante evidente nos discursos dos idosos associado a pensamentos e atos de dar cabo à vida é a violência de que são vítimas em todas as classes e em todas as culturas. Tomando-se como guia o Estatuto do Idoso, a violência contra a pessoa idosa pode ser definida como “qualquer ação ou omissão, que resulte em óbito ou em danos emocionais ou físicos, praticada em local público ou privado” (BRASIL, 2004). E segundo a Rede Internacional para a Prevenção de Abusos ao Idoso, a define como, “ato único ou repetido, ou falta de uma ação apropriada, que ocorre no âmbito de qualquer relacionamento onde haja uma expectativa de confiança e que cause dano ou angústia a uma pessoa mais velha” (SILVA, 2008, p. 60).

Quintas e Cortina (2010) afirmam que são registradas aproximadamente oito queixas por dia de algum tipo de violência contra a pessoa idosa e a maioria é cometida dentro de casa. As estatísticas mostram que em 80% dos agressores são um familiar ou alguém próximo ao idoso. A violência contra a pessoa idosa que ocorre no interior das famílias, equivale a uma das formas mais nocivas de relação. E os idosos mais expostos são os que apresentam dependência física ou mental, principalmente déficits cognitivos, alterações de sono, incontinência ou dificuldades de locomoção, necessitando, por isso, de cuidados intensivos para o desempenho de suas atividades do dia a dia. Para um idoso maltratado, denunciar o familiar que o vitima é, ao mesmo tempo, correr o risco de ser mais maltratado (SOUZA et al, 2008).

A violência física consiste em usar de força para obrigar o idoso a fazer algo contra sua vontade, machucá-los, ou mesmo provocar sua morte. Estima-se que numa perspectiva global, de 5 a 10% de idosos sofram violência física por meio de empurrões, agressões com cintos, espancamento com objetos de casa e armas (MINAYO, 2014).

Ele disse ‘agora eu vou te matar, vou te dar um monte de facada...chegou um ponto que ele me agredia todo dia, e eu vivia com aquilo na minha cabeça e isso tudo vai machucando a gente, com nomes, com palavrões que ele ia me machucando. Aí nesse dia eu disse: ‘vou sair, quando chegar não quero lhe encontrar mais em casa’. Quando eu cheguei e vi a casa vazia, eu quase endoidei. Não é fácil pra gente aguentar viver

ARTIGOS TEMÁTICOS

aquilo... Às vezes a pessoa fica tão desesperada e pensa assim: meu Deus, eu quero me ver livre disso (Idosa, 61 anos, Manaus) .

A violência psicológica equivale a agressões verbais ou gestuais que causam sofrimento mental intenso por meio de humilhações, imposições de ideias que aterrorizem o idoso, aprisionamento, isolamento do convívio com outras pessoas, discriminação e menosprezo. Em geral, essa forma de violência é difícil de ser percebida externamente (BRASIL, 2006).

Estudos apresentam que o sofrimento mental decorrente de violência psicológica tem forte vinculação com o surgimento da depressão e de comportamentos autodestrutivos, que têm no suicídio seu ponto máximo¹³. Ilustra-se esse tipo de violência com o relato de uma das entrevistadas:

Meu marido fica me xingando. Aquilo me machuca, aquilo me faz mal e meu coração começa a ter ansiedade, me tira o gosto de tudo, eu não tenho prazer, não tenho alegria de viver (Idosa, 66 anos, Rio Grande do Sul).

Uma forma de violência recorrente é o abandono, que se manifesta pela ausência ou deserção dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestação de socorro a uma pessoa idosa que necessite de proteção. A negligência refere-se à recusa ou à omissão de prestação de cuidados devidos e necessários por parte dos responsáveis familiares ou institucionais (BRASIL, 2006). O relato que segue ilustra os dois últimos tipos de violência aqui mencionados:

Passei a ser tratada como um bicho, ninguém vem aqui, ninguém conversa comigo, me isolaram total, é desprezo total (Idosa, 82 anos, Pernambuco).

A negligência e o abandono são as formas de violência contra os idosos mais presentes nas falas dos entrevistados. Essa forma de violência é referida nos relatos a seguir:

Três meses atrás levei uma queda na casa da minha filha. Ninguém prestou socorro, ela nem se importou e não me levou ao médico. Nove dias depois pedi para meu filho me levar no médico. O médico deu aquela bronca 'como vocês deixam a mãe de vocês assim?

A prática desse tipo de violência ocorre muitas vezes de forma sutil, sem ser percebida, no entanto o seu efeito pode ser devastador, direcionando a vítima a um estado de tristeza profunda e, sobretudo a sensação de desvalor.

Em casos de maior comprometimento, a vítima pode enxergar o suicídio como uma opção para interromper o sofrimento vivido. Tal relação pode ser vista no trecho a seguir, proferido por uma idosa do Piauí:

O que mais me deixa triste é a minha filha não ser ligada em mim. Podia dizer: eu vou aqui ver como é que a mamãe amanheceu. Tem noite que ela sai daqui, eu fico chorando. Porque olhe, eu lhe digo com sinceridade, tem vez que eu, várias vezes, tive vontade de me suicidar (Idosa, 87 anos, Piauí).

A falha referente aos cuidados e responsabilidades à pessoa idosa podem configurar negligência, ensejando assim, uma violência que acomete o abandono de afeto e resulta na percepção de se estar sozinho.

Vale acrescentar que quando o idoso colabora economicamente com a família, observa-se uma prevalência de abuso financeiro, que vai desde a exploração inadequada ou fora da lei até o uso não permitido por eles, de seus bens financeiros e patrimoniais.

Minhas filhas não gostam que eu tenha dinheiro e amigos. Elas tiraram tudinho de mim. É como se esse corpo aqui não servisse mais para nada, então a gente pega e joga no lixo. Eu oro, peço, peço e ele ajuda a me livrar dessa tristeza. O único meio que eu achava que esquecia era morrendo. Aí eu comprei o veneno de rato, preparei com água (Idosa, 74 anos, Manaus).

Comumente esses idosos nem mesmo percebem que estão sendo abusados economicamente, pois encontram-se em situação de múltipla dependência, cuja autonomia é perdida, sendo impossibilitados de gerir os próprios bens e recursos financeiros, abrindo assim, espaço para abusos dessa natureza.

A autonegligência refere-se aos comportamentos do idoso que colocam sua segurança e saúde em perigo, à recusa em agir de forma prudente em relação a si mesmo. As autonegligências também podem ser vistas como comportamentos suicidas, à medida que comumente possuem como intenção final a própria morte, como ilustrado na fala a seguir:

Eu pensava que não comendo, não dormindo, sem tomar meus remédios minha vida ia findar, acabar assim bem tranquila, em casa, sem perturbar ninguém (Idosa, 80 anos, Pernambuco).

A violência enquanto violação dos direitos do idoso - A constatação dessa violência pressupõe a realização de um diagnóstico mais preciso, pois sua ocorrência pode apontar a presença de outros tipos de violência, ou de transtornos mentais (BRASIL, 1994) como os já acima referidos. As marcas deixadas pela agressão, seja ela qual for, despertam no idoso o sentimento de incapacidade de lidar com os filhos, os netos, o companheiro, e de enfrentar o mundo que o cerca, deixando à mostra toda a sua fragilidade e limitações (OLIVEIRA, 2012).

Entende-se que os idosos contemplados nesse estudo tiveram seus direitos violados, à medida que ilustram através dos relatos de suas vidas uma velhice desprotegida e negligenciada, incluindo em alguns casos maus tratos psicológicos, abusos financeiros e violência física. Desse modo, concorda-se que essa violação parte de uma questão social e estrutural, na qual não somente a Instituição família tem responsabilidades, haja vista que necessita-se de uma intervenção do Estado para proteção desses idosos, sobretudo, por meio do cumprimento das leis e execução de políticas e ações que garantam os direitos do idoso a uma velhice digna.

Em suma a violência gera diversas consequências nocivas na vida da pessoa comprometendo sua qualidade de vida. Deve ser percebida como uma grave violação dos direitos humanos que distancia a vítima da condição de se desenvolver de forma saudável (WHO, 2010; PESCE, 2009), podendo ser associada à baixa autoestima, ao surgimento de transtornos mentais e a tendências suicidas (PESCE, 2009; KUNST, WINKEL & BOGAERTS, 2010).

Vale frisar a forte relação existente entre comportamentos suicidas e relações familiares disfuncionais, especialmente quando ilustradas com práticas violentas entre seus membros. Assim, a violência intrafamiliar é considerada um relevante fator de risco incitante de condutas suicidas (BOSTIK & EVERALL, 2006; ESPINOZA-GOMEZ ET al, 2010).

Faz-se necessário pontuar que frequentemente a violência intrafamiliar contra o idoso é resultante da inabilidade dos parentes para lidar com as adversidades que surgem no envelhecimento como crises financeiras e de adoecimento, o que exige mudanças na rotina familiar. Desse modo, HJELMELAND (2011), assim como outros estudiosos, ressalta que o tipo

de ambiente no qual o sujeito se insere desempenha uma função protetora ou ampliadora do risco de suicídio.

4. Considerações finais

Conhecer a clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco e diferenciar os fatores psicossociais que predispõem um idoso a tentar dar cabo da própria vida é fundamental para que se criem programas eficazes e efetivos de prevenção, o que implica, em primeira instância, proporcionar-lhe melhores condições de vida, oportunidades e recursos necessários ao enfrentamento do envelhecimento. Dentre essas condições estão o exercício pleno dos direitos básicos de alimentação, moradia e realização pessoal. Pode-se observar que tudo isso depende mais da sociedade do que do próprio idoso, uma vez que o bem-estar na velhice está usualmente relacionado à possibilidade de a pessoa se sentir um cidadão útil para seu grupo social, ou protegido quando sua autonomia vai se esvaindo.

Entende-se que determinadas condições psicossociais conduzem o idoso a desmotivar-se em relação à própria vida e a perder o sentido existencial. A falta de perspectiva em relação a uma velhice satisfatória decorre, na maioria dos casos estudados, da frouxidão dos laços afetivos, do enfraquecimento da vida social e dos sofrimentos advindos da desvalorização da pessoa, dos maus tratos e do isolamento e da solidão.

Assim, por meio dessa análise psicossocial, notadamente a fragilização dos vínculos familiares assume uma posição de destaque, indicando que determinadas relações, geradas nos grupos de socialização primária, potencializaram o sofrimento dos idosos investigados, e nos casos mais graves, impulsionaram-lhe o comportamento autodestrutivo.

Em contrapartida, leva-se em conta que o núcleo familiar que valoriza seus idosos carrega em seu cerne uma força protetora para diferentes formas de adoecimento psíquico na velhice. Vale ressaltar que esses benefícios se irradiam a todos os que convivem com a pessoa idosa. O ambiente familiar e social agradável, compreensivo e saudável permite que os mais velhos contribuam com sua experiência e, em troca, reconheçam as riquezas intergeracionais.

É importante que as famílias tomem ciência de que diante da problemática do suicídio ninguém é onipotente e onisciente. Por isso, não é sempre possível prever ou tomar medidas cabíveis, pois o suicídio ocorre por uma série de fatores combinados que intensificam o desejo de morte. Mas, as narrativas dos idosos apontam o quanto o ambiente familiar pode contribuir para que queiram abreviar a vida e seus sofrimentos.

Por fim, é fundamental dizer que não se pode colocar apenas na família o ônus do cuidado e da qualidade de vida dos idosos. É fundamental que o Estatuto do Idoso seja colocado em prática também quanto ao apoio da comunidade e dos programas sociais e de saúde. O envelhecimento no Brasil é um fenômeno irreversível. E não se pode mais negligenciar a criação de equipamentos sociais e de saúde que beneficiem os idosos, apoiem seus familiares e que se responsabilizem pelos cuidados adequados aos que têm uma vida ativa e aos que são dependentes.

Referências Bibliográficas

- ALDRIDGE, D. (1999). *Suicide: the tragedy of helplessness*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- BEAUTRAIS, A.L. (2001). Suicides and serious suicide attempts: two populations or one? *Psychol Med*. Cambridge, 31(5), p.837-45.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Estratégia nacional de prevenção do suicídio. *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas.

BIANCO, M.A. (2003). “Relação de ajuda: um estudo sobre idosos e seus cuidadores familiares”. Monografia de Graduação em Psicologia. Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

BLEGER, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

BOSTIK, K.E.; EVERALL, R. (2006). In my mind I was alone: Suicidal adolescents' perceptions of attachment relationships. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 28 (3), p. 269-287.

BRASIL (2004). *Estatuto do Idoso*: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Cap. IV, art. 19 §1º do Estatuto do Idoso. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.

BRASIL (1994). *Lei nº 8.842*, de 4 de janeiro. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências.

BUCHIANERI, L.G.C. (2012). “Velocidade e tédio: o paradoxo da adolescência no mundo contemporâneo”. Tese de doutorado em Psicologia. São Paulo: Faculdade de Ciências e Letras, Unesp.

CAMON, V.A. (1997). *Psicoterapia existencial*. São Paulo: Livraria Pioneira; 1997.

CAVALCANTE, F.G; MINAYO, M.C.S (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 17(8), p. 1945-54.

CARVALHO FILHO, E.T.; PAPALÉO NETTO, M. (2006). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu.

COELHO, E.R.; AZEVEDO, F.; GAUER, G.J.C.; CATALDO NETO, A (2009). Suicídio de internos em um hospital de custódia e tratamento. *J. Bras. de Psiquiatria*. 58(2), p.92-96.

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

ESPINOZA-GOMEZ, F.; ZEPEDA-PAMPLONA, V.; HERNÁNDEZ-BAUTISTA, V.; HERÁNDEZ-SUÁREZ, C.M.; NEWTON-SÁNCHEZ, O.A.; PLASENCIA-GARCIA, G.R. (2010). Violencia doméstica y riesgo de conducta suicida en universitarios adolescentes. *Salud Publica Mexico*, 52(1), p.213-219.

FIGUEIREDO A.E.B.; SILVA, R.M.; MANGAS, R.M.N.; VIEIRA, L.J.E.S.V; FURTADO, H.M.J.; GUTIERREZ, D.M.D.; SOUSA, G.S. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciênc. Saúde coletiva*. Rio de Janeiro. Agosto 17(8), p.1993-2002.

FRANÇOSO, F.G. (2007). A Ressocialização do Idoso a partir da Comunicação através da Atividade Física. Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo.

GOLDFARB DC. (2006). Velhices fragilizadas: espaços e ações preventivas. In: Vários Autores (orgs). *Velhices: reflexões contemporâneas*. vol. 1. São Paulo: SESC, PUC.

HEISEL MJ (2006). Suicide and its prevention among older adults. *Can J Psychiatry*; 51(3), p.143-154.

HENRY, C; STEPHENSON, A.; HANSON M.; HARGETT, W. (1993). Adolescent suicide and families: an ecological approach. *Adolescence*. 28(110), p. 291-308.

HERÉDIA, V.B.M.; CORTELLETTI, I.A.; CASARA, M.B. (2005). Abandono na velhice. Textos sobre envelhecimento. Rio de Janeiro. 8(3), p.307-319. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300002&lng=pt

KIMMEL, D.C.; WEINER, I.B. (1995). *Adolescence: a developmental transition*. New York: J. Willey.

- KUNST, M.; WINKEL, F. W.; BOGAERTS, S. (2010). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among victims of violence applying for state compensation. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), p.1631-1654.
- LE BRETON, D. (2001). *Antropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- MATOS, E.T.B.(2009). Família com idosos. In: Osorio, L.C. et al. *Manual de terapia familiar*. Porto Alegre: Artmed; p.312-320.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G; SOUZA, E.R.(2006). Proposta metodológica para abordagem de suicídio como fenômeno complexo. *Cad. Saúde Pública*. 22(8), p.1587-1596. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800007>.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G (2015). Tentativa de suicídio entre idosos: revisão de literatura (2002-2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, no prelo.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G; FIGUEIREDO, A.E.B.; MANGAS, RM. (2013).“Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública”. Projeto de Pesquisa. Rio de Janeiro: Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), Fiocruz.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. (2010).Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*. 44(4), p,750-757.
- MINAYO, M.C.S.(2014). Múltiplas faces da violência contra a pessoa idosa. *Revista Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento*. São Paulo: Sesc São Paulo, 25(60), p.10-27.
- MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F.N.N. (2008). Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia USP*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 19(1), p.59-79.
- MORI MM. (2006). “Aposentadoria e trabalho: investigação sobre a (re)inserção do idoso no mercado de trabalho”. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- OLIVEIRA, M.L.C; GOMES, A.C; AMARAL, C.P.M.; SANTOS, L.B. (2012) Características dos idosos vítimas de violência doméstica no Distrito Federal. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro. 15(3), p.555-66.
- PACHECO, J.L.; CARLOS, S.A. (2006). Relações do homem com o trabalho e processo de aposentadoria. In: Freitas, E.V. et. al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.1388-93.
- PESCE, R. (2009). Violência familiar e comportamento agressivo e transgressor na infância: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*,14 (2), p.507-518.
- QUINTAS, M.L.; CORTINA, I (2010). Violência contra o idoso no ambiente familiar. *Revista de Enfermagem UNISA*, 11(2):120-124.
- RODRIGUES, P.K.A. (2008). “O discurso da publicidade brasileira: construção e desconstrução de estereótipos da velhice”. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- SCHÜTZ, Alfred (1987). *The Phenomenology of the Social World*. Evanston: Northwestern University Press.
- SÉRVIO, S.M.T.; CAVALCANTE, A.S. (2013). “Do envelhecimento indesejável ao suicídio anunciado: recortes de uma autópsia psicossocial”. Disponível em: http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/2013/selena_mesquita_teixeira_7ed.pdf
- SÉRVIO, S. M. T., & CAVALCANTE, A. S. (2013). Retratos de Autópsias Psicossociais sobre Suicídio de Idosos em Teresina. Com. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(núm. Esp.), p.170-181.
- SCHNEIDER, R.H.; IRIGARAY, T.Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. Psicol*. Campinas. 25(4), p.585-93.

ARTIGOS TEMÁTICOS

SILVA, M.J.; OLIVEIRA, T.M.; JOVENTINO, E.S; MORAES, G.L.A. (2008). A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(1):124-36.

SOUZA, E.R.; RIBEIRO, A.P.; ATIE, S.; SOUZA, A.C.; MARQUES, C.C. (2008). Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 13(4), p.1153-63.

VASCONCELOS, E.M. (2009). *Abordagens Psicossociais*, v. 1: história, teoria e prática no campo. São Paulo: Aderaldo & Rothschild.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002). *World Report on Violence and Health*. Genève.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010). *IMAI one-day orientation on Adolescents living with HIV*. Participants manual. Facilitator guide, Geneva.

Recebido em: 02/10/2014

Aprovado em: 13/05/2015