

ALESSANDRA LUMI USSAMI

**UMA LEITURA PSICANALÍTICA DE UM CASO DE
SUICÍDIO EM IDOSO**

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2013

ALESSANDRA LUMI USSAMI

**UMA LEITURA PSICANALÍTICA DE UM CASO
DE SUICÍDIO EM IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, área de concentração: Psicologia da Saúde, sob a orientação do Profa. PhD. Sonia Grubits.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DOM BOSCO (UCDB)

MESTRADO EM PSICOLOGIA

CAMPO GRANDE-MS

2013

Ficha Catalográfica

Ussami, Alessandra Lumi
U87L Uma leitura psicanalítica de um caso de suicídio em idoso /
Alessandra Lumi Ussami; orientação, Sonia Grubits. 2013.
110 f. + anexos


Dissertação (mestrado em psicologia) – Universidade Católica Dom
Bosco, Campo Grande, 2013.

1. Idosos - Suicídio 2. Psicanálise. 3. Psicologia social I. Grubits,
Sonia II. Título

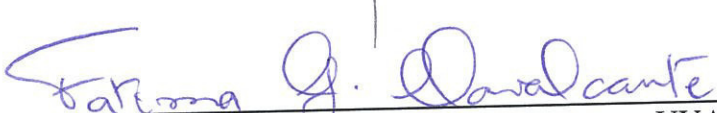
CDD – 616.8917

A dissertação apresentada por **ALESSANDRA LUMI USSAMI**, intitulada “**UMA LEITURA PSICANALÍTICA DE UM CASO DE SUICÍDIO EM IDOSO**”, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em PSICOLOGIA à Banca Examinadora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), foi.....

BANCA EXAMINADORA



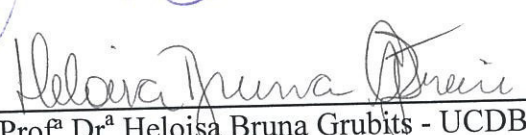
Profª Drª Sonia Grubits - UCDB (orientadora)



Profª Drª Fátima Gonçalves Cavalcante – UVA



Profª Drª Anita Guazzelli Bernardes - UCDB



Profª Drª Heloisa Bruna Grubits - UCDB

Campo Grande-MS, 12 de junho de 2013.

Em forma de homenagem, gostaria de dedicar este trabalho aos familiares dos idosos que cometeram o suicídio, que abriram as portas das suas casas, desnudando suas histórias, dor, tristeza, angústia e saudade daqueles que se foram, se dispondo a falar sobre um tema tão delicado de suas vidas. A estas pessoas que me acolheram sempre com carinho e que me proporcionaram um amadurecimento como pesquisadora e também como pessoa.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer à minha mãe, Kimiko, e aos meus irmãos, Leonardo e Márcio, que sempre me incentivaram e me apoiaram. Eles sempre acreditaram na minha capacidade, oferecendo seu amor e cuidados. Participaram dos momentos difíceis e também vibraram comigo em todos os momentos da minha vida. Espero que vocês se orgulhem deste meu trabalho.

Aos meus amigos Adriana, Nelson e Luciana, que sempre estiveram ao meu lado, torcendo pelas minhas conquistas, e que foram compreensivos em minhas muitas ausências durante a confecção deste estudo.

À minha orientadora, Profa. Dra. Sonia Grubits, que sempre acreditou em meu potencial, me apoiou nos momentos de incerteza e me incentivou para meu crescimento profissional e pessoal.

Às coordenadoras da pesquisa da qual este trabalho é resultado, Profa. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo e Profa. Dra. Fátima Gonçalves Cavalcante, pela oportunidade de participar de seu estudo, o qual me proporcionou a ampliação do conhecimento sobre o tema do suicídio. A sensibilidade, delicadeza e cuidado com os quais as pesquisadoras abordam o assunto resultou em um aprendizado inestimável.

A todos os familiares e pessoas próximas dos idosos que cometeram o ato suicida, os quais se dispuseram a participar da pesquisa e me proporcionaram uma experiência inesquecível, sempre me recebendo com carinho e atenção em suas casas e locais de trabalho para falar sobre um assunto tão delicado.

Às colegas de pesquisa Fabiane de Oliveira Vick, Amanda de Deus e Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri, pelo apoio, colaboração, empenho e amizade compartilhados durante o trabalho de campo à análise dos resultados.

A toda equipe de Docentes do Programa de Mestrado e Doutorado em Psicologia da UCDB por terem compartilhado seu vasto conhecimento durante minha passagem como mestranda, sempre com dedicação e gentileza.

À Luciana Fukuhara, a minha gratidão e reconhecimento por sua dedicação.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que estiveram envolvidas, direta ou indiretamente, na realização desta pesquisa.

Muito obrigada!

**Tenho dó das
Estrelas**

*Tenho dó das estrelas
Luzindo há tanto
tempo, Há tanto
tempo... Tenho dó
delas.*

*Não haverá um
cansaço Das coisas,
De todas as coisas
Como das pernas ou de um braço?*

*Um cansaço de
existir, de ser,
Só de ser,
O ser triste brilhar ou sorrir...*

*Não haverá, enfim,
Para as coisas que
são, Não a morte,
mas sim
Uma outra espécie de fim,
Ou uma outra grande razão
– Qualquer coisa assim
Como um perdão?*

Fernando Pessoa (1888-1930)

RESUMO

O presente trabalho constitui-se num estudo de caso de suicídio de um idoso e tem como objetivo realizar uma análise interpretativa alicerçada na teoria psicanalítica, buscando-se compreender e esclarecer a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontrava a pessoa que cometeu esse ato. Iniciou-se com dados referentes ao envelhecimento populacional e com informações sobre o suicídio em idosos, apontado por diversas pesquisas como o grupo em que a possibilidade de ocorrer o evento é mais alta, principalmente em homens. Em seguida, abordaram-se alguns postulados teóricos de Sigmund Freud sobre o assunto, reunidas às conceituações de Roosevelt M. S. Cassorla sobre a morte autoinfligida. Posteriormente descreveu-se outro estudo, no qual se derivou o trabalho, intitulado *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde* (2010), de abrangência nacional, que teve como objetivo realizar um estudo estratégico sobre a magnitude e a significância do suicídio na população brasileira acima de 60 anos de idade; juntamente com a ferramenta utilizada, que se denomina autópsias psicológicas e psicossociais. Essa técnica de investigação é entendida como uma estratégia de coleta de dados que visa integrar questões antropológicas e sociais ao exame dos estados emocionais das pessoas que cometeram suicídio. Em seguida se descreve sucintamente como se chegou até o caso durante o trabalho de campo. Esse ocorreu na cidade de Dourados, MS, que foi selecionado por apresentar altas taxas de ocorrência desse evento. O relato e a discussão dele nos apresenta um homem idoso que fez uso de arma de fogo para consumir o ato suicida. Muitos aspectos de sua história de vida confirmam os dados de diversas pesquisas que apontam a aposentadoria e a ocorrência de enfermidades crônicas degenerativas que causem perda de autonomia e ocasionem a depressão como importantes fatores que deixam os homens mais propensos a se suicidar. Por fim, a teoria psicanalítica, através de seus conceitos de pulsões de morte e pulsões de vida e do inconsciente, auxilia-nos a ampliar nosso conhecimento sobre o tema.

Palavras-chave: Suicídio em homens idosos. Autópsias psicológicas e psicossociais. Teoria psicanalítica.

ABSTRACT

The present paper is about a case study of an elderly suicide man with the aim of carrying out an interpretative analysis grounded in the psychoanalytic theory, seeking to understand and clarify the dynamic intrapsychic and intersubjective in which the person who committed that act was. This study began with the relating data of the population aging and with the information about suicide among elderly people, pointed out as the group where the possibility of occurrence is higher, especially in men. In sequence, a few theoretical postulates of Sigmund Freud on the subject, were accosted, gathered to conceptualizations of Roosevelt M. S. Cassorla about the self-inflicted death. Later, another study was described, in which we derived the study, *Is it possible to prevent the advance of the end? Suicide of elderly people in Brazil and possibilities of interferences by the health sector*, nationwide, which aimed to carry out a strategic study on the magnitude and significance of suicide in the Brazilian population aged over 60 years old; this was the research from which the work originated, along with the tool used, which is called psychological autopsies and psychosocial. This technique of research is understood as a data collection strategy that aims to integrate social and anthropological examination of the emotional states of people who have committed suicide. It is then briefly described the way the case has approached the fieldwork. This case has occurred in the city of Dourados – MS, which was selected for having high rates of occurrence in such events. The report and the discussion presents an old man who made use of a firearm to consummate the act of suicide. Many aspects of his life story confirms the data of several studies that point to retirement and the occurrence of chronic degenerative diseases that cause loss of autonomy and bring about depression as an important factor that lead men more likely to commit suicide. Finally, the psychoanalytic theory, through its concepts of instincts of death and life instincts and the unconscious, help us to broaden our knowledge on this subject.

Keywords: Suicide in elderly men. Psychosocial and psychological autopsies. Psychoanalytic theory.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUICÍDIO DENTRO DO CONTEXTO PSICANALÍTICO	19
2.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE	20
2.2 SUICÍDIO EM IDOSOS	26
2.3 ENVELHECIMENTO E VELHICE SOB A ÓTICA DA TEORIA PSICANALÍTICA	32
2.4 O SUICÍDIO SOB A ÓTICA DA TEORIA PSICANALÍTICA	44
3 OBJETIVOS	56
4 MÉTODO	58
4.1 MÉTODO QUALITATIVO DE PESQUISA	59
4.2 ESTUDO DE CASO	63
4.3 DESCRIÇÃO DA PESQUISA “É POSSÍVEL PREVENIR A ANTECIPAÇÃO DO FIM? SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE”	66
4.3.1 Autópsias psicológicas e psicossociais	70
4.3.2 Breve relato do trabalho de campo realizado pelo grupo de pesquisadoras do Estado de Mato Grosso do Sul	74
4.3.3 Relatando uma experiência	75
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
5.1 RELATO E DISCUSSÃO DO CASO	82
6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	104
APÊNDICES	111
ANEXO	143

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte dos resultados de uma pesquisa intitulada *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde* (2010), de abrangência nacional, que foi realizada pelo Centro Latino-americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), sob a coordenação das pesquisadoras Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante, juntamente com colaboradores provenientes de programas de pós-graduação e de serviços de saúde de outros estados brasileiros.

A Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) participou dessa pesquisa, tendo como representante a Profa. PhD. Sonia Grubits, que coordenou o estudo no estado de Mato Grosso do Sul, reunindo em sua equipe a autora deste trabalho, além de outra mestrande e duas alunas de iniciação científica.

Essa investigação multicêntrica visou realizar um estudo estratégico sobre a magnitude e a significância do suicídio na população brasileira acima de 60 anos de idade, com o intuito de aprofundar a temática e de socializar os dados obtidos e analisados para que estes possam ser apropriados por profissionais e pesquisadores das áreas de saúde, assistência social e direitos humanos. Além disso, buscou contribuir para maiores reflexões a respeito de estratégias que possam colaborar para que os idosos não tentem antecipar seu fim.

Esse questionamento é válido, pois o envelhecimento populacional é um fato. No ano de 2011, a população mundial atingiu a marca de 7 bilhões de pessoas e, em meio às notícias, salientou-se a tendência do aumento da população idosa no mundo. Através da Organização Mundial de Saúde (2011), há dados de que a expectativa de vida das pessoas é de 68 anos, estima-se que há no mundo 893 milhões de pessoas com mais de 60 anos e que a tendência é de que esse contingente triplique nos próximos quarenta anos.

No Brasil, dados do Censo Demográfico 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), mostram essa evolução quando informam que, no ano de 1960, para cada 100 crianças menores de 15 anos, havia 6,4 indivíduos de 65 anos ou mais e, em 2010, esse índice saltou para 30,7 pessoas com 65 anos ou mais: um aumento de 377,9%. Também informam que, em 1960, a expectativa de vida de uma criança nascida nesse ano era de 48,0 anos e, em meio século, alcançou-se os 73,4 anos.

Outros estudos também apontam que a faixa etária com maior crescimento na maioria dos países em desenvolvimento é de acima de 60 anos (GARRIDO; MENEZES, 2002; GUERRA; CALDAS, 2010; SANTOS; ANDRADE; BUENO, 2009; VERAS, 2009). Esse fenômeno decorre da queda dos índices de fecundidade, dos avanços na medicina e da melhoria nas condições de vida das pessoas. Com isso, torna-se necessário um maior planejamento para lidar com um número cada vez maior de idosos.

O envelhecimento populacional mundial tem motivado um conjunto de mudanças que recaem sobre os indivíduos que inauguram novas perspectivas de avaliação sobre o tempo de vida e as possibilidades de desfrutar os anos aumentados da expectativa de vida.

Para Hein e Aragaki (2012, p. 2.142) “[...] os fenômenos da velhice trazem uma série de implicações, não só pessoais como também familiares, sociais, culturais, políticas e econômicas [...]”. Por se tratar de um tema multifacetado, encontramos pesquisas nas mais diversas áreas, buscando compreender, analisar e encontrar soluções para as dificuldades que a população dessa faixa etária enfrenta.

Além dessas informações sobre o envelhecimento, há pesquisas em diversos países que apontam que o maior risco para suicídio é o de pessoas com idade acima de 65 anos e esse risco aumenta com a idade (LOVISI et al., 2009; MINAYO; CAVALCANTE et al., 2012; PINTO; PIRES et al., 2012; PINTO; SILVA et al., 2012). Devido à pouca visibilidade que esse tema tem no país, o desafio para os pesquisadores da área de saúde é buscar medidas preventivas para reduzir os riscos de autoaniquilamento. Essa característica estaria relacionada ao fato de tratar-se de um tema tabu, no qual se evidencia um comportamento das pessoas em evitar se pensar de forma séria e concreta acerca do assunto e sobre o qual poucos se sentem confortáveis em falar (MINAYO; CAVALCANTE et al., 2012; SAMPAIO; BOEMER, 2000).

Em *Tabu e ambivalência emocional* (1913), Freud (1996g, p. 50) afirma que:

[...] a violação de certas proibições tabus constitui um perigo social que deve ser punido ou expiado por todos os membros da comunidade se é que não desejam sofrer danos [...]. Reside no risco da imitação, que rapidamente levaria à dissolução da comunidade. Se a violação não fosse vingada pelos outros membros, eles se dariam conta de desejar agir da mesma maneira que o transgressor.

Durkheim (2011), em um estudo sociológico do suicídio publicado no século XIX, utilizando-se de estatísticas de mortalidade da sua época, analisou esse fenômeno como um evento coletivo e valorizou as suas causas sociais.

Atualmente, o suicídio é considerado um problema importante de saúde pública e estudos apontam a população na faixa etária acima de 65 anos como vulnerável ao ato, alertando para o maior risco de esse evento ocorrer em homens (BEZERRA FILHO et al., 2012; LOVISI et al., 2009; MINAYO; PINTO et al., 2012; PINTO; PIRES et al., 2012; PINTO; SILVA et al., 2012). Entre os idosos, o suicídio está ligado ao padecimento de doenças crônico-degenerativas terminais, ao isolamento e solidão e a problemas nos núcleos familiares. Também se observam a presença da depressão e de outras doenças mentais, o uso abusivo de álcool, dificuldades financeiras e de desempenho no mercado de trabalho e dificuldades nos relacionamentos socioafetivos.

Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012, p. 2.665) ressaltam que

[...] é fundamental dar atenção especial aos homens nos momentos de passagem da vida laboral para a aposentadoria, nas situações de perdas de familiares referenciais e quando são diagnosticados com enfermidades crônicas-degenerativas que provoquem deficiências, perda de autonomia ou impotência sexual.

Tendo em vista as informações abordadas até aqui, percebemos a relevância do projeto de pesquisa intitulado *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde* (2010). Esse estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz (Parecer n. 119/2010), realizou-se no período de 2010 a 2012 e associou uma metodologia quantitativa e qualitativa. A primeira abordagem mapeou a amplitude da questão do suicídio de idosos em nível nacional, obtido no decurso da descrição das taxas de mortalidade, sexo, segmento de idade e pela localização geográfica do fenômeno. Em seguida, evidenciou os municípios brasileiros com maior incidência do evento e, por último, aprofundou uma análise ecológica nas localidades em que o problema é mais marcante. A abordagem qualitativa fundamentou-se na utilização da técnica autópsias psicológicas e psicossociais através de entrevistas com familiares, amigos, vizinhos e outras pessoas que conheciam e/ou conviviam com os idosos que morreram por suicídio, procurando assimilar as condições em que ocorreram os eventos.

Cabe ressaltar que Minayo, Cavalcante et al. (2012, p. 2.774) definem autópsia psicológica como “[...] uma abordagem retrospectiva que permite esclarecer as situações em que ocorreu a morte, a partir de fatos relevantes na vida do suicida e de seu contexto sociocultural e relacional e das possíveis causas de seu ato [...]”.

Ainda descrevendo como se deu o trabalho, para a realização da pesquisa qualitativa, foram escolhidos 10 dentre uma listagem dos 200 municípios com as taxas mais altas de casos de suicídio de idosos notificados, considerando as questões de conveniência para o deslocamento das equipes e dividindo a amostra pelas cinco regiões do país.

Estipulou-se o número de cinco casos para as localidades, que foram: Manaus, Fortaleza, Teresina, Tauá, Campo Grande, Dourados, Candelária, São Lourenço, Venâncio Aires e Campos de Goyatacazes.

Neste estudo, realizado de forma participativa e em rede, todas as decisões foram discutidas pelo grupo de pesquisadores, tais como: delimitação do objeto; características da pesquisa epidemiológica; escolha dos municípios para a realização da pesquisa qualitativa; construção dos instrumentos os quais foram testados, criticados e validados; prazos para cada etapa do trabalho; inserção de estudantes; reflexão crítica sobre a pesquisa e distribuição de tarefas para produção acadêmica, com base nos dados e informações obtidos.

A estratégia de investigação para os casos de suicídio consumados por idosos foi denominada de autópsia psicossocial entendida como “[...] uma estratégia de coleta de dados que integra os aspectos antropológicos, e sociais à análise dos estados emocionais do indivíduo [...]” (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012, p. 2.667) e é constituída por: 1) contextualização social da vida da pessoa; 2) genograma simplificado para a compreensão dos processos familiares, permitindo a identificação das características de cada membro em seu núcleo familiar; e 3) instrumento semiestruturado para observar o contexto e entrevistar os familiares e pessoas próximas ao idoso que faleceu por suicídio.

Após o estudo sobre o tema suicídio e a preparação e discussão para a utilização dos instrumentos, o grupo de pesquisadoras da UCDB deu início aos contatos com o Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul, culminando com o acesso ao delegado de Polícia Civil do Estado de Mato Grosso do Sul para a apresentação do projeto da pesquisa e solicitação de apoio quanto à disponibilização de informações dos casos de suicídio de idosos no período de 2005 a 2010 nas localidades de

Campo Grande e Dourados.

Por meio desse contato, obtivemos acesso aos Boletins de Ocorrência dos casos requeridos. Com esse material em mãos, iniciamos o planejamento e procedimentos para a execução do estudo. Nosso trabalho de campo resultou em cinco autópsias realizadas em Campo Grande e cinco na cidade de Dourados. Todos os participantes que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e permitiram que as entrevistas fossem gravadas.

As informações coletadas foram analisadas, preenchidas nos instrumentos já referidos e enviados para as coordenadoras do projeto: Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante.

O resultado deste trabalho transformou-se num Sumário Executivo intitulado *Pesquisa nacional sobre suicídio de idosos e possibilidades de atuação do setor saúde*, inserido num volume temático da revista *Ciência & Saúde Coletiva* (v. 17, n. 8, ago. 2012), contendo diversos artigos relatando alguns dos resultados do estudo em questão e no 1º *Seminário Nacional sobre Prevenção de Suicídio de Pessoas Idosas*, realizado pelo Claves/Fiocruz, nos dias 29, 30 e 31 de agosto de 2012 no Rio de Janeiro, no qual esta investigadora participou e, neste trabalho.

Por possuir afinidade com a teoria psicanalítica, esta pesquisadora se propõe a desenvolver uma leitura de um caso de suicídio de um idoso dentro dessa ótica, buscando compreender e esclarecer, a partir dessa visão, a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontra a pessoa que cometeu tal ato. Assim, dentre os dez casos obtidos nas cidades de Campo Grande e Dourados, foi escolhido um pelo grupo coordenado pela Profa. PhD. Sonia Grubits. A definição pelo “Caso Antônio” (nome fictício) se deu por conveniência, uma vez que os familiares desse idoso se mostraram muito receptivos em dar informações sobre essa pessoa.

Sob uma perspectiva psicológica, o suicídio tem sido visto como expressão de uma personalidade individual juntamente com aspectos sociais e culturais, em que a história de desenvolvimento, as circunstâncias sociais e as fantasias sobre a morte e a vida após a morte são relevantes (DARRAULT-HARRIS; GRUBITS, 2000). Ou seja, a articulação entre o mundo interno, os fatores externos, o emocional e o social é permeada pelos aspectos culturais.

No que se refere especificamente à Psicanálise, Sigmund Freud (1856-1939) fez poucas referências ao trabalho psicanalítico com pessoas idosas, mas abordou o tema suicídio em alguns de seus trabalhos.

Em *Equívocos na ação* (1901), Freud (1996d, p. 183) afirma que a intenção consciente de cometer suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade, porém “[...] existe uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente), capaz de explorar habilmente uma ameaça à vida e mascará-la como um acidente causal [...]”.

Em *Luto e melancolia* (1917 [1915]), Freud (1996h, p. 257) comenta que o suicídio é como uma satisfação das tendências de sadismo e de ódio relacionadas a um objeto, que retornam ao próprio eu do indivíduo, no qual a autopunição tem o propósito de vingar-se do objeto perdido:

A análise da melancolia mostra agora que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo. Assim, na regressão desde a escolha objetal narcisista, é verdade que nos livramos do objeto; ele, não obstante, se revelou mais poderoso do que o próprio ego.

O envelhecimento caracteriza-se pela presença do sentimento de finitude, que é vivenciado com diferentes qualidades e intensidades emocionais, dependendo das características de cada sujeito e das diferentes experiências de proximidade com a morte que são vivenciadas ao longo de seu desenvolvimento. Essa proximidade com a morte estabelece uma experiência de luto em que a elaboração das perdas se faz necessária para que outros investimentos sejam possíveis e a libido continue a produzir vínculos e vida. Entretanto, existem casos em que essa elaboração parece não ser possível, visto que o inominável não se representa simbolicamente e só pode ser atuado no corpo (KAMKHAGI, 2008; MUCIDA, 2006).

Após esta introdução, no capítulo 2 será abordado o tema do envelhecimento e velhice, buscando apresentar algumas definições dadas pela literatura vigente. Em seguida, serão expostas algumas definições do suicídio, assim como diversas pesquisas que mostram que esse evento em idosos possui uma incidência significativa e que sua ocorrência é maior em homens; serão apontados também os fatores associados ao problema e os métodos mais

utilizados por essa população. Posteriormente se dará a apresentação de trabalhos de Sigmund Freud que citam ou se relacionam com o tema do envelhecimento e velhice; logo após se abordará o tema do suicídio sob a ótica desse mesmo autor e, por fim, será exposta a visão de Roosevelt M. S. Cassorla sobre o tema. Os objetivos desta pesquisa estarão descritos no capítulo 3.

O capítulo 4 irá detalhar o método qualitativo de pesquisa, representado por um estudo de caso. Também relatará a pesquisa da qual este trabalho é resultado, bem como os instrumentos utilizados para sua execução e como se deu o trabalho de campo, procurando situar como se chegou ao caso que será analisado.

O relato do caso e sua discussão encontram-se no quinto capítulo, seguido das conclusões e considerações finais mostradas no sexto capítulo. As Referências, os Apêndices e os Anexos estão dispostos no final do trabalho.

2 TEMÁTICAS DO ENVELHECIMENTO, VELHICE E SUICÍDIO DENTRO DO CONTEXTO PSICANALÍTICO

O envelhecimento e a velhice têm sido abordados em suas diversas formas, uma vez que eles englobam fatores biológicos, sociais, culturais, epidemiológicos, emocionais, comportamentais e econômicos. Este capítulo tem por objetivo trazer definições e indicar estudos sobre envelhecimento e velhice e como esses temas são vistos pela sociedade, além de apresentar abordagens relativas ao suicídio, que é uma manifestação crescente em idosos atualmente. Também pretende explorar e discutir as contribuições que a teoria psicanalítica pode trazer tanto para o tema velhice e envelhecimento quanto para o suicídio.

2.1 ENVELHECIMENTO E VELHICE

O Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa define envelhecimento como

[...] ato ou efeito de envelhecer **1** ato ‘ou efeito de tornar-se velho, mais velho, ou de aparentar velhice ou antiguidade **2** ato ou efeito de dar, artificialmente, a aparência ou as qualidades do que é velho... e. **da população** DEM aumento da proporção de indivíduos idosos em determinada população. (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 777, grifo do autor).

Define também a velhice como “[...] estado ou condição de velho **2** idade avançada, que se segue à idade madura; ancianidade **3** o tempo que já viveu ou existiu (alguém ou algo); antiguidade, vetustez **4** *fig.* Modo ou rabugice de velho.” (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 1.929, grifo do autor).

Podemos perceber que, mesmo num dicionário, a velhice é definida com certo sentido pejorativo quando se coloca a “rabugice” como fazendo parte da definição. Sabemos que os verbetes de um dicionário refletem o modo como uma determinada população lida com determinado assunto ou pensa sobre ele, uma vez que “ditos populares” também são inclusos como verbetes. O que nos chama a atenção é que rabugice tem relação com mal-humor, queixa, irritação, entre outros, características que não são exclusivas da velhice.

Para Minois (1999, p. 11), a velhice é um termo impreciso, uma palavra com sentido vago e uma realidade difícil de vencer, pois “[...] nada se revela mais flutuante do que os contornos da velhice, que é um complexo fisiológico, psicológico e social [...]”. Ele também aponta que, no decorrer da história da humanidade, sempre existiram os idosos, no entanto as sociedades antigas não dividiam a existência em fases como nós o fazemos agora. O que acarretou esta mudança? Por que ela ocorreu? Sua explicação é a de que houve um aumento

natural do campo de investigação das ciências modernas e uma pressão das condições sócio-demográficas, pois as sociedades ocidentais nunca tiveram tal proporção de pessoas com idade de 65 anos ou mais. Esse fato é corroborado por várias pesquisas que mostram o aumento do contingente de idosos no mundo.

No Brasil, Garrido e Menezes (2002) informam que: a porcentagem de pessoas com 60 anos ou mais na população alcançou 9,1%, em 1999; no período de 1995-1999 o número de idosos aumentou em 1,8 milhão; as mulheres idosas são em maior número (55%) e essa diferença se acentua com o aumento da idade: a proporção de mulheres na faixa etária de 65-69 anos é de 118 mulheres para cada 100 homens e, no grupo de 80 anos ou mais, a proporção é de 141 mulheres para cada grupo de 100 homens. A razão de sexo também acompanha a expectativa de vida, pois as mulheres, ao atingirem os 60 anos, apresentam, em média, mais 19,3 anos de vida, enquanto os homens apresentam 16,8 anos.

Veras (2009) informa que no Brasil, em 1960, o número de idosos era de três milhões, passando para sete milhões em 1975 e atingindo vinte milhões no ano de 2008 – um crescimento da quase 700% em menos de 50 anos. Ele também comenta que a cada ano 650 mil novos idosos são inseridos à população e “[...] as projeções mais conservadoras indicam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas [...]” (p. 549).

Dados do Censo Demográfico 2010, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2012), confirmam essa realidade, visto que a estrutura etária da população sofreu significativas mudanças nos últimos 50 anos, devido, principalmente, à diminuição dos níveis de mortalidade infantil e dos níveis de fecundidade. Um elemento exposto é de que, em 1960, quando uma criança nascia e era sujeita à lei de mortalidade da época, esperava-se que ela viveria, em média, 48,0 anos; em meio século, esse valor alcançou os 73,4 anos. Em relação à fecundidade, na década de 1960, o número médio de filhos que uma mulher teria até o final de seu período fértil era de 6,3 filhos; em 2010, a média é de 1,9 filho. Essas mudanças acarretaram o estreitamento da base e o alargamento do topo da pirâmide etária, caminhando-se para uma estrutura mais envelhecida e com característica mais cilíndrica.

Também se destacam que, em 1960, havia 6,4 indivíduos de 65 anos ou mais para cada 100 crianças menores de 15 anos e que em 50 anos esse índice saltou para 30,7 pessoas

acima de 65 anos para cada grupo de 100 crianças menores de 15 anos: um aumento de 377,9%. E, como já evidenciado em outros estudos, a população feminina é maior que a masculina. Os dados do Censo Demográfico 2010 explicam essa realidade pelo fato de a mortalidade de homens ser superior à das mulheres (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

A tendência do aumento da população idosa é um fato e isso tem gerado um maior número de pesquisas que buscam investigar o modo como essas pessoas vivem, suas características e como a sociedade lida e enxerga os idosos.

Para Beauvoir (1990, p. 108), a velhice é um fenômeno biológico, no qual o organismo do idoso apresenta certas singularidades, acarretando consequências psicológicas e certos comportamentos considerados como característicos da idade avançada. Possui também uma dimensão existencial que modifica a relação do indivíduo com o tempo, com o mundo e com sua própria história de vida, ou seja, “[...] é o sentido que os homens conferem à sua existência, é seu sistema global de valores que define o sentido e o valor da velhice [...]”.

Quando a autora diz que a idade muda a relação do ser humano com o tempo, isso quer dizer que, ao longo dos anos, o futuro encolhe, enquanto que o passado se alonga, por vezes se tornando pesado. Esse fato não ocorre em todos os casos, pois há homens que se voltam com orgulho para seu passado, sobretudo se pressentem que o seu presente e o seu futuro o decepcionam; sendo assim, utilizam suas lembranças como uma defesa. Beauvoir (1990, p. 459) afirma que é o passado que nos sustenta e que é através do que ele fez de nós que o conhecemos:

O homem idoso interioriza seu passado sob a forma de imagens, de fantasmas, de atitudes afetivas. Depende desse passado ainda de outro modo: é o passado que define minha situação atual e sua abertura para o futuro; ele é o dado a partir do qual eu me projeto, e que tenho de ultrapassar para existir. [...] Eu conservo, do passado, os mecanismos que se montaram no meu corpo, os instrumentos culturais de que me sirvo, meu saber e minhas ignorâncias, minhas relações com outrem, minhas ocupações, minhas obrigações.

Vale salientar que o envelhecimento envolve enfrentar uma série de perdas reais e simbólicas. Há a perda do corpo vigoroso, o declínio da força física e da agilidade, a diminuição da resistência a doenças, mudanças nas funções cognitivas e de aprendizagem e

o surgimento de doenças crônicas-degenerativas, as quais representam os fatores biológicos que contribuem para o estereótipo do idoso como um ser incapaz e improdutivo, denotando sinais de decrepitude (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; MINAYO; CAVALCANTE et al., 2012; PÉREZ BARRERO, 2012; PINTO; SILVA et al., 2012).

Outras perdas que podem ser apontadas são a viuvez, a morte de filhos, amigos e parentes; e ainda a perda do *status* familiar, a ausência de papéis sociais valorizados, que podem ocasionar um isolamento social. A aposentadoria, a perda do poder econômico e as dificuldades financeiras são características favoráveis para um sentimento de menos valia, uma vez que, na sociedade moderna, há o predomínio da valorização do trabalho destinado à produção e à criatividade, tarefa considerada cabível aos mais jovens (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003; MENEGHEL et al., 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; MINAYO; CAVALCANTE et al., 2012; MINAYO; PINTO et al., 2012; PÉREZ BARRERO, 2012; PINTO; SILVA et al., 2012).

De acordo com Beauvoir (1990, p. 257): “O prestígio da velhice diminuiu muito, pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumula, mas sim que acabe perecendo [...]”. Ou seja, o avançar da idade conduz a uma desqualificação, pois são os valores ligados à juventude que são apreciados.

Essas perdas podem afetar a autoestima dos idosos, provocando o surgimento de situações de crise. Motta (2004) nos lembra de que essas perdas são tratadas como problemas de saúde, uma vez que se relacionam fundamentalmente com a aparência do corpo, os sentimentos relacionados a ele e ao que acontece com ele. Essas mudanças corporais “[...] são expressas muito mais pelos outros do que pelos próprios velhos [...]” (MOTTA, 2004, p. 41).

Na verdade, o envelhecimento de uma pessoa está relacionado, principalmente, com a capacidade para conservar a autonomia e a independência. O maior temor dos idosos diz respeito à possibilidade de se tornarem dependentes ou por não poderem executar suas atividades cotidianas (FREITAS; QUEIROZ; SOUZA, 2010).

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2004) apontam que esse conjunto de perdas implica um aumento progressivo da dependência e a exigência de diferentes níveis de suporte e essas

questões podem ser exacerbadas ou minimizadas pela existência ou inexistência de suporte familiar e/ou comunitário e pela situação financeira. Dizem também que, no Brasil, apesar do aumento da expectativa de vida, os indivíduos não dispõem de melhores condições socioeconômicas ou sanitárias, fato que “[...] pode reforçar desigualdades em termos da qualidade de vida e do bem-estar entre diferentes estratos da população, contribuindo para aumentar a chance de exclusão dos idosos [...]” (p. 25). Lembram também que as perdas e as limitações existem, mas que estas não são exclusivas à velhice e que seu impacto real é mediado por diferentes elementos do contexto.

Segundo Minayo e Coimbra Júnior (2004, p. 14), “[...] o que torna a velhice sinônimo de sofrimento é mais o abandono que a doença; a solidão que a dependência [...]”. Esta característica é verificada essencialmente nas profundas transformações observadas no seio da família, visto que sua composição e tamanho mudaram, gerando o convívio de várias gerações num mesmo ambiente. Essa situação, muitas vezes, causa dificuldades de convivência e é agravada pela distância cultural que se presencia entre as gerações.

Muitas famílias não apresentam condições de apoiar o idoso em suas necessidades por cuidados, já que a arquitetura de suas residências pode apresentar limitações para a realização das atividades rotineiras dos idosos, como, por exemplo, apresentar muitos degraus ou escadas e as condições financeiras do núcleo familiar podem não proporcionar essas adaptações. Pode haver também falta de uma pessoa para servir como cuidadora ou que possa se responsabilizar pelas demandas do membro mais velho da família, uma vez que os custos com profissionais especializados são altos, portanto, não acessíveis aos de pouco poder aquisitivo.

Em decorrência disso e do rápido crescimento da população dessa faixa etária, as questões relacionadas à velhice e ao envelhecimento deixaram de ser tratadas como uma questão da vida privada, ou como tema de caridade pública (caso dos mendigos e indigentes), ou até mesmo como um assunto puramente médico e ganharam a dimensão social, psicológica, econômica, histórica e cultural que ela engloba.

Minayo e Coimbra Júnior (2004, p. 18) afirmam que,

No caso brasileiro, a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída sobretudo pelo Estado. Na sociedade ocidental contemporânea, o Estado é o grande regulador do curso da vida, do nascimento à morte, passando pelas fases de escolarização, de atividade no mercado de trabalho e de aposentadoria. Por causa disso, a idade

cronológica é um princípio cultural de extrema relevância no moderno aparato jurídico-político, que concentra no indivíduo a atribuição de direitos e deveres; e no mercado de trabalho, a base da economia.

Para muitas pessoas, aposentar-se não representa somente estar fora do mercado de trabalho, mas ser excluído da sociedade e do convívio com seus pares, ser marginalizado, tornar-se improdutivo, além de, na maioria das vezes, afetar suas condições financeiras pelo reduzido valor da aposentadoria (PATRÍCIO; HOSHINO; RIBEIRO, 2009).

É sabido que a aposentadoria atinge especialmente os homens, principalmente pela questão cultural, pois, historicamente, eram eles que saíam para trabalhar e eram os provedores do lar. Sabemos que esse quadro sofreu alterações importantes no decorrer dos anos, principalmente com o ingresso das mulheres no mercado de trabalho; mas, para as gerações mais velhas, o comum era que os homens provessem o sustento da casa e dos seus familiares e as mulheres criassem os filhos e se encarregassem dos cuidados do lar.

Diante disso, o homem idoso tende a pautar seus dias de não trabalho nas lembranças do tempo em que produzia e era reconhecido, especialmente porque não encontra compensação nas atividades da área doméstica, por ser “coisa de mulher” (FERNANDES; GARCIA, 2010).

Com a aposentadoria, o homem idoso passa a ter como espaço de convivência o recinto privado de seu lar, gerando um significativo estreitamento de sua vida social (MENEGHEL et al., 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; MINAYO; PINTO et al., 2012; PÉREZ BARRERO, 2012).

De acordo com Beauvoir (1990), as pessoas idosas mostram certa dificuldade para se adaptar a situações novas, ou seja, elas demonstram facilidade para reorganizarem coisas conhecidas, mas resistem a mudanças.

Em relação a isso, Minayo, Pinto et al. (2012, p. 307) afirmam que

O desempenho masculino envolve comportamentos machistas e agressivos, como competitividade, impulsividade e gosto por armas de fogo. Na velhice, quando a vida profissional cessa, muitos homens associam o novo momento da vida com a falência do papel tradicional de provedor econômico e de referência familiar, retraindo-se socialmente, o que significa elevado risco de isolamento, tristeza, estresse e vontade de dar fim à vida.

Beauvoir (1990, p. 582) também menciona que:

Em geral, mesmo que conserve afeição por sua família e por seus amigos, a pessoa idosa distancia-se deles. O egocentrismo do idoso lhe é facilitado pela indiferença que pouco a pouco toma conta dele, mas o velho também cultiva deliberadamente esse egocentrismo. É uma defesa e uma desforra: já que não é tratado como devia ser, e já que só pode contar consigo mesmo, o velho se dedica por inteiro à sua própria pessoa.

O conjunto desses fatores explicitados pode contribuir para que o idoso perca a vontade de viver, ocasionando pensamentos suicidas e até as tentativas ou a realização desse ato. A discussão sobre o suicídio em idosos será aprofundada no próximo tópico.

2.2 SUICÍDIO EM IDOSOS

A obra *O suicídio* (2011), de Émile Durkheim, constituiu-se em um marco para o início da compreensão do suicídio. O autor chama de suicídio “[...] todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado [...]” (p. 14).

Ele também diz que esse ato representa uma ação positiva e violenta quando se emprega o uso de certa força muscular e que se estabelece numa ação puramente negativa quando há abstenção, por exemplo, quando a pessoa se mata recusando-se a comer. Durkheim (2011, p. 13) completa, afirmando que “O suicídio é, antes de tudo, o ato de desespero de um homem que não faz mais questão de viver [...]”.

Outra definição, dada por Dias (1991), diz que o suicídio é uma agressão deliberada que a pessoa exerce contra si própria com o intuito de por um fim à sua própria vida. A autora afirma ainda que as atitudes relacionadas a esse ato estão intimamente ligadas às ideologias acerca da morte e que, portanto, variam de cultura para cultura.

Uma terceira definição declara que esse ato é “[...] uma violência autoinfligida e um ato decidido, iniciado e levado até o fim por uma pessoa com total conhecimento ou expectativa de um resultado fatal [...]” (CONTE et al., 2012, p. 2.018).

Cassorla (1991a) aponta que o ato suicida é o resultado de uma complexa rede de fatores que se originam na infância e que interagem uns com os outros. Esses fatores são biológicos, psicológicos, socioculturais e, na maior parte das vezes, inconscientes e se associam a um determinado momento da vida do indivíduo.

Segundo Cassorla (1991a), o ato suicida possui várias funções, que vão depender de cada pessoa e situação. Para ele, o suicida está buscando fugir de uma circunstância que lhe causa um sofrimento sentido como insuportável. Cita como exemplos o medo da loucura, do aniquilamento, da desintegração, entre outros. Essas circunstâncias podem manifestar-se juntamente com uma angústia imensa, somadas a uma desesperança, uma tristeza profunda, uma melancolia e à sensação de que nada mais vale a pena. Em vista disso, a morte é encarada como uma solução, não porque se deseje morrer, mas porque a vida se torna insuportável. O que nos leva a pensar que o suicida não quer morrer é o fato de que, na verdade, ele não sabe o que é a morte, seu desejo é fugir do sofrimento ou matar uma parte de si mesmo.

Cassorla (1991a, p. 20-21) também aponta que:

Não existe uma causa para o suicídio. Trata-se de um evento que ocorre como culminância de uma série de fatores que vão se acumulando na biografia do indivíduo, em que entram em jogo desde fatores constitucionais até fatores ambientais, culturais, biológicos, psicológicos, etc. O que se chama “causa” é, geralmente, o elo final dessa cadeia [...].

Algumas pesquisas descrevem a mortalidade por suicídio de pessoas idosas no Brasil e alertam para o aumento dos casos nessa população no período de 1980 a 2009 (LOVISI et al., 2009; MINAYO; PINTO et al., 2012; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012; PINTO; PIRES et al., 2012). Todas elas apontam que as taxas de homens idosos que cometem o suicídio são substancialmente maiores do que as das mulheres idosas. Uma explicação para esse fato diz respeito aos homens usarem os métodos mais violentos e letais para se matar.

Lovisi et al. (2009), em pesquisa epidemiológica que analisa os casos de suicídio no Brasil entre 1980 e 2006, encontraram como resultado o fato de os homens apresentarem maior probabilidade de cometer esse ato e sugerem que a intenção de morte seria mais forte nessa população, uma vez que eles fazem uso dos meios mais letais. Também salientam que os índices mais altos desses casos foram registrados na população de faixa etária de 70 anos ou mais e que as regiões do país que exibiram os índices médios mais altos foram o Sul (9,3) e o Centro-Oeste (6,1).

Minayo, Pinto et al. (2012), em trabalho que busca investigar a mortalidade por suicídio da população idosa no país, no período de 1980 a 2006, indicam que os casos notificados desse tipo de morte em pessoas do sexo masculino sofreram um aumento progressivo com 2,4 mortes de homens para cada mulher no ano de 1980 e com 4 mortes

para cada mulher em 2006. Relatam também que, na década de 1980, houve 5.953 óbitos por lesões autoinfligidas de idosos no Brasil (média de 595,3 óbitos por ano); 8.547 óbitos (média de 854,7 mortes por ano) na década de 1990 e 7.994 mortes no período de 2000 a 2006, com média de 1.142 mortes anuais. Também vale destacar que essa pesquisa aponta que as taxas relativas à população masculina de idosos elevaram-se a partir de 1995 e seu ápice ocorreu no ano de 2005, período em que a taxa foi de 15,4 casos por 100 mil habitantes.

Pinto, Assis e Pires (2012), averiguando a mortalidade por suicídio de pessoas idosas nos municípios brasileiros de 1996 a 2007, descobriram que 54,6% (3.039 casos) dos municípios possuem registros de casos desse tipo de morte. E ainda: 12.913 óbitos ocorreram no período analisado, representando média anual de 1.076 óbitos de idosos; a mortalidade masculina por suicídio supera a feminina, cujo índice é de 82,2% dos casos contra 17,8% das mulheres e, por fim, que os estados do Rio Grande do Sul, Rio de Janeiro, Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Santa Catarina apresentaram os menores percentuais de municípios sem casos de suicídio no período estudado. Avaliando a razão entre o número de óbitos masculinos e femininos, os pesquisadores obtiveram a média de 2,8 mortes de homens para cada morte de mulheres; em 25% dos municípios, esse índice aumenta para 4:1 e um pequeno número de localidades atinge níveis superiores a 6:1.

Outra análise realizada por Pinto, Pires et al. (2012) verifica a evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros entre 1980 e 2009, com resultados que mostram que a população masculina possui taxas significativamente maiores que as femininas, com um nível acima de 10 óbitos por 100 mil habitantes e que seu valor mais baixo ocorreu em 1981 com 9,8 óbitos por 100 mil habitantes. Os estados de Santa Catarina, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul se destacaram por apresentarem, de acordo com os critérios da Organização Mundial de Saúde, taxas altas de ocorrência de suicídios, que variam entre 15 e 30 por 100 mil habitantes. E que esses dois últimos estados, em alguns anos, indicaram taxas consideradas muito altas (acima de 30 por 100 mil) para a população de idosos do sexo masculino.

Diversas pesquisas alertam sobre a existência de problemas de notificação (subnotificação) e acerca da baixa qualidade das informações contidas nos certificados de óbitos, que se constituem como um dos pontos mais vulneráveis para que se tome conhecimento dos casos de suicídio (BARROS, 1991; CASSORLA; SMEKE, 1994; LOVISI

et al., 2009; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012; PINTO; PIRES et al., 2012).

Minayo, Pinto et al. (2012, p. 307) afirmam que “[...] parentes, familiares e profissionais de saúde tendem a mascarar as informações por causa do interdito social [...]”, relacionado especialmente com o tabu que o tema envolve. Em relação a isso, Sampaio e Boemer (2000, p. 327) afirmam que:

O suicida, de certa forma, ainda é compreendido como um transgressor de regras legitimadas pela cultura social. Ameaça o sentimento de onipotência humana que não aceita a possibilidade da morte e vive a cultura da vida. A negação da vida e a busca da morte, expressas no ato suicida, significam o rompimento do tabu existente em torno da morte.

A literatura tem demonstrado que os métodos de suicídio mais comuns são: enforcamento, lesão autoprovocada por disparo de arma de fogo e o envenenamento (BEZERRA FILHO et al., 2012; CAVALCANTE; MINAYO, 2012; LOVISI et al., 2009; MINAYO; PINTO et al., 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012). Entre as formas raras, encontram-se a queda de altura e a carbonização parcial por chamas (CAVALCANTE; MINAYO, 2012). Os métodos utilizados para cometer o suicídio pertencem aos costumes específicos de um lugar e de diferentes contextos históricos e os idosos morrem por suicídio principalmente nas residências.

Observamos, em diversas pesquisas que se propõem a investigar o tema do suicídio em idosos, referências a “fatores de risco” que contribuem para esse ato. Antes de mencionar quais são eles, daremos uma pequena definição desse termo.

Grünspun (1991) define risco como a probabilidade de uma pessoa exibir um problema ou um dano de saúde, que pode ser medido estatisticamente, visando equacionar uma ocorrência futura habitualmente indesejável.

Fatores de risco seriam quaisquer características ou eventos verificáveis que se referem ao indivíduo e ao meio ambiente circundante os quais possibilitam afetar, de modo adverso, as reações de personalidade da pessoa. Os fatores seriam elos numa cadeia de associações que encaminham a um evento mórbido ou a indicadores desse evento. Eles podem estabelecer sinais de perturbações ou evidenciar causas.

Para finalizar, os fatores de risco se apresentam como características significativamente entrelaçadas a uma ocorrência definida. É importante ressaltar que seu papel na prevenção depende de sua ocorrência e, principalmente, de sua frequência, pois é através dela que se alcança uma maior capacidade de predição e as combinações adequadas para se construir um modelo preditivo (GRÜNSPUN, 1991).

Os riscos de morte por suicídio envolvem os seguintes fatores: adversidades socioeconômicas, ausência de apoio social, transtornos mentais (principalmente depressão e ansiedade), doença crônica ou terminal com limitações físicas, aposentadoria, processos existenciais de tristeza e melancolia, isolamento social, perdas recentes, exacerbação do consumo de álcool e drogas, baixo nível de educação, condição de solteiro, divórcio ou viuvez. Também são fatores de risco os casos anteriores de suicídio na família, o baixo grau de comunicação entre os familiares, os conflitos muito duradouros, a falta de perspectiva de futuro e o estresse cumulativo (BRASIL, 2006; CAVALCANTE; MINAYO, 2004; CAVALCANTE; MINAYO, 2012; LOVISI et al., 2009; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003; MENEGHEL et al., 2012; MINAYO; PINTO et al., 2012; PÉREZ BARRERO, 2012; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012; PINTO; SILVA et al., 2012).

Diversas pesquisas enfatizam a importância de se dar atenção aos homens idosos nos momentos de transição da vida laboral para a aposentadoria e também quando eles recebem o diagnóstico de enfermidades crônicas-degenerativas que ocasionem deficiências, perda de autonomia ou impotência sexual, pois muitos deles associam essa vivência como uma ameaça aos seus códigos de honra e à sua masculinidade (MENEGHEL et al., 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012).

Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012) apontam, nos casos encontrados por elas, a perda de *status*, que o trabalho ou o emprego asseguram, como o fator associado primordial de suicídio de homens idosos. As autoras explicam que, para muitos deles, a aposentadoria ou a inatividade compulsória provocam uma sensação de privação de lugar social que o encarceramento ao ambiente do lar não atesta, causando-lhes isolamento, sentimentos de inutilidade e humilhação, além de falta de perspectiva, pois seus hábitos de vida foram formados pela construção material, psíquica e moral da ética do trabalho.

Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012, p. 2.669) relatam que muitos desses homens

[...] não estavam preparados para exercer o ócio, considerado como transgressão ou desvio. A maioria se sentia sem valor, *não sirvo para mais nada* e não conseguia usufruir o merecido descanso mesmo após longa vida de trabalho: os dias fora do mundo do trabalho se tornaram uma longa, tediosa e interminável perda de tempo.

Outro aspecto relevante levantado por essas pesquisadoras diz respeito aos casos em que os homens idosos recebem o diagnóstico de doenças crônicas degenerativas que resultam em deficiências, perda de autonomia e impotência sexual. De acordo com elas, a sexualidade masculina se constrói e se atualiza por meio do corpo, e este é definido pela capacidade de executar tarefas de liderança e supremacia. A virilidade do homem fundamenta-se na capacidade de manter relações devido a um bom funcionamento do órgão sexual e ele tem permissão para realizar práticas sexuais com várias parceiras. Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012, p. 2.672) afirmam ainda que “A incapacidade de ter relações sexuais ameaça o processo de identificação masculina e mobiliza intensos sentimentos de agressão contra si ou contra o outro [...]”. Quando uma enfermidade o afeta, geralmente, sua tendência é a de se calar e não buscar apoio. Esse comportamento aumenta sua vulnerabilidade, pois gera isolamento, depressão, solidão, tristeza e sentimentos de impotência. Para ele, a dependência da esposa ou dos filhos pode exprimir desonra e vergonha. E concluem que

O suicídio de homens idosos fala menos da morte que das condições, situações e problemas que eles encontram ao final da vida e revela, com eloquência, o peso de questões culturais e relacionais que os descartam, os desconhecem ou os isolam. (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012, p. 2.673).

É importante ressaltar que a presença de ideação suicida ou de tentativas aumenta o risco de mortes autoinfligidas em idosos (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Cavalcante e Minayo (2012) assinalam que os idosos usam métodos mais letais do que as pessoas mais jovens, fato que faz com que suas tentativas sejam fatais. E também que os idosos acima de 80 anos revelam com mais facilidade suas ideações suicidas do que os idosos mais jovens.

O próximo tópico desta pesquisa se propõe a utilizar a teoria psicanalítica para abordar os temas velhice e envelhecimento.

2.3 ENVELHECIMENTO E VELHICE SOB A ÓTICA DA TEORIA PSICANALÍTICA

Antes de darmos início aos trabalhos que esboçam o que a Psicanálise tem a dizer

sobre a velhice e o envelhecimento, é importante destacar que a tradução das obras de Freud utilizadas neste subitem e no subsequente utilizam o termo “instinto(s)” ao invés de “pulsão(sões)” para este conceito da teoria psicanalítica; por isso, em citações literais do autor encontradas ao longo desse trabalho aparecerá o termo “instinto”.

Sigmund Freud se voltou pouco para o tema do envelhecimento e da velhice durante o desenvolvimento da teoria psicanalítica. Sua visão a respeito do envelhecimento “[...] é marcada pelo negativismo e pela concepção de que se trata de um período de decrepitude progressiva [...]”, relacionada, principalmente, com a decadência física e com a consciência da proximidade do fim (KAMKHAGI, 2008, p. 67). Segundo o autor, o sujeito reeditaria, nesse período da vida, modelos de fases de desenvolvimento infantis, num movimento constante de atualizações perante novas vivências e às alterações do corpo. O objetivo, ao se abordar as menções ao envelhecimento em sua obra, é criar um pequeno painel da visão freudiana sobre o envelhecer.

Em *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess* (1950 [1892-1899]), Freud (1996a, p. 233) cita a temática envelhecimento e/ou velhice, em carta datada de 21 de maio de 1894 (carta 18), na qual menciona brevemente a questão da senilidade nas neuroses, afirmando que a senilidade “é uma degeneração normalmente adquirida na velhice”.

Em *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895 [1894]), Freud (1996b) aborda o tema sob a ótica da economia psíquica libidinal própria do envelhecimento. Explica que no climatério masculino não ocorreria uma diminuição da libido, diferentemente do climatério feminino, em que haveria um aumento da excitação somática que a psique tem dificuldade para controlar. Ele também faz referência aos casos de viuvez ou de abandono voluntário na atividade sexual nas mulheres, afirmando que esses casos poderiam se originar em decorrência de um recalçamento, produzindo uma negação ante a possibilidade de sentir um grande desejo sexual no momento do envelhecimento, em contradição ao aumento da libido ocasionada pela menopausa.

O tema é mencionado em *O material e as fontes dos sonhos* (1900), quando Freud (1996c) relata ter sonhado com seu amigo e médico de seus filhos, Otto. Ele conta que, no sonho, seu amigo Otto parecia doente: “[...] Seu rosto estava marrom e ele tinha olhos esbugalhados [...]” (p. 296).

Realizando uma autoanálise desse sonho Freud (1900/1996c) nos relata que:

- a) o amigo o visitara no dia do sonho e sua esposa comentara que o achara fatigado e tenso;
- b) no sonho Otto aparecia com alguns sinais da doença de Basedow (também conhecida por bócio difuso), fato que não condizia com a realidade;
- c) o autor se questiona sobre a relação desse sonho específico com a realização de desejos e impulsos egoístas e com o porquê da escolha dessa doença acometendo o seu amigo;
- d) relembra um episódio, ocorrido seis anos antes, em que viajava para suas férias de verão, de carruagem, com o Professor R. e que o cocheiro, ligeiramente embriagado, lançou o veículo num barranco. Apesar de todos escaparem ilesos, eles tiveram que passar a noite numa estalagem vizinha. Um cavalheiro (Barão L.), com claros sinais da doença de Basedow, colocou-se à inteira disposição deles e perguntou como poderia ajudá-los. O Professor R. lhe respondeu que necessitava de um camisolão de dormir; o Barão L. retrucou que não poderia fazer isso e se retirou do aposento;
- e) relembra que Basedow, além de ser o nome de um médico, também o era de um famoso educador;
- f) conta que pedira a Otto que cuidasse de seus filhos, caso algo lhe acontecesse, mas que, ao atribuir, no sonho, os sintomas da doença de Basedow ao amigo, ele estava querendo dizer que Otto não faria muito por eles, assim como o Barão L. não pôde fazer pelo Professor R., apesar de suas boas intenções. E aponta essa parte como o substrato egoísta de seu sonho;
- g) Freud desenvolve a ideia de que, assim como no sonho ele representou Otto como o Barão L., ele identificou-se com o Professor R, pois tal como o professor havia feito um pedido ao barão, ele (Freud) fizera um pedido ao amigo.

Concluindo a análise do sonho, Freud (1900/1996c, p. 297) explica a sua identificação com o Professor R., dizendo:

O Professor R., com quem eu realmente não me arriscaria a me comparar à maneira comum, assemelhava-se a mim no sentido de ter seguido um rumo independente fora do mundo acadêmico, e só obtivera seu merecido título na velhice. Assim, mais uma vez, eu estava querendo ser Professor! De fato, as próprias palavras “na velhice” eram uma realização de desejo, pois

implicavam que eu viveria bastante para ver meus filhos atravessarem a época da puberdade.

Nesse mesmo trabalho há uma menção a Cronos (mitologia grega), evidenciando o problema das relações entre as gerações e a dificuldade de um pai de lidar com sua temporalidade. Kamkhagi (2008, p. 70) completa que Freud

[...] coloca ênfase nos sonhos que reportam à dificuldade de aceitar que alguém muito querido possa morrer. Dessa maneira, a condensação e o deslocamento, atuantes nas representações oníricas, podem ajudar a suportar a angústia que a compreensão e a interpretação dos sonhos nos revelam sobre o envelhecer e a morte.

Em *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância* (1910), Freud (1996e) procura reconstruir detalhadamente a vida emotiva de Leonardo da Vinci (1452-1519), descrever o conflito entre seus impulsos artísticos e científicos e analisar profundamente a sua história psicosssexual.

Com relação à velhice, Freud (1910/1996e) fala de Richard Muther (1860-1909, professor de história da arte e crítico de arte alemão), que aponta uma negação do artista a esse tema. Essa negação se manifestaria no fato de Leonardo se recusar a pintar Sant'Ana, mãe de Maria e avó do Menino, com rugas e marcas de envelhecimento. Ele também chama a atenção para a similaridade da infância do artista com o que o quadro reproduz, pois Leonardo teve duas mães: sua mãe verdadeira (Caterina), com quem viveu os primeiros anos de vida e de quem foi separado quando contava entre 3 e 5 anos de idade; e sua madrasta (Dona Albiera), que era esposa de seu pai e uma moça carinhosa.

Freud (1910/1996e, p. 138) também comenta que

[...] ao atingir o ápice de sua vida, quando ingressava na casa dos cinquenta – época em que as características sexuais das mulheres já sofreram a involução, enquanto nos homens a libido, com frequência, apresenta um enérgico surto – sofreu ele uma nova transformação, [demonstrada por uma vitalidade que beneficiou sua criação artística].

Nessa época de sua vida, Leonardo da Vinci pintou a *Mona Lisa*, com seu sorriso notável e misterioso, que nos fascina até os dias de hoje. Segundo Freud (1910/1996e), ao encontrar e pintar Mona Lisa del Giocondo, o pintor resgata a lembrança do sorriso feliz e sensual de sua mãe. O quadro *Sant'Ana com dois outros* e a série de retratos caracterizados

pelo sorriso enigmático são dessa época. Sobre isso, Kamkhagi (2008, p. 72) afirma: “O momento em que as sombras da velhice passam a compor parte da vida e da obra de Leonardo seria, ao mesmo tempo, um período frutífero e repleto de novas composições [...]”.

Em *Os sonhos no folclore (Freud e Oppenheim)* (1957 [1911]), escrito juntamente com David Ernst Oppenheim (1881-1943), encontramos o simbolismo das fezes relacionado com alguns sonhos folclóricos. Os autores comentam que, na velhice, ocorre a troca do prazer sexual pelo excremental e a pulsão do erotismo genital é reprimida e substituída pelo erotismo anal. Também apontam que os sonhos de defecação podem ser sonhos de impotência tanto para homens quanto para mulheres (FREUD, 1996f).

Em *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), Freud (1996h) salienta que a morte seria o ponto mais doloroso do sistema narcisista, afetando a imortalidade do ego através da força da realidade. Também observa que a autoestima de um indivíduo depende estreitamente da libido narcisista, já que “[...] tudo que uma pessoa possui ou realiza, todo remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua auto-estima [sic] [...]” (FREUD, 1914/1996h, p. 104). E ainda: a compreensão de sua impotência, advinda de uma perturbação física ou mental, a diminui extraordinariamente. Elucidando esse mesmo trabalho, Kamkhagi (2008) explana que em cada psiquismo poderá ocasionar um tipo específico de processo de luto e ressignificação.

No ensaio *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), Freud (1996h) dedica o segundo capítulo ao tema da nossa relação com a morte. Ele afirma que é impossível concebermos a nossa própria morte e, ao tentarmos fazê-lo, nos encontramos na posição de espectadores: “[...] nosso hábito é dar ênfase à causação fortuita da morte – acidente, doença, infecção, idade avançada; dessa forma, traímos um esforço para reduzir a morte de uma necessidade para um fato fortuito [...]” (p. 300).

No mesmo trabalho, o autor explica como os homens primevos (pré-históricos) se relacionavam com a morte e compara com a forma de como lidamos com ela nos dias de hoje. Ele diz que, para o homem primevo, sua própria morte era inimaginável e irreal e sua atitude perante ela era altamente contraditória, uma vez que, por um lado, ele a reconhecia como o término da vida, por outro, a negava e a reduzia a nada. Descreve que essa contradição se devia ao fato de ele assumir atitudes extremamente diferentes diante da morte de outras pessoas, de estranhos, de inimigos e diante de sua própria morte.

O homem primitivo passa a refletir sobre a morte quando vivencia a dor de ver pessoas amadas (a esposa, o filho, o amigo) morrerem. Em relação a isso, Freud (1915/1996h, p. 303) argumenta:

[...] em sua dor, foi forçado a aprender que cada um de nós pode morrer, e todo o seu ser revoltou-se contra a admissão desse fato, pois cada um desses antes amados, era, afinal de contas, uma parte de seu próprio eu amado. Por outro lado, porém, mortes como essas também o agradavam, de uma vez que em cada uma das pessoas amadas havia também alguma coisa de estranho. A lei da ambivalência do sentimento, que até hoje rege nossas relações emocionais com aqueles a quem mais amamos, por certo tinha uma validade muito mais ampla nos tempos primevos.

Com isso, o homem pré-histórico não podia mais manter-se distante da morte, uma vez que sofria a dor da perda de entes queridos, mas, ao mesmo tempo, não se mostrava disposto a reconhecê-la, pois não podia imaginar-se como morto. Ao submeter-se a esse fato, sua própria morte, a saída encontrada foi negar o significado de aniquilamento. “Foi ao lado do cadáver de alguém amado por ele que inventou os espíritos [...]” e a lembrança deles serviu como base para a hipótese de outras formas de existência, culminando na concepção de uma vida que continua após a morte (FREUD, 1915/1996h, p. 304). Essa experiência proporcionaria o surgimento da doutrina da alma, dos primeiros mandamentos éticos e das questões filosóficas frente ao sentido da vida e da morte.

Ainda com relação às pessoas amadas, Kamkhagi (2008, p. 74) afirma que

O ser humano – nutrindo naturalmente uma relação de amor e ódio frente aos objetos queridos – lidaria com a morte desses tanto com tristeza e enlutamento, como com ódio, vingança e satisfação, criando-se um solo fértil para o sentimento de culpa por ter desejado a morte dos objetos de amor.

Por fim, Freud (1915/1996h) aborda a questão da morte para o inconsciente. Ele sustenta que nosso inconsciente está convencido de sua própria imortalidade, pois ele desconhece tudo o que é negativo e, sob seu domínio, não há a negativa e nem o tempo:

[...] da mesma forma que para o homem primevo, também para nosso inconsciente há um caso em que as duas atitudes opostas para com a morte, aquela que a reconhece como sendo a extinção da vida, e aquela que a nega porque irreal, se chocam e entram em conflito. (p. 308).

Em suma, para ele, a atitude do inconsciente frente à questão da morte é quase exatamente a mesma que a do homem das épocas pré-históricas.

Apesar de ser um texto breve, *Sobre a transitoriedade* (1916 [1915]) é denso, pois nele Freud (1996h) aborda a questão de que a existência humana é transitória e de que é preciso que se executem processos de lutos relacionados às perdas e mudanças. Ele observa que “[...] a propensão de tudo que é belo e perfeito à decadência, pode [...] dar margem a dois impulsos diferentes na mente. Um leva ao penoso desalento [...] ao passo que o outro conduz à rebelião contra o fato consumado [...]” (p. 317). E mais: uma exigência de imortalidade, que é produto de nossos desejos, não consegue reivindicar seu direito à realidade. O autor não trabalha diretamente com o envelhecimento e a morte, mas podemos utilizar seus desdobramentos conceituais para refletirmos sobre essas questões.

Kamkhagi (2008, p. 73), examinando o ensaio citado, assevera que Freud “[...] apresenta a questão da necessidade de uma elaboração contínua do luto frente à passagem do tempo e seus efeitos de destruição [...]”. O envelhecimento e a velhice podem ser considerados nesse trabalho quando se pensa na transitoriedade da existência humana, em que é necessário que se realizem os processos de lutos ligados às perdas e mudanças, ou seja, essa fase da vida delimita algumas perdas de laços com o outro e impõe o luto dos objetos perdidos.

Em *Além do princípio de prazer* (1920), apesar de não discutir a questão do envelhecer ou a expectativa da própria morte, Freud (1996i) discorre longamente sobre os processos de envelhecimento de micro-organismos e suas conexões com a reprodução. Entretanto, nosso maior interesse nesse trabalho se dá porque é nele que aparece pela primeira vez a expressão “pulsões de morte”.

No início dessa obra, Freud (1920/1996i) explica que o curso dos eventos mentais é conduzido pelo princípio de prazer, no qual uma tensão desagradável dá origem a um movimento que se direciona com a finalidade de reduzir essa tensão, buscando-se uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer. O autor busca

[...] relacionar o prazer e o desprazer à quantidade de excitação, presente na mente, mas que não se encontra de maneira alguma ‘vinculada’, e relacioná-los de tal modo, que o desprazer corresponda a um *aumento* na quantidade de excitação, e o prazer, a uma *diminuição* (p. 17-18, grifo do autor).

Depreende também que o domínio do princípio de prazer na vida mental se expressa na suposição de que o aparelho mental se empenha em manter a quantidade de excitação em seu interior baixa ou por conservá-la constante (princípio da constância).

Freud (1920/1996i) adverte que o princípio de prazer funciona a partir de um método primário, mas que, sob a perspectiva da autopreservação do organismo, que é sujeita às dificuldades do mundo externo, ele se mostra, desde o início, de maneira ineficaz e, muitas vezes, perigosa. Nessas circunstâncias, ele seria substituído pelo “princípio de realidade” que, apesar de não abandonar a intenção de obter prazer, pode exigir e efetuar o adiamento da satisfação, desistir de uma série de possibilidades de alcançá-la e tolerar temporariamente o desprazer como etapas a serem percorridas no longo e indireto percurso para o prazer.

No envelhecimento e na velhice, os esforços para se evitar as frustrações e as dificuldades para se atingir experiências satisfatórias, confrontadas com as exigências físicas e cognitivas do dia a dia, podem ocasionar na pessoa sentimentos de desamparo e o princípio de realidade pode lhe sinalizar a impossibilidade de desejar realisticamente, induzindo-a ao devaneio ou ao refúgio da realidade (KAMKHAGI, 2008).

Freud (1920/1996i) ressalta que somente um pequeno número de experiências pode ser responsabilizado pela substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade e destaca, como uma delas, a ocasião em que conflitos e dissensões se operam no aparelho mental enquanto o ego transpõe seu desenvolvimento para organizações mais compostas. Ele também afirma que:

A maior parte do desprazer que experimentamos é um desprazer *perceptivo*. Esse desprazer pode ser a percepção de uma pressão por parte de instintos insatisfeitos, ou ser a percepção externa do que é aflitivo em si mesmo ou que excita expectativas desprazerosas no aparelho mental, isto é, que é por ele reconhecido como um perigo. (p. 21, grifo do autor).

Adiante, o autor aborda o trabalho clínico da psicanálise, descrevendo sucintamente seu objetivo e as questões que foram sendo levantadas durante o seu desenvolvimento. Exprime que, durante o processo terapêutico, o princípio de prazer influencia o funcionamento da resistência do ego consciente e inconsciente quando seu propósito é evitar o desprazer que se originaria pela liberação do reprimido. O esforço do psicanalista se fundamentaria em proporcionar a tolerância do desprazer através do princípio de realidade.

Relacionando a compulsão à repetição com o princípio de prazer, Freud (1920/1996i, p. 31) destaca que:

A compulsão à repetição também rememora do passado experiências que não incluem possibilidade alguma de prazer e que nunca, mesmo há longo tempo, trouxeram satisfação, mesmo para impulsos instintuais que desde então foram reprimidos.

Vale enfatizar que ele afirma que os processos mentais inconscientes são “intemporais”, ou seja, eles não são ordenados temporalmente, não podem ser alterados de maneira alguma pelo tempo e que sua ideia não pode ser-lhe aplicada.

O auto explica ainda as pulsões sexuais como conservadores por trazerem de volta estados anteriores de substância viva, por se caracterizarem especialmente como resistentes às influências do mundo exterior e por preservarem a própria vida por um longo período. Também definido com pulsões de vida, “[...] operam contra o propósito dos outros instintos, que conduzem, em razão de sua função, à morte, e este fato indica que existe oposição entre eles e os outros [...]” (FREUD, 1920/1996i, p. 51).

Delimita também uma nítida distinção entre as pulsões do ego, ou pulsões de morte, e as pulsões sexuais, ou pulsões de vida, sustentando que os primeiros apresentam um caráter conservador, retrógrado, correspondente a uma compulsão à repetição, são criados a partir da animação da matéria inorgânica e buscam restaurar o estado inanimado. Em contrapartida, as pulsões sexuais, apesar de reproduzirem estados primitivos do organismo, visam perpetuamente a uma renovação da vida, mantêm muito mais contato com nossa percepção interna e surgem como rompedores da paz, gerando regularmente tensões cujo alívio se fazem sentir como prazer.

Detendo-se um pouco mais sobre essa questão teórica, Freud (1920/1996i, p. 66) diz que:

A tendência dominante da vida mental e, talvez, da vida nervosa em geral, é o esforço para reduzir, para manter constante ou para remover a tensão interna devida aos estímulos [...] tendência que encontra expressão no princípio de prazer, e o reconhecimento desse fato constitui uma de nossas mais fortes razões para acreditar na existência das pulsões de morte.

Para Mucida (2006, p. 35), “A velhice é também representada como a ascensão crescente da pulsão de morte; confrontação entre o desejo e sua realização, implicando efeitos importantes na economia libidinal.”

Em *O futuro de uma ilusão* (1927), Freud (1996k, p. 15) coloca que entende a civilização humana “[...] como tudo aquilo em que a vida humana se elevou acima de sua condição animal e difere da vida dos animais [...]” e, nesse sentido, pode ser observada sob dois aspectos. Um diz respeito a todo conhecimento e capacidade que o homem alcançou,

buscando controlar as forças da natureza com a finalidade de adquirir riquezas para suprir suas necessidades e, o outro, relaciona-se com os regulamentos essenciais para adequar os relacionamentos entre os homens e distribuir apropriadamente as riquezas entre eles. E atesta que, apesar de a humanidade ter realizado avanços sucessivos em seu controle sobre a natureza, há a impossibilidade de se instituir com convicção de que um avanço semelhante tenha ocorrido nos assuntos dos seres humanos.

Segundo Kamkhagi (2008, p. 72), Freud “[...] não vê na experiência da maturidade um percurso de sabedoria, que levaria a uma possibilidade de se refletir e perceber que o tempo cronológico não pode ser negociado nem barganhado [...]”.

O pai da psicanálise comenta que uma reorganização das relações humanas, cujo propósito envolveria remover as insatisfações para com a civilização por meio da renúncia à coerção e à repressão das pulsões, acarretaria o fim da perturbação pela discórdia interna e resultaria na dedicação do homem à conquista da riqueza e à sua usufruição; porém esse movimento não é observado na realidade. Com isso, podemos concluir que os homens não aprenderam com o passar do tempo e, mesmo que ocorresse o fim da coerção, a maioria dos seres humanos não estaria apta para empreender o trabalho imprescindível para a aquisição de novas riquezas.

Freud (1996k, p. 17) nos chama a atenção para o fato

[...] de estarem presentes em todos os homens tendências destrutivas e, portanto, antissociais e anticulturais, e que, num grande número de pessoas, essas tendências são suficientemente fortes para determinar o comportamento delas na sociedade humana.

Pondera também que a civilização não pode basear-se preponderantemente na sua riqueza, nos meios de atingi-la e nos seus arranjos para distribuí-la, pois estes são ameaçados pela rebeldia e pela mania destrutiva dos que participam e sofrem as exigências dela. Dito de outra forma, o indivíduo atingido pelos danos que a civilização e os outros homens lhe impõem desenvolve um grau correspondente de resistência aos regulamentos e hostilidade para com ele.

Para Beauvoir (1990), o idoso pode demonstrar essa hostilidade através de uma insensibilidade para com as outras pessoas, sentimentos de rancor ou, quando ainda mantém certa autoridade dentro da família, na exacerbação desse poder, como formas de compensação

e vingança.

Num outro momento, Freud (1927/1996k) reflete sobre a origem psíquica das ideias religiosas. Ele defende que, apesar delas serem eleitas como ensinamentos, na verdade “[...] são ilusões, realizações dos mais antigos, fortes e prementes desejos da humanidade” e não designam experiências ou resultados finais de pensamento (p. 39).

Freud (1927/1996k, p. 39) relata que, durante a infância, as crianças veem-se diante de um terrificante estado de desamparo, o qual suscita uma premência de proteção, que se dá através do amor e que é proporcionada pelo pai. O reconhecimento de que esse desamparo continuará ao longo da vida criou a necessidade de agarrar-se à existência de um pai, mas, dessa vez, um pai mais poderoso:

Assim o governo benevolente de uma Providência divina mitiga nosso temor dos perigos da vida; o estabelecimento de uma moral mundial assegura a realização das exigências de justiça, que com tanta frequência permaneceram irrealizadas na civilização humana; e o prolongamento da existência terrena numa vida futura fornece a estrutura local e temporal em que essas realizações de desejo se efetuarão.

De acordo com o autor, as ilusões derivam do desejo e não precisam infalivelmente serem falsas, irrealizáveis ou contraditórias à realidade; ou seja, uma crença é denominada de ilusão quando sua motivação primordial envolve a realização de um desejo e, assim procedendo, sua relação com a realidade e com sua verificação são desprezadas. Comenta que muitas pessoas cindem a vida em física e espiritual, imaginando uma vida após a morte. Essa fantasia tornaria mais suportável para o idoso lidar com a finitude do corpo físico. Argumenta que, se uma pessoa não aprendeu a se impor durante a juventude ou em outros instantes de sua vida, não será em idade mais madura (velhice) que saberá fazê-lo e continuará prisioneiro da opinião dos outros.

Freud (1996k), em *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]), trata mais uma vez sobre um assunto sociológico e seu tema principal aborda o antagonismo irremediável entre as exigências da pulsão e as restrições da civilização. É considerado o sucessor direto de *O futuro de uma ilusão* (1927).

Na obra, ele destaca que o propósito e a intenção de vida dos homens visam à obtenção da felicidade através da ausência de sofrimento e do desprazer e da vivência de intensos sentimentos de prazer. Esse propósito estaria intimamente relacionado com o princípio de

prazer, que domina o funcionamento do aparelho psíquico desde o início.

Freud (1930/1996k, p. 84-85) coloca que as possibilidades de felicidade são constantemente limitadas por nossa própria constituição e afirma que:

O sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens.

Podemos relacionar o primeiro eixo causador do sofrimento com a questão do envelhecimento, pois o autor, através de uma breve menção, concebe a velhice como a vivência de um período de degradação e sofrimento que inevitavelmente leva à morte.

Em outro momento, analisando os avanços da medicina que proporcionaram o prolongamento da vida média do homem civilizado, Freud (1930/1996k, p. 95) questiona: “[...] e que nos vale uma vida longa se ela se revela difícil e estéril em alegrias, e tão cheia de desgraças que só a morte é por nós recebida como uma libertação?”.

Obseva o autor que a pressão de todas essas possibilidades de sofrimento fizeram com que os homens moderassem suas reivindicações de felicidade, priorizando a evitação do sofrimento e colocando a obtenção de prazer em segundo plano. Para isso, o ser humano utiliza métodos que se diferenciam uns dos outros, levando em consideração a fonte de desprazer que ele quer evitar.

Ainda no texto *O mal-estar na civilização* (1930/1996k), Freud defende que “[...] todo sofrimento nada mais é que uma sensação; só existe na medida em que o sentimos, e só o sentimos como consequência de certos modos pelos quais nosso organismo está regulado [...]” (p. 85).

Um método para impedir o sofrimento de nosso próprio organismo (corpo) seria a intoxicação. Nele, o consumo de substâncias, quando atinge o sangue ou os tecidos, promove sensações prazerosas e altera significativamente a sensibilidade, proporcionando a incapacidade para receber impulsos desagradáveis; esses efeitos ocorreriam de modo simultâneo. Freud (1930/1996k) destaca a possibilidade de existirem em nosso corpo substâncias que apresentem efeitos semelhantes.

Em relação ao segundo eixo, o temível mundo externo, o autor afirma que nossa defesa pode abarcar um afastamento, uma rejeição ou até mesmo uma recriação desse mundo, onde os seus aspectos mais insuportáveis seriam anulados e substituídos por outros mais apropriados aos nossos desejos, mas essa saída em busca da felicidade estaria fadada ao fracasso por conta da realidade que se impõe. Outro caminho, que se apresenta como melhor, seria “[...] tornar-se membro da comunidade humana e, com o auxílio de uma técnica orientada pela ciência, passar para o ataque à natureza e sujeita-la à vontade humana [...]” (FREUD, 1930/1996k, p. 85).

Segundo o autor, é o sofrimento que provém da última fonte, os relacionamentos humanos, que seria o mais penoso. Sua defesa mais imediata se dá por meio do isolamento voluntário, do manter-se afastado das outras pessoas. Aqui também está incluída a modalidade de vida centrada no amor, na qual toda satisfação baseia-se em amar e ser amado. Uma de suas manifestações envolve o amor sexual, que proporcionou ao homem sua experiência mais intensa de sensação de prazer, tornando-se um modelo para a busca da felicidade. Freud (1930/1996k, p. 90), no entanto, adverte:

[...] nunca nos achamos tão indefesos contra o sofrimento como quando amamos, nunca tão desesperadamente infelizes como quando perdemos o nosso objeto amado ou o seu amor. Isso, porém, não liquida com a técnica de viver baseada no valor do amor como um meio de obter felicidade.

Pesquisas apontam o consumo de álcool e/ou drogas, que se constituem como substâncias que alteram a percepção e a sensibilidade, como um dos fatores de risco para o suicídio (LOVISI et al., 2009; PÉREZ BARRERO, 2012; MINAYO; PINTO et al., 2012; PINTO; SILVA et al., 2012). As ameaças do mundo externo seriam eventos circunstanciais, essencialmente desestabilizadoras, que repercutem em algumas pessoas de maneira a fazê-las desistirem da vida (CAVALCANTE; MINAYO, 2004). Cassorla e Smeke (1994) consideram que os fatores do mundo externo que se articulam com as pulsões de vida e as pulsões de morte podem ocasionar formas emblemáticas de autoaniquilamento.

Em relação ao sofrimento advindo dos relacionamentos humanos, Kamkhagi (2008, p. 137) observa que esse sentimento doloroso gera ansiedade e a busca em se evitar novos confrontos com novas perdas, ou seja, “[...] o que de forma extrema seria a perda dos objetos de amor é, em última instância, perder-se a si próprio, os ganhos as construções, enfim, tudo aquilo que constitui o sujeito e sua identidade psíquica e social se perde [...]”.

Freud (1930/1996k) destaca, entre as pulsões do homem, uma poderosa cota de agressividade. Sua existência está presente em todos, constituindo-se num fator perturbador dos relacionamentos humanos e, em consequência dela, a sociedade civilizada encontra-se em permanente ameaça de desintegração e utiliza-se de esforços supremos para instaurar limites e manter suas manifestações sob controle. Isso se daria por intermédio de formações psíquicas reativas. O autor salienta que “[...] esse instinto agressivo é o derivado e o principal representante do instinto de morte, que descobrimos lado a lado de Eros e com este divide o domínio do mundo [...]” (p. 126).

Sob o enfoque do desenvolvimento humano, Freud (1930/1996k, p. 139) aponta que, para o desejo de agressão se tornar inofensivo, ele deve ser introjetado, internalizado, isto é, deslocado de volta ao próprio ego; lá, ele é assumido pelo superego, cuja “[...] função consiste em manter a vigilância sobre as ações e as intenções do ego e julgá-las, exercendo sua censura [...]”. Essa tensão entre o severo superego e o ego resultaria em sentimento de culpa que “[...] nada mais é do que uma variedade topográfica da ansiedade; em suas fases posteriores, coincide completamente com o *medo do superego*” (FREUD, 1930/1996k, p. 138).

2.4 O SUICÍDIO SOB A ÓTICA DA TEORIA PSICANALÍTICA

Dando seguimento ao que foi exposto até o momento, aqui se desenvolverá como a teoria psicanalítica aborda o tema do suicídio. Inicialmente, conheceremos alguns dos trabalhos em que Freud tratou do assunto e as ideias desenvolvidas por ele. Em seguida, apresentaremos a visão de Roosevelt M. S. Cassorla, um psicanalista posterior a ele.

Em *Equívocos na ação* (1901), Freud (1996d) aborda o tema do suicídio sob a perspectiva das intenções conscientes e inconscientes para o ato. Ele observa que “[...] além do suicídio intencional consciente, existe uma autodestruição semi-intencional (com uma intenção inconsciente), capaz de explorar habilmente uma ameaça à vida e mascarar-la como um acidente casual [...]” (p. 183). Também sugere que essa autodestruição não seja rara. Explica que essa tendência se encontra presente, em certa medida, em muito mais pessoas e não somente naquelas em que ocorrem os ferimentos autoinfligidos. Supõe que essas lesões são um compromisso entre essa pulsão e as forças que se opõem a ela.

Freud (1901/1996d, p. 184) ressalta que, mesmo nos casos em que o suicídio se consuma, “A propensão a ele terá estado presente desde longa data, com menor intensidade ou sob a forma de uma tendência inconsciente e suprimida [...]”.

Durante essa abordagem ao tema do suicídio, ele nos dá vários exemplos de casos que sugerem acidentes aparentemente casuais, mas que, sob uma interpretação mais aprofundada, confirmavam suas ideias:

Mesmo a intenção *consciente* de cometer suicídio escolhe sua época, seus meios e sua oportunidade; e é perfeitamente consonante com isso que a intenção *inconsciente* aguarde uma ocasião que possa tomar a seu encargo parte da causação e que, ao requisitar as forças defensivas do sujeito, liberte a intenção da pressão destas. (FREUD, 1901/1996d, p. 184, grifo nosso).

Em *Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910), que foi proferido na Sociedade Psicanalítica de Viena, em 20 e 27 de abril de 1910, Freud (1996e) discute que o papel real de uma escola não é somente evitar que seus alunos cometam esse ato, mas dar-lhes o desejo de viver e proporcionar-lhes apoio numa época de seu desenvolvimento em que os jovens são compelidos a afrouxar seus vínculos com a família.

Outra questão importante desse discurso é que ele sugere a investigação da condição da melancolia e do luto como ponto de partida para se responder a indagação a respeito do suicídio. Essa indagação do autor acabou resultando no trabalho *Luto e melancolia* (1917 [1915]), em que ele faz um aprofundamento sobre a natureza da melancolia e a compara com o estado normal do luto.

Ele aponta três precondições para a melancolia: a perda do objeto, a ambivalência e a regressão da libido ao ego. Descreve que a autotortura na melancolia significa uma satisfação das tendências sádicas e de ódio relacionados a um objeto que retornaram ao eu do indivíduo, o que faz com que essa condição se relacione com a tendência ao suicídio.

Freud (1917 [1915] /1996h, p. 257) comenta que:

A análise da melancolia mostra agora que o ego só pode se matar se, devido ao retorno da catexia objetal, puder tratar a si mesmo como um objeto – se for capaz de dirigir contra si mesmo a hostilidade relacionada a um objeto, e que representa a reação original do ego para com objetos do mundo externo. Assim, na regressão desde a escolha objetal narcisista, é verdade que nos livramos do objeto; ele, não obstante, se revelou mais poderoso que o próprio ego.

Relacionando essas concepções com o envelhecimento e a velhice, Kamkhagi (2008,

p. 79) explica que essa fase da vida envolve progressivas perdas das capacidades físicas e cognitivas, além da aparência corporal, que diminuem a condição do idoso de exercer a agressividade e que atingem “[...] as pulsões de auto-afirmação [sic] (competência e atratividade, pulsões ativas e passivas), bem como a pulsão de apoderamento.” Com isso, haveria a perda de aspectos e identificações do eu por meio de uma “desidentificação”, na qual ocorreria uma melancolia pelo luto da perda dos aspectos bons desse objeto.

Esse luto nessa fase da vida impossibilitaria o reconectar-se a novos objetos, pedindo uma elaboração e ocasionando crises de angústia ou melancolia. Kamkhagi (2008, p. 80) afirma que “[...] há uma tendência a introjetar as percepções e expectativas externas (espelhamento social) que, em geral, confinam o idoso a uma posição cada vez mais fora do jogo ou, quando muito, de figura tolerada desde que se mantenha no seu lugar [...]”.

Beauvoir (1990, p. 607) comenta que os idosos são, muitas vezes, melancólicos e que essa descrição estaria relacionada com “perda do eu, desvalorização, futuro limitado, tédio, impotência”. Ela também relaciona esses estados com a ideia de suicida.

Em *O ego e o id* (1923), subitem *As relações dependentes do ego*, Freud (1996j, p. 61) nos oferece uma descrição da mente e de seu funcionamento:

[...] o ego é formado, em grande parte, a partir de identificações que tomam o lugar de catexias abandonadas pelo id; que a primeira dessas identificações sempre se comporta como uma instância especial no ego e dele se mantém à parte sob a forma de um superego: enquanto que, posteriormente, à medida que fica mais forte, o ego pode tornar-se mais resistente às influências de tais identificações [...].

Segundo ele, o superego deve sua posição especial ao ego, ou em relação a ele, porque, por um lado, ele foi a primeira identificação que se realizou enquanto o ego ainda era fraco e, por outro, porque ele é o herdeiro do complexo de Édipo e, portanto, introduziu os objetos mais significativos no ego. Essa derivação do complexo paterno lhe dá a capacidade de manter-se à parte do ego e de dominá-lo. Freud (1923/1996j, p. 61) salienta que o superego “[...] constitui uma lembrança da antiga fraqueza e dependência do ego, e o ego maduro permanece sujeito à sua dominação [...]”.

No decorrer do texto, o autor comenta algumas razões para um paciente, durante a análise, regredir em sua sintomatologia quando o analista expressa algum tipo de comentário sobre sua satisfação pelo progresso no tratamento. De acordo com Freud (1923/1996j, p. 62),

percebe-se, nesse exemplo, que o analista está “[...] tratando com o que pode ser chamado de fator ‘moral’, um sentimento de culpa, que está encontrando sua satisfação na doença e na recusa a abandonar a punição do sofrimento [...]”.

Diz que o sentimento de culpa normal (consciente) se baseia na tensão que existe entre o ego e o ideal de ego (superego), no qual haveria uma condenação do ego por essa instância crítica. Comenta que na melancolia “[...] o sentimento de culpa é superintensamente consciente; nela, o ideal de ego demonstra uma severidade particular e com frequência dirige sua ira contra o ego de maneira cruel [...]” (FREUD, 1923/1996j, p. 63). Ou seja, nesse caso, o superego aplica sua ira num objeto que foi incluído no ego por meio da identificação.

Para Freud (1923/1996j, p. 65-66), essa ira que o superego dirige para o ego se dá por que ele conseguiu um ponto de apoio na consciência,

[...] como se tivesse se apossado de todo o sadismo disponível na pessoa em apreço. Seguindo nosso ponto de vista sobre o sadismo, diríamos que o componente destrutivo entrincheirou-se no superego e voltou-se contra o ego. O que está influenciando agora o superego é, por assim dizer, uma cultura pura do instinto de morte e, de fato, ela com bastante frequência obtém êxito em impulsionar o ego à morte, se aquele não afasta o seu tirano a tempo [...].

Nesse sentido, o idoso apresenta dificuldades para processar as frustrações acumuladas, uma vez que as chances de compensar, de buscar possibilidades equivalentes e de aprender novos modos de gratificação se reduzem. Somado a isso, os prazos se extinguem, resultando na progressiva restrição do processo desejante, restando a carência, a falta e a nostalgia e, em consequência disso, a esperança confiante e o vislumbre de um gozo possível paulatinamente se apagam (KAMKHAGI, 2008).

Em relação ao neurótico, o estudioso comenta que ele “[...] dá o passo para a autodestruição; é como se ele estivesse imune ao perigo de suicídio e se achasse muito mais bem protegido contra ele que o histérico [...]” (FREUD, 1923/1996j, p. 66), deixando transparecer que o fato de o objeto ter sido retirado garante a segurança do ego.

O autor descreve que, quando as pulsões destrutivas são liberadas e buscam destruir o objeto, o ego luta contra elas com formações reativas e medidas de precaução para que elas permaneçam no id. O superego, porém, entende esse processo e comporta-se responsabilizando o ego por eles e, com seriedade, pune essas intenções destrutivas. O

superego também demonstra, com essa punição, que essas intenções de destruição não são meras aparências chamadas pela regressão, mas representam uma substituição do amor pelo ódio.

O envelhecimento e a velhice ocorreriam por meio de um progressivo abandono do investimento objetal, em que a base biológica da libido se enfraqueceria e haveria um declínio do interesse em novos investimentos e vínculos afetivos. Com isso, ocorreria uma regressão ao narcisismo primário que deslocaria a libido às fases pré-genitais, principalmente à fase anal, e a retomada de investimentos mais arcaicos e egoístas. Desse modo, essa fase da vida

[...] traria consigo uma diminuição dos recursos pulsionais genitais das pulsões sexuais; propiciaria, ainda, uma regressão pulsional e poderia redundar em um retorno do recalcado, causando um novo rearranjo e perturbações na psique [...] (KAMKHAGI, 2008, p. 74).

O ego, impotente em ambas as direções, se defende, em vão, tanto das estimulações assassinas do id quanto da censura punitiva do superego. Mesmo assim, o ego consegue manter sob controle as ações mais brutais dos dois lados, tendo como resultado, em primeiro lugar, um autossuplício permanente e, fortuitamente, segue-se uma tortura sistemática dele, à medida que o objeto estiver ao alcance (FREUD, 1923/1996j).

As pulsões de morte são tratadas no indivíduo de várias maneiras: tornando-se inócuas por sua fusão com componentes eróticos; sendo desviadas, sob a forma de agressividade, para o mundo externo e, mesmo assim, em grande parte continuam seu trabalho interno sem dificuldade.

Para Freud (1923/1996j, p. 66-67), “[...] quanto mais um homem controla a sua agressividade, mais intensa se torna a inclinação de seu ideal à agressividade contra seu ego. É como um deslocamento, uma volta contra seu próprio ego [...]”.

O autor relembra que o superego aparece de uma identificação com o pai tomado como modelo (complexo de Édipo) e explica que toda identificação desse tipo possui a natureza de uma dessexualização ou de uma sublimação, ou seja, quando uma transformação desse tipo ocorre há, concomitantemente, uma des fusão pulsional:

Após a sublimação, o componente erótico não tem mais o poder de unir a totalidade da agressividade que com ele se achava combinada, e esta é

liberada sob a forma de uma inclinação à agressão e à destruição. Essa defusão seria a fonte do caráter geral de severidade e crueldade apresentado pelo ideal – o seu ditatorial ‘farás’. (FREUD, 1923/1996j, p. 67).

Com esse trabalho, o ego ajuda as pulsões de morte do id a alcançarem controle sobre a libido, no entanto isso resulta no risco do ego tornar-se objeto das pulsões de morte e de ele próprio vir a perecer.

Ele aponta que, para os conteúdos do id penetrarem no ego, eles se utilizam de dois caminhos: um é direto e o outro por intermédio do ideal de ego, explicando que:

[...] o ego evolui da percepção para o controle dos instintos, da obediência a eles para a inibição a eles. Nesta realização, grande parte é tomada pelo ideal do ego, que, em verdade, constitui parcialmente uma formação reativa contra os processos instintuais do id [...] (FREUD, 1923/1996j, p. 68).

Também salienta que o ego serve a três senhores e, por essa razão, se vê ameaçado por três perigos: o mundo externo, a libido do id e a severidade do superego. A ameaça desses perigos faz com que o ego desenvolva o reflexo de fuga, do qual ele retira sua própria catexia da percepção ameaçadora ou do processo analogamente considerado no id e a emite como ansiedade. Posteriormente, essa reação primitiva viria a ser substituída pela efetivação de catexias protetoras.

Por fim, Freud procura distinguir o medo da morte do temor de um objeto (ansiedade realística), todavia, observa não ser uma tarefa fácil, pois

[...] a morte é um conceito abstrato com conteúdo negativo para o qual nenhum correlativo inconsciente pode ser encontrado. Pareceria que o mecanismo do medo da morte só pode ser o fato de o ego abandonar em grande parte a sua catexia libidinal narcísica – isto é, de ele se abandonar, tal como abandona algum objeto *externo* nos outros casos em que sente ansiedade. Creio que o medo da morte é algo que ocorre entre o ego e o superego (FREUD, 1923/1996j, p. 70, grifo do autor).

Para o autor, o medo da morte aparece sob duas condições: como reação a um perigo externo e como um processo interno. Cita a melancolia como um exemplo da segunda condição e explica que, nesse caso, o próprio ego se abandona porque, ao invés de se sentir amado pelo superego, sente-se odiado e perseguido por ele. E afirma que:

[...] quando o ego se encontra num perigo real excessivo, que se acredita incapaz de superar por suas próprias forças, vê-se obrigado a tirar a mesma conclusão. Ele se vê desertado por todas as forças protetoras e se deixa morrer [...] (FREUD, 1923/1996j, p. 70).

Em *O problema econômico do masoquismo* (1924), Freud (1996j) nos fornece uma descrição mais completa desse fenômeno. Segundo ele, o masoquismo pode ser observado sob três formas: como condição imposta à condição sexual (masoquismo *erógeno*), como expressão da natureza feminina (masoquismo *feminino*) e como norma de comportamento (masoquismo *moral*). Ele também aponta que o prazer no sofrimento encontra-se nas três formas desse fenômeno.

Freud (1924/1996j) ressalta que a terceira forma é, sob certos aspectos, a forma mais importante assumida pelo masoquismo e, a partir disso, procura revelar novos problemas em vinculação com os sentimentos de culpa e o funcionamento da consciência.

Para ele, o masoquismo moral é notável, sobretudo por haver afrouxado sua vinculação com a sexualidade, ou seja, é o próprio sofrimento o que interessa, não importando que ele seja decretado por alguém que é amado ou por alguém que é indiferente. Com relação a isso, Freud (1924/1996j, p. 183) diz: “[...] pode mesmo ser causado por poderes impessoais ou pelas circunstâncias; o verdadeiro masoquista sempre oferece a face onde quer que tenha oportunidade de receber um golpe [...]”.

Retomando as ideias do ego e do id, Freud (1923/1996j) adentra na questão do sentimento de culpa e também na função do ego de unir e reconciliar reivindicações das três instâncias a que serve.

Sob esse enfoque, Freud (1923/1996j, p. 186) explica que o masoquismo moral “[...] incide no próprio masoquismo do ego, que busca punição, quer do superego, quer dos poderes parentais externos [...]”; em que o que está envolvido é uma necessidade que encontra a satisfação por meio da punição e do sofrimento. E complementa que:

Difícilmente, então, pode ser um pormenor insignificante que o sadismo do superego se torne, na maior parte, ofuscantemente consciente, ao passo que a tendência masoquista do ego permaneça, via de regra, oculta ao indivíduo e tenha de ser inferida de seu comportamento. (p. 186).

Com isso, o autor afirma que o masoquismo moral é inconsciente e traduz a expressão

“sentimento inconsciente de culpa” como uma necessidade de punição às mãos de um poder paterno. Ainda esclarece que o desejo de ser espancado pelo pai, tão presente nas fantasias, estaria muito próximo de outro desejo, o de ter uma relação sexual passiva (feminina) com ele e se constituiria numa deformação regressiva. Relacionando essa explicação com o masoquismo moral, ele salienta que:

A consciência e a moralidade surgiram mediante a superação, a dessexualização do complexo de Édipo; através do masoquismo moral, porém, a moralidade mais uma vez se torna sexualizada, o complexo de Édipo é revivido e abre-se o caminho para uma regressão, da moralidade para o complexo de Édipo [...] (p. 187).

Essa regressão não seria vantajosa nem para a moralidade, nem para a pessoa interessada. Mesmo que o indivíduo conserve a totalidade ou determinada medida de senso ético ao lado de seu masoquismo, grande parte de sua consciência pode ter se desvanecido nele. Mais uma vez, o masoquismo gera uma tentação para realizar ações pecaminosas, que devem sofrer as consequências pelas censuras da consciência sádica ou pelo castigo infligido pelo grande poder parental do Destino. Buscando instigar a punição desse representante dos pais, o masoquista deve comportar-se de maneira desaconselhável, agir contra seus próprios interesses, destruir as perspectivas que se descerram para ele no mundo real e, talvez, até eliminar sua própria existência real.

De acordo com Freud (1923/1996j, p. 187), “[...] a volta do sadismo contra o eu (*self*) ocorre regularmente onde uma *supressão cultural dos instintos* impede que grande parte dos componentes instintuais destrutivos do indivíduo seja exercida na vida [...]”. O que o leva a considerar que essa parte da pulsão destrutiva que se afastou volta-se para o ego como uma intensificação do masoquismo.

Sob o ponto de vista dos fenômenos da consciência, ele deduz que o superego assume a destrutividade, que retorna do mundo externo e aumenta seu sadismo contra o ego. Sendo assim, o sadismo do superego e o masoquismo do ego complementam-se mutuamente e unem-se para ocasionar os mesmos efeitos. Freud (1923/1996j, p. 187) afirma que:

Só assim, penso eu, podemos compreender como a supressão de um instinto pode, com frequência ou muito geralmente, resultar em um sentimento de culpa, e como a consciência de uma pessoa se torna mais severa e mais sensível, quanto mais se abstém da agressão contra os outros.

Ele comenta que se espera que um homem, que possui o hábito de evitar cometer atos de agressividade, que são indesejáveis sob um ponto de vista cultural, em razão disso terá uma boa consciência e espreitará seu ego com menos suspeita; como se os requisitos éticos fossem primários e a renúncia às pulsões procedesse dele. Mas, o autor ressalta que parece acontecer o inverso. Os poderes externos forçam a primeira renúncia instintual e é isso que origina o senso ético, que se apresenta na consciência e impõe uma posterior renúncia à pulsão. Freud (1923/1996j, p. 188) finaliza dizendo que:

O masoquismo moral, assim, se torna uma prova clássica da existência da fusão do instinto. Seu perigo reside no fato de ele originar-se do instinto de morte e corresponder à parte deste instinto que escapou de ser voltado para fora, como instinto de destruição. No entanto, de vez que, por outro lado, ele tem a significação de um componente erótico, a própria destruição de si mesmo pelo indivíduo não pode se realizar sem uma satisfação libidinal.

A partir deste momento serão descritas e desenvolvidas as ideias de um psicanalista que se debruçou sobre a questão do suicídio e suas contribuições para o tema. – Roosevelt M. S. Cassorla – que vem estudando o tema há tempos e é considerado um especialista no assunto. Cassorla (1991a, p. 18) comenta que seu conceito sobre o suicídio é bem amplo e que também engloba as teorizações derivadas dos conceitos freudianos de pulsão de morte: “[...] essa pulsão está presente em todos nós e pode manifestar-se não somente no ser humano individual como também em grupos e sociedades maiores [...]”.

Ele ressalta que o ato suicida possui várias funções, que vão depender de cada pessoa e situação. Defende que os estudos psicanalíticos podem apresentar pistas mais aprofundadas do indivíduo que comete esse ato, denominando-as de aproximações elucidativas.

Cassorla (1991a) considera que a pessoa que se suicida está buscando a fuga de um sofrimento que ela sente como insuportável e que se manifesta como uma angústia imensa, somadas a sentimentos de desesperança e tristeza profundas. Nesse sentido, a morte é vista como uma solução para dar fim a essa sensação.

Ou seja, para o autor, o suicida não quer morrer, até mesmo porque ninguém sabe o que é a morte, portanto o seu desejo é fugir do sofrimento. Então, a pessoa se mata porque deseja outra forma de vida, fantasiada, que pode ocorrer na terra ou em outro mundo, mas que, na realidade, encontra-se em sua mente (CASSORLA, 1985; CASSORLA, 1991a).

Cassorla (1991b, p. 69) assinala que “O suicida quer viver e morrer ao mesmo tempo e que ele está sempre em conflito. O resultado do ato decorrerá da intensidade de cada um dos seus desejos e de circunstâncias fortuitas ligadas ao método usado e à possibilidade de socorro [...]”.

Quando as frustrações se intensificam e a pessoa não vê nenhuma saída é que a ideia do suicídio começa a se instalar. Cassorla (1991d) comenta que o evento consuma apenas a morte física, uma vez que já se sucederam diversas mortes parciais. A pessoa já esgotou todas as suas potencialidades e, com isso, se sente morta, pois não se gratifica no trabalho ou afetivamente.

Tais considerações relacionam-se com as perdas que o idoso vivencia nessa etapa de sua vida, período em que, provavelmente, já vivenciou a perda de familiares, parentes, amigos ou de referências; ou ainda quando deixa de ser o trabalhador e passa a ser aposentado, entre outros (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Analisando as motivações inconscientes dos atos suicidas, Cassorla (1985, p. 42) comenta que geralmente, quando nos deparamos com esse evento, a primeira pergunta que fazemos diz respeito àquilo que motivou o ato:

Comumente esses motivos são apenas a gota d’água, o desencadeante último, o elo final de uma longa cadeia de eventos que interagiram entre si ou com componentes individuais, levando a conflitos, a rede de conflitos, e esses conflitos remontam a conflitos mais primitivos, que se originaram na infância [...].

O autor também aponta algumas fantasias inconscientes que se encontram em relação com o que seria a morte. Uma delas relaciona-se com a questão, já citada anteriormente, de que um sofrimento tido como insuportável leva a pessoa a se matar porque ela deseja outra forma de vida, livre do sofrer. Nesse caso, a fantasia envolvida refere-se a um encontro com uma vida cheia de paz, amor ou proteção; o reencontro com pessoas queridas e, até mesmo, “[...] o desejo de reencontrar-se em simbiose com a mãe, numa espécie de útero” (CASSORLA, 1991a, p. 23). Aqui, a morte seria como um parto ao contrário. Também envolvem os conceitos de paraíso, de céu, das religiões que remetem muito a essa ideia de vida intrauterina, de ausência de necessidades e de felicidade total, no seio de Deus. As analogias de volta à “mãe terra” também se associam ao mesmo simbolismo (CASSORLA, 1985; CASSORLA, 1991a). Pode-se salientar que o suicida não está escolhendo necessariamente a morte, mas sim um outro modo de viver.

Outra fantasia comumente encontrada apresenta um componente agressivo contra o ambiente, na qual há a necessidade de vingança e de causar sofrimento aos outros. O suicida vinga-se de inimigos reais ou imaginários. De acordo com Cassorla (1985, p. 32), “[...] esse prazer em imaginar como será a reação dos outros à própria morte é extremamente comum no ser humano, e se acentua em momentos de frustração, impotência e raiva [...]”.

Ele também ressalta que a pessoa que se suicida esquece, em seu delírio, que ela não poderá presenciar nada, pois estará morta. Em sua fantasia, sua morte provocaria culpa e remorso nas pessoas que o maltrataram, então, o suicida ressuscitaria, todos se perdoariam e seguiriam suas vidas, num final feliz.

Outro grupo de fantasias inconscientes encontradas na pessoa que pensa em tirar a sua vida envolve o desejo de punição, de castigo, de destruir os impulsos assassinos e os impulsos sexuais culposos. Essas fantasias estariam diretamente relacionadas com as pulsões de vida e as pulsões de morte.

Enfocando a consciência da passagem do tempo que faz com que a pessoa defronte-se com a realidade de sua finitude, o autor lembra-nos de que, na Psicanálise, não existe a noção de tempo no inconsciente. Nele, passado, presente e futuro se misturam, são indiferenciados, assim como não existem contradições. Sobretudo, Cassorla (1991c, p. 109-110, grifo do autor) comenta que:

Mas existe um fenômeno, ligado aos processos de luto, em que processos inconscientes, eliciados por fatores temporais, fazem com que o indivíduo reviva, no presente, situações passadas, mas deformadas e mascaradas. Isso nos obriga a supor a existência de um sentido de tempo, tempo cronológico, no Ego inconsciente. A esse fenômeno chamamos *reações de aniversário*.

O autor postula que, nas situações da reação de aniversário, o luto aparentemente se resolveu, mas aspectos persecutórios ficaram recalcados. Essas situações evocam fenômenos revivescientes persecutórios, que surgem inconscientemente, se apresentando de maneiras deformadas ou deslocadas, e a pessoa não têm consciência de que seus sintomas e reações tem relação com essas revivescências.

Por fim, ele afirma que os suicídios intencionais também ocorrem como reações de aniversário, nas quais a pessoa, na maioria das vezes, não possui consciência de seu conflito, que é mobilizado pelo calendário (CASSORLA, 1985).

Diante do exposto, percebe-se o valor da teoria psicanalítica no enfoque ao evento do suicídio na população idosa, buscando-se ampliar o conhecimento e a compreensão desse ato, além de discutir e refletir sobre possíveis medidas para a prevenção de sua ocorrência.

3 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como objetivo realizar uma análise interpretativa com base na teoria psicanalítica de um caso de suicídio de idoso, a partir de uma autópsia psicológica e psicossocial, buscando compreender a dinâmica intrapsíquica e intersubjetiva na qual se encontra a pessoa que comete esse ato.

Tais aspectos envolvem descobrir e discutir diferentes estratos e universalidades presentes no caso escolhido, explorando analiticamente o significado dos detalhes informados e das diversas camadas de significado contidas na narrativa do familiar do idoso que cometeu o suicídio.

Identificar quais são os detalhes, entre os vários sentidos das falas dos familiares, que foram proeminentes e as interpretações atribuídas a eles.

Investigar e discutir alguns fatores em comum que esse caso apresente com outras pesquisas realizadas com a mesma temática.

Contribuir para uma maior compreensão do ato suicida na população idosa e para possíveis caminhos para a sua prevenção.

4 MÉTODO

A escolha do método a ser utilizado deve encontrar-se em consonância com o propósito da pesquisa que se pretende realizar, com os objetivos que se buscam alcançar e com os pressupostos teóricos que fundamentaram a elaboração do projeto.

Esta pesquisa visa investigar um caso de suicídio de um idoso através da teoria psicanalítica, sendo mediada pela pesquisa qualitativa, por meio de um estudo de caso.

A decisão desse método de pesquisa segue o princípio de a Psicanálise privilegiar o estudo de caso como método de investigação.

Para finalizar este capítulo, descreveremos os procedimentos executados ao longo desta pesquisa.

4.1 MÉTODO QUALITATIVO DE PESQUISA

Autores como Turato (2004) e Lakatos e Marconi (2008) afirmam que a metodologia qualitativa teve origem na prática da Antropologia. Turato (2004, p. 39) nos conta que o antropólogo polonês Bronislaw Kasper Malinowski (1884-1942) é considerado seu pioneiro, com a obra *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia* (1922), em que ele

[...] procurou descrever como havia obtido os seus dados e como era a experiência de campo, insistindo no fato de que a teoria da cultura tinha de ser fundamentada em experiências humanas particulares, baseadas na observação e procuradas indutivamente.

Lakatos e Marconi (2008, p. 269) asseveram que “[...] a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano [...]”. E complementam informando que as amostras investigadas nesse tipo de pesquisa são reduzidas, os instrumentos de coleta não são estruturados e sua análise fornece dados mais minuciosos sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, entre outros.

Guimarães, Martins e Guimarães (2004) enfatizam que a pesquisa qualitativa busca descobrir as tendências e os processos que explicam o “como” e o “porquê” das coisas. E que apesar de não existirem regras metodológicas fixas e completamente definidas, há “[...] estratégias e abordagens de coleta de dados, que não devem ser confundidas com a ausência

de metodologia ou com o vale tudo [...]” (p. 80). Essas autoras também descrevem que, nessa abordagem de pesquisa, existe um vínculo dinâmico e indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do indivíduo.

Souza e Matos (2004, p. 220) destacam que a investigação de abordagem qualitativa visa compreender o particular daquilo que se estuda e que “[...] o foco da atenção do pesquisador se dirige ao específico e ao individual, abandonando as generalizações, os princípios e as leis, substituindo as correlações estatísticas em favor das descrições individuais [...]”.

Turato (2004, p. 25-26) chama a atenção para o fato de esse método buscar as relações dos significados e diz que:

[...] trabalhar qualitativamente implica, por definição, estender/interpretar os sentidos e as significações que uma pessoa dá aos fenômenos em foco, por meio de técnicas de observação ampla e entrevistas em profundidade (instrumentos necessários e suficientes), em que são valorizados o contato pessoal e os elementos do *setting* natural do sujeito [...].

Em relação às técnicas que mais se identificam com este método, podemos citar a observação participante, história ou relatos de vida, a análise de conteúdo, entrevista não diretiva, entre outros, que acumulam um *corpus* qualitativo de informações (GRUBITS; DARRAULT-HARRIS, 2004).

Guimarães, Martins e Guimarães (2004) apontam que as principais vantagens desse método são: (a) gerar informações ricas e detalhadas que mantém intactas as perspectivas dos participantes; (b) possibilitar uma compreensão do contexto dos comportamentos de saúde e de resultados de programas; e (c) fornecer informações úteis a respeito de tópicos mais pessoais ou de difícil abordagem em desenhos de estudos mais estruturados.

Neste momento faremos uma descrição da síntese formulada por Turato (2004), que expõe as principais características do método qualitativo:

- a) o paradigma dominante deste método é a Fenomenologia;
- b) sua grande área de estudo engloba as Ciências do Homem;
- c) a atitude científica deste método busca a compreensão do Homem;

- d) seu objeto de estudo são os fenômenos humanos apreendidos;
- e) suas principais disciplinas são a Psicanálise, a Antropologia, a Sociologia Compreensiva e a Psicologia Compreensiva;
- f) os objetivos desta pesquisa envolvem a interpretação da relação de significados sobre os fenômenos para as pessoas e a sociedade;
- g) o desenho do projeto da pesquisa qualitativa utiliza recursos abertos e flexíveis;
- h) durante o andamento do projeto há a utilização evolutiva de recursos;
- i) a força do método é atribuído ao rigor da validade dos dados/achados;
- j) uma de suas abordagens específicas enquadram o pesquisador como instrumento;
- k) os instrumentos usados na pesquisa qualitativa são: a observação livre e as entrevistas semidirigidas, e as complementares são: coleta intencional em prontuários e testes psicológicos eventuais;
- l) a amostra/grupo do estudo é proposital, com sujeitos eleitos individualmente e seu tamanho é pequeno;
- m) o tratamento dado aos dados coletados utiliza-se das análises de conteúdo (categorias por relevância teórica e repetição);
- n) a apresentação dos resultados se dá através de tópicos com observações de campo e citações literais e não se encontram separados da discussão;
- o) ocorre a interpretação simultânea durante a apresentação dos resultados e a revisão crescente de hipóteses iniciais; e
- p) a conclusão da pesquisa aparece através de conceitos e pressupostos revistos para confrontação pelo leitor-consumidor em outros *settings*.

Guimarães, Martins e Guimarães (2004, p. 85-86) também formularam um quadro síntese com particularidades do método qualitativo com alguns itens que consideramos interessantes que sejam salientados: a) é um fenômeno subjetivo; b) também denominada ciência leve; c) a revisão de literatura deve ser feita com o estudo em andamento ou

posteriormente; d) desenvolve a teoria; e) é organísmica, o todo é maior do que as partes; f) apresenta uma rica narrativa, com interpretação individual; g) os elementos básicos para a análise são as palavras/ideias; h) levanta questões de pesquisa; i) o raciocínio é dialético e indutivo e j) empenha-se pela singularidade.

Por fim, Guimarães, Martins e Guimarães (2004, p. 82) afirmam que “[...] no paradigma qualitativo, a realidade é construída a partir do quadro referencial dos próprios sujeitos do estudo, e cabe ao pesquisador decifrar o significado da ação humana, e não apenas descrever os comportamentos [...]”.

Segundo Laplanche e Pontalis (1992, p. 384-385), a Psicanálise é:

Um método de investigação que consiste essencialmente em evidenciar o significado inconsciente das palavras, das ações, das produções imaginárias (sonhos, fantasias, delírios) de um sujeito. Este método baseia-se principalmente nas associações livres do sujeito, que são a garantia da validade da interpretação. A interpretação psicanalítica pode estender-se a produções humanas para as quais não se dispõe de associações livres.

Em *O interesse científico da Psicanálise* (1913), Freud (1996g) enumera e comenta as áreas pelas quais sua teoria se interessaria. Seriam elas: a Psicologia, a Filologia, a Filosofia, a Biologia, os Processos de Desenvolvimento, a História da Civilização, a Ciência Estética, a Sociologia e a Educação.

Descrevendo a relação da Psicologia com as descobertas psicanalíticas, Freud (1913/1996g, p. 177) afirma:

[...] a psicanálise não hesita em atribuir aos processos emocionais a primazia na vida mental, e revela nas pessoas normais uma inesperada quantidade de perturbações afetivas e de ofuscamento do intelecto numa frequência que não é inferior à verificada em pessoas doentes.

Nesse mesmo trabalho, o autor observa que a Psicanálise permite a elaboração de uma psicografia de uma personalidade e afirma que ela

[...] nos ensina a identificar as unidades afetivas – os complexos dependentes de instintos – cuja presença é presumida em cada indivíduo e possibilita o estudo das transformações e produtos finais que surgem dessas forças instintivas. Revela as relações da disposição constitucional de uma pessoa e dos acontecimentos de sua vida com as realizações abertas a ela, em virtude de seus dons peculiares. Pode fazer conjecturas com mais ou

menos certeza, através da obra de um artista, sobre a personalidade que reside por trás dela [...] (p. 181-182).

Relacionando os métodos qualitativos com as ciências humanas, Turato (2004) ressalta a utilidade da teoria psicanalítica com essa forma de pesquisa, principalmente nos estudos que apresentem uma estruturação complexa.

Assim, nos é dada a oportunidade de ressaltar a consonância entre a pesquisa qualitativa e a teoria da psicanálise para fundamentar e beneficiar a investigação de um estudo de caso.

4.2 ESTUDO DE CASO

Robert K. Yin é um reconhecido especialista em estudos de caso. Yin (2010) diz que esse método de pesquisa é utilizado em diversas situações, favorecendo o nosso conhecimento dos fenômenos individuais, grupais, organizacionais, sociais, políticos e relacionados.

Constitui-se numa metodologia de pesquisa comumente encontrada na Psicologia, Sociologia, Ciência Política, Antropologia, Assistência Social, Administração, Educação, Enfermagem e Planejamento Comunitário e, até mesmo na Economia (YIN, 2010).

O autor enfatiza que, em geral, a preferência pelo estudo de caso como método de pesquisa se dá quando as questões de interesse propostas pelo estudo se reportam ao “como” e ao “por que”; quando o investigador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando seu foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto de vida real.

Vale ressaltar que responder aos quesitos do tipo “como” e “por que” se mostra singularmente proveitoso, pois propicia um estudo minucioso do fenômeno (PEREIRA, GODOY; TERÇARIOL, 2009).

Para Yin (2010, p. 39), o estudo de caso é “[...] uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes [...]”. Esse entendimento deve envolver importantes condições contextuais que sejam altamente concernentes ao objeto do estudo e em que os comportamentos importantes não podem ser manipulados.

Chizzotti (2011, p. 136) define estudo de caso como uma estratégia de pesquisa que constitui-se

[...] em uma busca intensiva de dados de uma situação particular, de um evento específico ou de processos contemporâneos, tomados como caso, compreendê-lo o mais amplamente possível, descrevê-lo pormenorizadamente, avaliar resultados de ações, transmitir essa compreensão a outros e instruir decisões.

Segundo Alves-Mazzotti (2006, p. 650):

O estudo de caso qualitativo constitui uma investigação de uma unidade específica, situada em seu contexto, selecionada segundo critérios predeterminados e, utilizando múltiplas fontes de dados, que se propõe a oferecer uma visão holística do fenômeno estudado.

Yin (2010, p. 40) também aponta que:

[...] a investigação do estudo de caso enfrenta a situação tecnicamente diferenciada em que existirão muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados, e, como resultado, conta com múltiplas fontes de evidência, com os dados precisando convergir de maneira triangular, e como outro resultado beneficia-se do desenvolvimento anterior das proposições teóricas para orientar a coleta e a análise de dados.

O autor destaca como fontes de evidência desse tipo de pesquisa a observação direta dos eventos que estão sendo estudados e entrevistas com as pessoas envolvidas nestes episódios. Yin (2010, p. 32) comenta que “[...] a força exclusiva do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências – documentos, artefatos, entrevistas e observações [...]”.

Também é importante frisar que o estudo de caso se sustenta nas proposições teóricas preestabelecidas para nortear a coleta e a análise dos dados. Desse modo, a teoria serve como norma para analisar e comparar os resultados e é ela que proporciona generalizações às proposições teóricas e não às populações ou aos universos.

Sobre isso, Yin (2010, p. 36) assegura que o estudo de caso não retrata uma amostragem e que, durante sua realização, “[...] sua meta será expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística) [...]”.

Chizzotti (2011, p. 138) diz que, mesmo não visando generalizações, “[...] um caso

pode revelar realidades universais, porque, guardadas as peculiaridades, nenhum caso é um fato isolado, independente das relações sociais onde ocorre [...]”.

Serralta, Nunes e Elzirik (2011) destacam que o interesse do pesquisador, nesse estudo intensivo, encontra-se na aquisição de uma grande quantidade de dados em um número limitado de participantes.

Os estudos de caso podem ser exploratórios, descritivos ou explanatórios. Os exploratórios sempre existiram e apresentam um motivo exploratório; os descritivos podem se realizar como uma pesquisa histórica ou um levantamento e são encontrados na Sociologia e Ciência Política; e, por fim, os explanatórios ou únicos pode servir de base para explicações e generalizações significativas (YIN, 2010).

Em vista disso e com base no referencial teórico utilizado nesta pesquisa, a teoria psicanalítica, pode-se pensar neste estudo de caso como sendo explanatório.

Referindo-se ao campo da biografia, Freud (1910/1996e, p. 139) comenta que

O material de que dispõe a psicanálise para uma pesquisa consta de dados da história de vida de uma pessoa; de um lado as circunstâncias acidentais e as influências do meio e, do outro lado, as reações conhecidas do indivíduo. Baseada em seu conhecimento dos mecanismos psíquicos, propõe-se, então, estabelecer uma base dinâmica para a sua natureza, fundamentada na intensidade de suas reações, e desvendar as forças motivadoras originais de sua mente, assim como as suas transformações e desenvolvimentos futuros. Se isso tem sucesso, o comportamento de uma personalidade no curso de sua vida é explicado em termos da ação conjugada da constituição e do destino, de forças internas e poderes externos [...].

Yin (2010, p. 28) explica que cada método de pesquisa, com suas vantagens e desvantagens, deve considerar: “[...] (a) o tipo de questão de pesquisa proposto; (b) a extensão do controle que um investigador tem sobre os eventos comportamentais reais; (c) o grau de enfoque sobre eventos contemporâneos em oposição aos eventos históricos [...]”.

O autor apresenta justificativas para sua utilização: a) quando ele representa o caso crítico na testagem de uma teoria, podendo confirmar, desafiar ou ampliá-la; seu uso pode precisar se as proposições teóricas são corretas ou se algum grupo alternativo de explicações podem ser mais importantes; b) quando ele é um caso extremo ou peculiar; c) num caso representativo ou típico: seu objetivo visa compreender as circunstâncias e as condições de uma situação diária ou de um lugar comum; d) num caso revelador: nele o pesquisador tem a

oportunidade de examinar e analisar um fenômeno até então inacessível à investigação científica; e) quando ele é um caso longitudinal: o estudo de um mesmo caso, analisado em diversos e diferentes tempos.

Eles também podem ser empregados em etapas exploratórias na investigação de fenômenos examinados ou como estudos-piloto para sugerir o *design* de estudos de caso múltiplos (YIN, 2010) e quando o problema de pesquisa se ocupar de um fenômeno pouco explorado, que requer uma análise aprofundada de poucos casos e que resulte na identificação de categorias de observação que originem hipóteses para estudos posteriores (ALVES-MAZZOTTI, 2006).

Para finalizar, devemos dizer que os estudos de caso também estão em condição de fazer parte de uma pesquisa maior de métodos mistos e que essa asseveração vem comprovar a realização desta pesquisa (YIN, 2010).

4.3 DESCRIÇÃO DA PESQUISA “É POSSÍVEL PREVENIR A ANTECIPAÇÃO DO FIM? SUICÍDIO DE IDOSOS NO BRASIL E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO DO SETOR SAÚDE”

Este trabalho, de abrangência nacional, foi promovido pelo CLAVES da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fiocruz e coordenado pelas pesquisadoras Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante, contando com a participação de investigadores e estudantes de doutorado, mestrado e iniciação científica de sete instituições acadêmicas (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Amazonas, Universidade de Fortaleza, Universidade Católica Dom Bosco, Universidade Federal do Piauí, Escola Estadual de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Universidade Veiga de Almeida) e de serviços de saúde de alguns estados brasileiros, além dos pesquisadores do CLAVES.

Essa investigação multicêntrica e disposta por meio de uma rede de pesquisadores tinha a finalidade de entender a magnitude e a relevância do suicídio na população brasileira acima de 60 anos, com o intuito de que sua própria realização e a socialização dos dados obtidos e analisados fossem aproveitados pelos profissionais das áreas de saúde, assistência social e direitos humanos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP da Fiocruz, em julho de 2010, sob o Parecer n. 119/2010 (ANEXO A), ocorrendo a partir desse ano até 2012. Levou em consideração uma dimensão de magnitude (abordagem epidemiológica) e outra de aprofundamento (abordagem qualitativa psicossocial).

Do ponto de vista epidemiológico, a pesquisa abarcou todos os idosos com idade a partir de 60 anos que faleceram por suicídio no país entre 1980-2009. Com isso, realizaram-se três estudos: o primeiro, de caráter descritivo, avaliou a dimensão das mortes autoinfligidas de idosos em nível nacional, por estados e municípios, buscando tomar conhecimento dos locais onde a ocorrência do evento é maior; o segundo pesquisou as tendências, através de um estudo de evolução temporal das taxas; e o terceiro indicou, por meio de uma análise ecológica, os fatores associados. Esse conjunto de trabalhos, produzidos com dados secundários, possibilitou dimensionar o problema em nível nacional e, concomitantemente, cooperou para a formulação de critérios para a execução da pesquisa qualitativa, principal foco do estudo.

Após essa etapa, iniciou-se a aplicação da abordagem qualitativa da pesquisa, à qual seguiram-se os seguintes passos:

- 1) extensa revisão da literatura;
- 2) esboço da pesquisa pela equipe coordenadora do Projeto;
- 3) produção de um levantamento epidemiológico descritivo sobre o suicídio de idosos no país, subdivididos por regiões, estados e municípios;
- 4) elaboração de um manual provisório com todas as principais definições e os instrumentos a serem utilizados em campo;
- 5) formação do grupo de pesquisa;
- 6) realização de uma oficina presencial com toda a equipe para a introdução ao tema, apresentação do manual, seleção dos dez municípios onde a pesquisa seria feita, discussão e crítica dos instrumentos designados, socialização de toda bibliografia e debate de estratégias para a entrada no trabalho de campo;
- 7) aprovação de uma credencial da Fiocruz a ser empregada nos contatos com gestores, profissionais e com os familiares;

- 8) contatos com autoridades e mediadores no trabalho de campo, responsabilidade que ficou por conta de cada equipe; e
- 9) entrega aos coordenadores locais dos documentos de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz e dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que deveriam ser lidos e explicados aos familiares e às pessoas próximas dos idosos que cometeram suicídio, os quais, se concordassem em participar do estudo, deveriam assiná-lo devidamente.

Os modelos dos documentos utilizados encontram-se no Apêndice A.

A seleção dos 10 municípios que seriam investigados durante essa etapa baseou-se na magnitude do suicídio (localidades que apresentavam índices de suicídio acima de 10/100 mil habitantes), na acessibilidade aos locais a serem visitados e na proximidade destes às universidades e às equipes participantes da pesquisa. De acordo com esses critérios, as localidades escolhidas foram: Manaus (Amazonas), na Região Norte do país; Fortaleza e Tauá (Ceará), e Teresina (Piauí), Região Nordeste; Campo Grande e Dourados (Mato Grosso do Sul), Região Centro-Oeste; Campos de Goyatacazes (Rio de Janeiro), Região Sudeste; e Venâncio Aires, Candelária e São Lourenço (Rio Grande do Sul), Região Sul.

Visando a um maior aprofundamento na compreensão do contexto de vida pessoal, social e cultural das histórias pessoais desses idosos, que seriam relatados por seus familiares, elaborou-se um levantamento de informações com a finalidade de contextualizar socio antrologicamente os municípios elegidos.

Os dados averiguados seriam:

- a) principais características urbanas ou rurais;
- b) organização econômica, social e cultural;
- c) presença ou não de serviços públicos e sociais disponíveis (como centros de convivência para idosos ou programas de prevenção de suicídio);
- d) dinâmica do cotidiano da população, ou seja, se a vida social na localidade é intensa ou não; se existem recursos sociais como clubes de lazer, agremiações religiosas, atividades artesanais, atividades turísticas;

- e) meios de trabalho e entretenimento; e
- f) caracterização da vida da população idosa.

Durante a primeira oficina, decidiu-se que seriam estudados pelo menos cinco casos de homens e mulheres idosos que tiveram mortes autoinfligidas em cada um dos dez municípios selecionados, totalizando 50 casos pesquisados qualitativamente. E ainda: na medida do possível, a entrevista seria feita com mais de um familiar desses idosos, optando-se por episódios de suicídio que tivessem ocorrido de dois a cinco anos retroativos.

Esse intervalo de tempo determinado pelas pesquisadoras tem relação com o que Minayo, Cavalcante et al. (2012, p. 2.775) informam, quando dizem que

[...] foram tomados os cuidados apontados pela literatura, que recomenda o estudo de casos entre dois a cinco anos de falecimento, período que já se preveem diferentes graus de elaboração do ocorrido, situar com menor carga emocional a circunstância da morte e avaliar o impacto da mesma nos familiares e pessoas próximas.

É importante ressaltar que este trabalho se deu de maneira participativa e em rede e todas as decisões foram analisadas e discutidas pelos membros do grupo de pesquisadores, ou seja: desde a delimitação do objeto; apresentação das características da pesquisa epidemiológica; escolha dos municípios a serem investigados qualitativamente; testagem, discussão e validação dos instrumentos que seriam utilizados; delimitação dos prazos a serem cumpridos em cada etapa do estudo; seleção e inserção dos estudantes para compor as equipes de cada região do país; reflexão crítica sobre a pesquisa e, finalmente, a distribuição de tarefas, com base nos dados e informações coletados, para produção acadêmica,

O método empregado nesta pesquisa compõe-se de instrumentos testados e validados para se efetuar “entrevistas em profundidade” com familiares e informantes de idosos que morreram por suicídio. O roteiro de entrevista foi confeccionado, levando-se em conta as indagações relativas à investigação, para a qual foi feita uma adaptação de roteiros anteriores, associando dados sobre a identificação pessoal – “Ficha de identificação” – e social da pessoa que se suicidou. Inserido nesse instrumento temos o “Roteiro simplificado para a realização do genograma” da família da vítima, que visa “[...] reconstituir alianças, conflitos, rede de relações e o padrão de morbidade e mortalidade associado ao suicídio” (MENEGHEL et al., 2012, p. 1.985).

Insere-se também o “Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais”, que tem a finalidade de esmiuçar o estado mental em que sucedeu o evento, relatar as condições ligadas ao comportamento suicida e as possibilidades de causas, recompor o suicídio e os fatores associados, entender seu impacto na família e detectar a presença de vulnerabilidade de gênero na história de vida das pessoas que praticaram esse ato (MENEGHEL et al., 2012).

Consta ainda como instrumento desse estudo as “Estratégias de estudos de caso”, que contextualizam os dados individuais, analisando a biografia e as condições pessoais e socioeconômicas em que a morte autoinfligida se deu. Ele é composto pelo “Roteiro de Organização de Estudos de Caso” e pelo “Roteiro de Organização de Dados Socioantropológicos”.

Outra ferramenta que foi utilizada na pesquisa é a “Narrativa das autópsias psicológicas e psicossociais” que organiza, padroniza, socializa e propõe um fio condutor para examinar os dados procedentes dos materiais obtidos através do trabalho de campo, assinalando as especificidades individuais, sociais, locais e regionais.

Os modelos dos instrumentos de coleta de dados encontram-se no Apêndice B.

Antes de darmos continuidade à descrição da pesquisa, acreditamos na relevância de aprofundarmos as definições de autópsias psicológicas e psicossociais, pois os instrumentos de investigação foram de fundamental importância para a execução da abordagem qualitativa deste trabalho. Sua apresentação será feita no subitem a seguir.

4.3.1 Autópsias psicológicas e psicossociais

O método foi proposto por volta dos anos 1950, por Edwin Schneidman (1918-2009), nos Estados Unidos, “[...] como um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui o *status* da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas [...]” (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2.040). Foi criado como um instrumento de apoio para médicos legistas elucidarem se uma morte classificada como indeterminada poderia estar agregada à causa natural, acidental, por suicídio ou por homicídio (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; CAVALCANTE et al., 2012).

Sua realização se dá como uma reconstrução narrativa, cuja consistência está sujeita à qualidade da informação concedida e tem como objetivo colher informações *post mortem* sobre as circunstâncias e o contexto do óbito de uma pessoa (CAVALCANTE et al., 2012; FIGUEIREDO et al., 2012; MENEGHEL et al., 2012). Sua utilização também busca dar conforto para os familiares das pessoas que haviam falecido por suicídio (CAVALCANTE; MINAYO, 2012) e baseia-se nas teorias da Suicidologia, que buscam examinar os diferentes graus de perturbação que culminam na ação de uma pessoa dar fim à própria vida (MINAYO; PINTO et al., 2012).

Ainda em relação às autópsias psicológicas, Cavalcante et al. (2012, p. 2.040) afirmam que:

Por ser uma estratégia qualitativa de investigação, geralmente os pesquisadores trabalham com amostras pequenas de casos, o que dificulta a generalização de resultados. Seu ponto forte está na contextualização dos dados da história psicológica e psicossocial das pessoas estudadas – em qualquer faixa etária – e na possibilidade de se mostrar uma série de circunstâncias e nuances que grandes estudos epidemiológicos ou populacionais não conseguem fazê-lo.

Outra característica dessa técnica diz que sua importância não se encontra em promover um único tipo de análise, mas sim em mostrar diversas possibilidades sobre o problema (MENEGHEL et al., 2012).

Estudiosos, como Cavalcante e Minayo (2012) e Cavalcante et al. (2012), apontam que Edwin Schneidman não ordenou um roteiro de entrevista fixo, mas recomendou categorias norteadoras e compreensivas com o intuito de alcançar a pluralidade e a ampliação da visão sobre o fenômeno. Apesar de o autor denominar seu método como “autópsia psicológica”, sua abordagem demonstrou uma visão incorporada das dimensões biológicas, psiquiátricas, históricas, médicas e sociológicas.

Cavalcante et al. (2012, p. 2.040) descrevem que:

Para aumentar a fidedignidade das informações recolhidas sobre os casos, busca-se diversificar os interlocutores, realizar mais de uma entrevista, atuar em duplas de pesquisadores, recolher diferentes pontos de vista e trabalhar com várias fontes de informação. Neste último caso, são muito importantes prontuários médicos, laudos periciais, registros policiais e depoimentos de equipes de saúde que conheceram a pessoa que faleceu por suicídio e teve acesso a seu contexto familiar e comunitário [...].

O termo “autópsia psicossocial” adveio de três fontes que inspiraram a elaboração do roteiro que foi utilizado nesta pesquisa: o *Guidelines for Suicidality*, um guia internacional, otimizado pelo Suicide Risk Advisory Committee of the Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions; o trabalho de Sampaio, que expressa uma visão integrada do estudo do suicídio e as contribuições teóricas de Edwin Schneidman (CAVALCANTE et al., 2012). Essa técnica é “[...] entendida como uma estratégia de coleta de dados que integra os aspectos antropológicos e sociais à análise dos estados emocionais do indivíduo [...]” (MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012, p. 2.667).

O grupo de pesquisadoras envolvidas no estudo “*É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde* (2010) analisaram e discutiram o instrumento, buscando a adequação de sua linguagem à assimilação de todos. O resultado foi a inclusão dos seguintes pontos à proposta inicial:

[...] (1) quem na família contribuía para a renda familiar, além do idoso, nos casos em que ele fosse o chefe; (2) se havia um cuidador dedicado à pessoa idosa e que cuidados ela lhe proporcionava; (3) se havia uma rede de apoio ou proteção que ultrapassasse o âmbito familiar; (4) se houve tentativas de suicídio por parte do idoso que faleceu ou de outros familiares, buscando quantificar esses dados; (5) se a pessoa idosa fazia uso de medicamentos, identifica-los e dizer sua indicação médica; (6) se o idoso tinha plano de saúde; (7) se o idoso usava o sistema público, como era o acesso e como se sentia acolhido; (8) qual foi a reação da família com o cuidador quando tomou conhecimento do suicídio e que conflitos a morte autoinfligida produziu na família. (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2.048-2.049).

Esses aperfeiçoamentos possibilitaram a operacionalização, a coleta e a disposição dos dados e proporcionaram a elaboração de um fio condutor temático e a composição de um vínculo entre pesquisadores e participantes (CAVALCANTE et al., 2012).

Foi elaborado o “Roteiro de entrevista semiestruturada para autópsias psicológicas e psicossociais” composto de 43 perguntas simples e compostas sobre

[...] caracterização social, retrato e modo de vida, descrição do suicídio e da atmosfera que o acompanhou, estado mental do idoso nos momentos que antecederam o evento e imagem da família, antes, durante e depois do ato fatal [...] (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2.042).

O roteiro foi dividido em duas partes. Na primeira, determinou-se o perfil pessoal e socioeconômico e se pormenorizaram elementos referentes às condições de vida da vítima em seu contexto biográfico. Na segunda parte, abordaram-se as circunstâncias do suicídio,

os fatores precipitantes e o impacto desse ato na família (CAVALCANTE et al., 2012).

Cavalcante et al. (2012) ressaltam que a ordenação dos temas e das questões cria condições para o surgimento de um abeiramento progressivo do evento traumático e a contextualização de sua biografia.

E nos alertam que:

[...] tendo em vista tratar-se de uma entrevista semiestruturada, recomenda-se o uso *flexível do roteiro*, aberto à inclusão de outros tópicos e assuntos considerados importantes pelos interlocutores e que surjam ao longo da entrevista. Os detalhamentos podem ser feitos conforme a pertinência das falas, os interesses dos entrevistados e os pontos identificados pelo entrevistador como importantes de serem aprofundados. (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2.043).

Também evidenciam a necessidade de se ter cuidado com o tempo e o conteúdo da entrevista, pois pode haver um esgotamento emocional dos entrevistados. Delimitam como um prazo razoável da entrevista o máximo de até duas horas de duração, embora a experiência em campo e a literatura existente mostrem que esse tempo de encontro com a família está sujeito ao acolhimento e à empatia vivenciada nessa situação (CAVALCANTE et al., 2012).

Em relação ao conteúdo da entrevista, sugerem que o investigador precisa manter o foco, para não perder pontos indispensáveis para a assimilação do caso. E, para finalizar, as autoras recomendam, dentro do possível, “[...] a realização de entrevistas com pelo menos dois parentes ou amigos próximos, ao mesmo tempo ou em momentos diferentes [...]” (CAVALCANTE et al., 2012, p. 2.043).

Para chegar até o caso que será estudado nesta pesquisa, mostra-se de fundamental importância o relato de como se deu o trabalho de campo que proporcionou o acesso a ele. Essa exposição também visa a uma ampliação de como se deu a pesquisa em nosso estado, realizada pelo grupo de pesquisa local. Essa descrição ocorrerá no próximo subitem e se dará de maneira sucinta.

4.3.2 Breve relato do trabalho de campo realizado pelo grupo de pesquisadoras do estado de Mato Grosso do Sul

Antes que seja apresentado o trabalho de campo em si, é preciso pontuar algumas considerações sobre o *lucus* de onde foram recolhidos os dados para esta pesquisa.

O estado de Mato Grosso do Sul está localizado ao sul da Região Centro-Oeste e sua economia está baseada na produção rural, indústria, extração mineral e vegetal, turismo e prestação de serviços. Suas principais cidades são a capital, Campo Grande, e a cidade de Dourados. O estado também é palco de forte migração interna de descendentes de espanhóis, italianos, portugueses, japoneses, sírio-libaneses, armênios, paraguaios e bolivianos, além de ser um local com forte tradição de tribos indígenas como os Terena, os Kadiwéu, os Kaiwá e os Guarani (CAVALCANTE; MINAYO, 2012).

Ao se iniciar o relato de um trabalho de campo, é relevante que se defina esse termo de maneira resumida.

Minayo, Grubits e Cavalcante (2012, p. 2.028, grifo das autoras) entendem o termo “[...] *campo* em pesquisa qualitativa, tal qual utilizado para realização das autópsias psicossociais, como o recorte espacial que diz respeito à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico do objeto da investigação [...]”. Aqui, o objeto de estudo inclui-se numa relação de intersubjetividade entre pesquisador e pesquisado.

Para as autoras, o produto compreensivo que daí resulta não é a realidade concreta, mas sim, uma descoberta que se constrói com inúmeras disposições que o investigador possui, que seriam: “[...] suas hipóteses e pressupostos teóricos, seu quadro conceitual e metodológico, suas interações, observações e interrelações com os interlocutores e colegas de trabalho e suas experiências anteriores [...]” (p. 2.028).

De acordo com Minayo, Grubits e Cavalcante (2012, p. 2.028, grifo das autoras):

O trabalho de campo permite a aproximação entre o pesquisador e a realidade sobre a qual formulou perguntas, buscando testar e aprofundar seu conhecimento hipotético. Desta forma, todo pesquisador que vai a campo, além de ser um curioso, um observador e um perguntador, também precisa exercer [...] a arte de se colocar no lugar do outro, promovendo a compreensão antes de qualquer interpretação.

Os principais instrumentos utilizados nessa etapa da pesquisa foram a observação participante e a entrevista. A primeira se realizou sobre o que não é dito, mas que pode ser visto e apreendido; a segunda possuía o discurso como sua matéria-prima.

A atividade de observação possibilita que o pesquisador fique mais livre de pré-julgamentos, pois sua realização não precisa, necessariamente, estar submetida a

instrumentos de coleta de dados ou a hipóteses que foram testadas anteriormente. Minayo, Grubits e Cavalcante (2012, p. 2.028) comentam que à medida que convive com o grupo, “[...] o observador pode retirar de seu roteiro de entrevista questões que percebe serem irrelevantes do ponto de vista dos interlocutores; e também, compreender aspectos que afloram aos poucos.”

A observação participante auxilia a vinculação dos fatos às suas representações e torna manifestas as discrepâncias entre normas, regras e práticas no dia a dia do grupo esquadrinhado.

Para Minayo, Grubits e Cavalcante (2012, p. 2.028):

A entrevista deve ser concebida como um trabalho interacional (ou seja, de relação entre pesquisador e pesquisados), como instrumento privilegiado de coleta de informações, em que a fala de um entrevistado é reveladora de condições de vida e de expressão de sistemas de valores e crenças. Ao mesmo tempo, a entrevista tem a magia de transmitir, por meio de um portavoz, o que pensa o grupo dentro das mesmas condições e situações.

4.3.3 Relatando uma experiência

O grupo de pesquisa de Mato Grosso do Sul era constituído por sua coordenadora (Profa. PhD. Sonia Grubits), por duas alunas de pós-graduação (esta pesquisadora e Fabiane de Oliveira Vick) e por duas alunas de iniciação científica (Amanda de Deus e Hilza Maria de Aquino Nunes Ferri).

Inicialmente, foram realizados diversos encontros com o intuito de introduzir a equipe ao tema abordado; analisar e estudar os instrumentos a serem utilizados; treinar seus integrantes e discutir as possíveis estratégias para a localização e o acesso aos casos de suicídio em idosos.

Vale ressaltar que o manual compilado pelas coordenadoras da pesquisa, Maria Cecília de Souza Minayo e Fátima Gonçalves Cavalcante – juntamente com o restante do grupo, o qual estipulou a padronização dos procedimentos e as recomendações – foi de suma importância para essa fase do estudo, pois possibilitou a “desmistificação” e maior aprofundamento ao tema suicídio; a familiarização com os instrumentos, gerando maior segurança nas pesquisadoras no momento de utilizá-los e norteou o caminho que facilitaria o acesso a esses casos.

As primeiras providências tomadas foram contatos com fontes oficiais que pudessem apoiar e disponibilizar informações sobre esses casos. As instituições para as quais se dirigiram os pedidos de informação foram: Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul; Núcleo de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul; Secretaria Municipal de Saúde de Dourados; Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados; Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública de Mato Grosso do Sul e Delegacia de Polícia Civil de Mato Grosso do Sul. Foi feito contato com o Núcleo de Prevenção à Violência do Estado de Mato Grosso do Sul, mas sem sucesso. Outro meio encontrado para localizar os casos de suicídio de idosos foi o Sistema Integrado de Gestão Operacional da Polícia Civil de Mato Grosso do Sul.

A equipe utilizou os procedimentos padronizados para executar esses contatos que consistiam em apresentar uma credencial (carta) em papel timbrado da Fiocruz, que descrevia os principais aspectos do estudo, o documento de aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os modelos dos documentos estão no Apêndice B.

Vale ressaltar que as dificuldades na obtenção de informações sobre o tema integram o contexto, os mitos e as crenças que circundam a morte autoinfligida. A articulação com informantes institucionais ocorreu considerando-se sua disponibilidade e abertura para o acolhimento da pesquisa, sua agilidade na apresentação dos dados solicitados e, em alguns casos, em seu apoio para a realização do trabalho de campo da equipe (MINAYO; GRUBITS; CAVALCANTE, 2012).

Esses contatos resultaram no acesso aos Boletins de Ocorrência Policial dos casos de suicídio na população idosa acima de 60 anos, ocorridos no período de 2005 a 2010 nas cidades de Campo Grande e Dourados. É importante destacar que no Boletim de Ocorrência costuma-se conseguir os dados de endereço e o nome de pessoas que possam ter acompanhado a vítima no dia de sua morte. Geralmente são as pessoas mais próximas que assumem a tarefa desse registro, sendo, portanto, um meio importante para promover o contato pretendido por esta pesquisa.

Na análise dos Boletins de Ocorrência recebidos, percebeu-se que vários deles continham como “Fato Consumado” a descrição “Morte a Esclarecer”. Diversos estudiosos na área (BARROS, 1991; CASSORLA; SMEKE, 1994; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003;

LOVISI et al., 2009; PINTO; ASSIS; PIRES, 2012; PINTO; PIRES et al., 2012) apontam que um dos problemas para os casos de suicídio é a subnotificação; logo, esse desígnio, “Morte a Esclarecer”, foi usado como um critério de exclusão. O exame dos Boletins de Ocorrência focou-se naqueles em que o “Fato Consumado” confirmava como causa de morte o “Suicídio”.

Feito isso, a equipe de pesquisadoras conseguiu a aproximação com 12 casos de idosos que se suicidaram entre 2005 a 2010 na cidade de Campo Grande e a 6 casos em Dourados.

Com os Boletins de Ocorrência em mãos, o grupo deu início ao trabalho de campo. Essa fase envolveu o planejamento para o deslocamento até a cidade de Dourados, a disponibilidade de cada membro da equipe e a fixação de uma data que fosse conveniente para todos. As visitas aos familiares ou pessoas próximas da vítima ocorreram sem um agendamento prévio, tratando-se pessoalmente de um possível encontro.

Em todos os contatos realizados durante essa etapa, os procedimentos seguidos eram: a apresentação das pesquisadoras; a explicação sobre a pesquisa e sua finalidade, as questões éticas envolvidas e o sigilo das informações; a exibição da carta para os familiares do documento de aprovação da pesquisa no Comitê de Ética da ENSP/Fiocruz e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e; por fim, a solicitação para que essas pessoas participassem do estudo. Se, durante essa introdução, percebia-se um clima de acolhimento, pedia-se para a pessoa a permissão para que a entrevista fosse gravada. Pode-se relatar que todos os familiares e pessoas próximas que concordaram em participar da pesquisa permitiram a sua gravação.

Os primeiros contatos se deram em Dourados, que é a segunda cidade do estado de Mato Grosso do Sul em potencial econômico e em número de população, situada a 225 km da capital, Campo Grande. Seu índice de urbanização não segue o ritmo de crescimento demográfico, as condições de infraestrutura e de vida são precárias, principalmente nos bairros mais afastados do centro da cidade. Uma reserva indígena e um acampamento de população sem-terra encontram-se na periferia urbana.

O Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde estimou que, em 2007, Dourados apresentava uma população idosa de 15.753 pessoas, correspondendo a 8,7% da população total. Esse município foi selecionado para a pesquisa tendo em vista a alta taxa de

mortalidade por suicídio de idosos, assim como da população de uma maneira geral, quando comparada às demais regiões do país.

Ao todo, foram feitas quatro viagens para essa localidade durante essa etapa do trabalho de campo. Na primeira ida até a cidade, foram localizadas três famílias que vivenciaram o evento de suicídio de um de seus membros. Os interlocutores visitados foram: a nora de uma mulher que se enforcou; a viúva e duas filhas de um homem que fez uso de arma de fogo para cometer o ato e a neta de outro idoso que também se suicidou fazendo uso de arma de fogo. As duas primeiras famílias participaram da pesquisa e seus casos foram concluídos. O terceiro contato não teve êxito, pois a neta do idoso, que a princípio se mostrou participativa, depois, em várias situações, se esquivou do grupo. Ela não atendia as ligações telefônicas ou, quando se conseguia contato, ela marcava encontros, mas não comparecia.

O caso analisado nesta pesquisa é da segunda família encontrada nesse dia. A viúva, as filhas e duas netas do homem referido anteriormente concordaram em participar do estudo e se mostraram muito receptivas e acolhedoras em relação ao grupo de pesquisa. Foram realizados três encontros e, apesar da dor e da tristeza, esses familiares relataram um certo alívio em poderem conversar sobre o evento.

O terceiro caso que foi concluído, diz respeito a um homem que se enforcou e envolveu um Agente Comunitário de Saúde, que concordou em participar da pesquisa sob a condição de que seu superior permitisse. Foi feito contato com o coordenador de Atenção Básica da Secretaria de Estado de Saúde de Dourados, que autorizou a participação e a entrevista realizou-se no local de trabalho desse agente.

Foi através desse Posto de Saúde que chegamos ao quarto caso, que relatou um idoso que se suicidou através de enforcamento. Apesar de esse caso não se enquadrar ao período que foi investigado pela pesquisa, uma vez que ocorreu no ano de 2011, a equipe optou por sua inclusão na investigação pela oportunidade de ter o contato e entrevistar um familiar que passou pela perda recentemente e pela disposição desse parente em conversar com as pesquisadoras. Essa pessoa frequenta o local e foi por meio de uma profissional de saúde que conhecia e convivia com ela que os canais para a sua realização foram disponibilizados.

O último caso (de uma mulher que também se enforcou) concluído na localidade em questão aconteceu depois de um percurso que implicou no deslocamento para três endereços diferentes e uma visita em que não foi encontrado ninguém na residência. Também houve

contato com um familiar que não aceitou fazer parte da pesquisa, mas que indicou outro, que concordou em participar.

Os deslocamentos na cidade foram difíceis, pois as residências onde ocorreram os suicídios se localizavam principalmente nos bairros mais afastados do centro. Além disso, o grupo não possuía um conhecimento maior sobre a localização desses bairros. Foi necessária a utilização de um *tablet* munido de *Global Positioning System* (GPS, Sistema de Posicionamento Global) para que se encontrassem os endereços citados nos Boletins de Ocorrência.

Em Campo Grande, na primeira tentativa de um possível contato não se obteve sucesso, pois a família havia se mudado do endereço citado no Boletim de Ocorrência, o parente localizado se mostrou resistente e não queria conversar sobre o assunto.

Na segunda tentativa, houve um resultado satisfatório, uma vez que conseguiu-se a adesão da viúva e da filha de um homem que se enforcou em sua residência. Ambas se mostraram muito receptivas e empenhadas em contribuir para a pesquisa, além de pontuarem sobre a importância de se poder falar a respeito desse assunto. Essa entrevista ocorreu em clima de confiança, houve momentos de emoção, choro, tristeza, lamentações, revolta e raiva. Um sentimento de culpa também esteve presente, consequência da ideia de que elas poderiam ter evitado o evento. Essas participantes mostraram sua casa, fotos da família e o local onde ocorreu o ato suicida. Em data posterior, realizou-se uma segunda visita a esses familiares com o intuito de colher alguns poucos dados que não foram abordados no primeiro encontro.

O segundo caso concluído nessa localidade diz respeito a um homem que se suicidou através do uso de uma faca. O endereço procurado foi do “Comunicante” do ocorrido, citado no Boletim de Ocorrência. Esse interlocutor não foi encontrado em sua residência, mas, através de indicação, localizamos outro possível participante da pesquisa que se recusou, mas que proporcionou um contato telefônico com aquele que havíamos procurado primeiramente, que concordou em participar do estudo.

O terceiro caso diz respeito a um idoso que se enforcou. O familiar procurado era descrito no Boletim de Ocorrência como “Testemunha” do evento. Essa pessoa recebeu as pesquisadoras, concordou em participar da pesquisa e informou que esse homem já havia feito tentativas de suicídio anteriormente e que, no histórico familiar, há outro caso.

A conclusão do quarto caso (uma mulher que se enforcou) se deu pela concordância de uma vizinha em falar sobre o assunto. Numa primeira visita, não se encontrou ninguém no endereço citado no Boletim de Ocorrência e foi essa vizinha que indicou para a equipe onde os familiares poderiam ser encontrados. As pesquisadoras se dirigiram para esse outro endereço, mas o familiar não se encontrava em casa. A outra pessoa que as recebeu conversou um pouco com elas durante a espera; diante da demora, decidiu-se que o grupo faria uma nova tentativa por meio de contato telefônico. Por esse meio de comunicação, o familiar recusou o encontro, alegando não ter condições de conversar sobre o assunto. Foi por isso que a vizinha se tornou a fonte das informações adquiridas nesse caso.

O quinto e último caso também foi concluído por meio do relato de vizinhos. Tratava-se de um homem que se enforcou. Sua residência não estava habitada, por isso tentou-se obter informações na casa vizinha, residência dos interlocutores que, após certo receio no início, por fim concordaram em fazer parte da pesquisa.

Os deslocamentos em Campo Grande foram mais fáceis se comparados com os de Dourados. Aqui, em alguns momentos, também se utilizou um *tablet* munido de GPS para a localização dos endereços citados nos Boletins de Ocorrência.

Espera-se que essas pequenas considerações auxiliem na compreensão da pesquisa como um todo. Por se tratar de um estudo sob a ótica da teoria psicanalítica, optou-se pela apresentação e discussão do caso como Sigmund Freud fazia; por esse motivo, ele será relatado no capítulo seguinte.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O caso relatado, analisado e discutido nesta etapa é parte integrante da pesquisa *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde* (2010). No entanto, seu exame será feito sob um enfoque diferente, utilizando a teoria psicanalítica e os estudos de outros pesquisadores sobre o suicídio como alicerces para a sua realização.

Vale ressaltar que não existe nenhuma teoria que consiga explicar isoladamente todos os casos e situações de comportamentos suicidas, pois eles são a manifestação de diversos fatores que se relacionam de maneira específica em cada pessoa, resultado de aspectos constitucionais, da história de vida, de circunstâncias sociais, de fantasias próprias sobre a morte e o pós-vida, entre outros. Essa análise busca apontar algumas aproximações elucidativas, com o intuito de ampliar a visão que se tem do tema suicídio e envelhecimento.

Outro ponto importante a ser levado em consideração é que as descrições dos fatores que antecederam e que culminaram no autoextermínio foram reconstituídas a partir da fala dos familiares, através das autópsias psicológicas e psicossociais, por meio das quais se reuniram evidências escritas, verbais e implícitas em nível não verbal. Elas estão disponíveis ao final deste trabalho.

Por se tratar de um tema delicado e que envolve variáveis emocionais, culturais e legais, este instrumento costuma ficar incompleto. Mesmo assim, os dados analisados aqui mostram a riqueza semântica e polissêmica das evidências gravadas na linguagem familiar e nos dá um testemunho da última “fala” deixada por uma pessoa e endereçada àqueles que lhe eram significativas.

Por questões éticas, o nome dado às pessoas desse caso é fictício.

5.1 RELATO E DISCUSSÃO DO CASO

Foi casado com Maria durante 47 anos, com quem teve quatro filhos e cinco netos.

Era carpinteiro e exercia seu trabalho de forma autônoma. Gostava do que fazia e, através disso, manteve a família, criou os filhos e, até mesmo construiu a própria casa. Percebe-se, por meio do relato de seus familiares, que essa era uma área muito importante da vida de Antônio. Em vários momentos enfatizou-se o quanto ele era trabalhador e como levava sua ocupação a sério. Sempre priorizou o trabalho em sua vida, por isso era tido como displicente no relacionamento com a família.

Mucida (2006) observa que muitas pessoas são inseridas na vida pela via de investimento sublimatório no trabalho e não tiveram a oportunidade de experimentar outras vias de satisfação pulsional. São pessoas que se dedicam quase que exclusivamente para sua vida laboral, negligenciando, muitas vezes, seus laços familiares ou afetivos.

Foi descrito como uma pessoa sistemática, muito trabalhadora, um pai exemplar, ativo, forte, reservado, “durão”, calado, meticoloso, muito inteligente, dedicado, honesto ao extremo e que não comprava nada a prazo. Quando ele emprestava uma ferramenta para um colega, ele estipulava um prazo para devolução; quando terminava de trabalhar, ele limpava e guardava seu material de trabalho e não pegava nada emprestado de ninguém. Quando começava uma coisa, terminava. Era muito caprichoso principalmente no serviço. Era *“Supercorreto: o que era dele, era dele, o que era dos outros, era dos outros. Não tirava nada de ninguém. Não lesava ninguém”* (sic).

Com isso, confirma-se que sua principal fonte de prazer provinha de seu trabalho. Freud (1920/1996i) explica que o princípio de prazer é uma tendência que tem como missão libertar o aparelho mental de excitações que causem o desprazer, procurando a obtenção do prazer. Ele também descreve as pulsões de vida como uma busca incessante por renovação, direcionando a pessoa ao crescimento e ao desenvolvimento. Essas pulsões rompem a paz, gerando tensões, cujo alívio é sentido como prazer.

Freud (1930/1996k, p. 87-88) também afirma que:

Nenhuma outra técnica para a conduta da vida prende o indivíduo tão firmemente à realidade quanto à ênfase concedida ao trabalho, pois este, pelo menos, fornece-lhe um lugar seguro numa parte da realidade, na comunidade humana. A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, e para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade.

Percebe-se, através do relato dos familiares, o grande investimento de Antônio nessa área de sua vida. Laplanche e Pontalis (1992, p. 252) definem investimento como “[...] o fato de uma determinada energia psíquica se encontrar ligada a uma representação ou grupos de representações, a uma parte do corpo, a um objeto, etc.”.

Tais aspectos descrevem que Antônio, apesar de não ter tido oportunidade de

apreender outras formas de gratificação, encontra em sua vida laboral um veículo importante como fonte de prazer e também de realização pessoal. Sua história de vida nos fala de uma pessoa que, desde muito cedo, adentrou nesse estilo de vida (“trabalhador”) e que ele só se reconhece através da sua ocupação.

Em relação a isso, Kamkhagi (2008) ressalta que a pessoa que age dessa forma compensa seus déficits narcísicos investindo em desempenhos de carreira e mantendo atrofiados seus recursos afetivos e sua capacidade de vínculos.

Para Freud (1914/1996h), o narcisismo designa um estado em que a pessoa originalmente tem dois objetos amorosos: ele próprio e a sua mãe (ou a mulher que cuida dele). O autor assinala que a finalidade e a satisfação de uma escolha objetal narcisista consistem em ser amado. Explica ainda que, durante o desenvolvimento do ego, ocorre um deslocamento da libido, que se direciona a um ideal de ego imposto de fora e que a satisfação seria provocada pela realização desse ideal.

Uma parte da estruturação da personalidade de Antônio tem relação com a concepção levantada por Freud (1914/1996h) de que, na infância, as crianças se vejam diante de uma terrificante sensação de desamparo e necessitam de proteção, a qual é obtida através do amor proporcionado pelos pais. No caso dele, não houve a possibilidade de ser protegido inteiramente, pois teve de assumir o papel de um adulto, trabalhando para ajudar no sustento da casa e dos nove irmãos menores, deixando de lado o desejo de aprender (estudar) e, possivelmente, desempenhando a função de pai em relação aos irmãos.

É interessante pensar na ocupação que ele exercia: carpinteiro. Antônio era um artesão que trabalhava com madeira, podendo construir desde pequenos utensílios ou móveis até obras pesadas como vigamentos, entre outras. Ele se utilizava de suas mãos para construir. Circunstâncias de sua vida impediram que ele construísse um conhecimento através do estudo, mas por meio de sua ocupação, na qual sentia prazer, permitiu que ele estruturasse seu próprio conhecimento e reconhecimento.

De acordo com os familiares, a residência onde o casal morava foi construída pelo próprio Antônio. Isso nos faz pensar que, além de ser uma forma de demonstrar o seu cuidado e afeto para com a família, possuía um simbolismo de autoafirmação, uma vez que, através de seu trabalho, ele “sustentava” e protegia seus familiares e sua própria identidade. Freud (1914/1996h, p. 104) afirma que “[...] tudo que uma pessoa possui ou realiza, todo

remanescente do sentimento primitivo de onipotência que sua experiência tenha confirmado, ajuda-a a aumentar sua auto-estima”.

Laplanche e Pontalis (1992, p. 481) definem o simbolismo como “[...] modo de representação indireta e figurada de uma ideia, de um conflito, de um desejo inconscientes; neste sentido, em psicanálise, podemos considerar simbólica qualquer formação substitutiva”.

Antônio era autoritário e ninguém o contestava. Também não gostava que mexessem em suas coisas e, por este motivo, apesar de possuir uma arma de fogo, ninguém senão ele mexia nela. Pelo relato das filhas, elas não gostavam nem mesmo de entrar no quarto do casal. Sua neta conta que, se tiravam alguma coisa de lugar, era necessário colocá-la do mesmo jeito e no mesmo local em que estava antes. Ele era rígido quanto a sua rotina; um exemplo dado era que o almoço tinha que ser servido em um horário fixo e que, se houvesse um atraso, ele se irritava e tinha dor de cabeça.

Mucida (2006, p. 99) aponta que alguns idosos demonstram um apego excessivo aos objetos, fato que parece ser uma tentativa de se manter determinada a consistência de si já que “[...] agarrando-se aos objetos especuláveis, buscam promover certo tipo de identificação de si mesmos aos traços depositados nos objetos”.

A característica relevante que diz respeito a sua rigidez e comportamento autoritário nos faz pensar que ele queria manter seu pequeno mundo (o trabalho e a família) sob completo controle. Por vezes, apresentava-se como um “tirano”, impondo suas vontades e determinações como uma lei; ninguém o questionava ou contradizia. Essa busca exagerada por domínio pode ser interpretada como uma forma de controlar suas pulsões agressivas, as quais estariam relacionadas com as pulsões de morte enquanto voltadas para o exterior.

Segundo Freud (1920/1996i), as pulsões de morte procuram conduzir o que é vivo à morte e lutam para fazer com que os organismos vivos voltem a um estado de inércia. Ele comenta que essas pulsões coexistem com as pulsões de vida e especula que ambos se encontram lutando um contra o outro desde o início da vida.

Para Laplanche e Pontalis (1992, p. 407), as pulsões (ou instintos) de morte:

[...] designa uma categoria fundamental de pulsões que se contrapõem às pulsões de vida e que tendem para a redução completa das tensões, isto é,

tendem a reconduzir o ser vivo ao estado anorgânico. Voltadas inicialmente para o interior e tendendo à autodestruição, as pulsões de morte seriam secundariamente dirigidas para o exterior, manifestando-se então sob a forma da pulsão de agressão ou de destruição.

As pulsões de morte também auxiliam a vida, pois a agressividade que dela deriva permite que a pessoa se defenda de forças externas e conquiste os recursos de seu ambiente (CASSORLA, 1985). Em geral, as pulsões agressivas são dirigidas a outros objetos.

Freud (1920/1996i, p. 33, grifo do autor) já havia chamado a atenção para o fato de a agressividade ser inata ao ser humano e dos mecanismos utilizados para mantê-lo sob controle. Um deles diz respeito à compulsão à repetição:

Essa ‘perpétua recorrência da mesma coisa’ não nos causa espanto quando se refere a um comportamento *ativo* por parte da pessoa interessada, e podemos discernir nela um traço de caráter essencial, que permanece sempre o mesmo, sendo compelido a expressar-se por uma repetição das mesmas experiências.

No trabalho *Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II)* (1914), Freud (1996f) comenta que a repetição seria uma forma de recordação, porém essa lembrança estaria ligada ao esquecimento e ao encobrimento, não tendo relação com a exatidão do ato. Ela estaria aliada à ideia de insistência. Mucida (2006, p. 39) complementa dizendo que “[...] como a repetição não é reprodução e nem uma simples substituição e está barrada pelo recalque, ela guarda sempre uma cota de fracasso; é uma forma de satisfação pulsional e, como tal, sempre parcial”.

Pode-se pensar também que a repetição de hábitos de Antônio seria uma forma de controlar o ambiente e evitar defrontar-se com o desconhecido que, muitas vezes, é assustador.

Antônio gostava de ler gibis. Possuía várias caixas de gibis e o seu preferido era um de faroeste. Também gostava de música. Os familiares contaram que ele colocava seus discos para tocar, sentava-se numa cadeira com uma garrafa de cerveja e lia seus gibis enquanto ouvia músicas.

Seu *hobby*, os gibis de faroeste, e sua posse de uma arma de fogo podem ser vistos como símbolos dessa agressividade, que ele se esforçava por controlar; seu comportamento rígido e autoritário reforçam essa busca pelo controle. Através dos gibis, ele dava vazão às

suas pulsões agressivas, através da fantasia de atirar em alguém, ao mesmo tempo que possuía no real o objeto que poderia realizar seu desejo. Esses gibis também representam um regresso à sua infância, já que, por meio de suas histórias, ele se permite ser o garoto que não pôde ser quando criança.

Alguns fatos ocorridos no seio familiar fazem com que ele adotasse uma postura diferente com seus familiares. O primeiro se deu quando uma de suas netas, na época com dez anos de idade, sofreu um aneurisma e acidente vascular cerebral, fato que mobilizou muito a família. Essa menina foi criada com muita proximidade com os avós e essa situação afetou muito Antônio, apesar de ele não ter demonstrado o quanto essa ocorrência mexeu com ele. Em relação a isso, a esposa diz que “*Ninguém conhece o sentimento de ninguém. Tem gente que ama, né, mas não consegue declarar.*” (sic).

Essa circunstância faz com que ele se deparasse com a fragilidade e a possibilidade de perda de um ente querido, entretanto, conforme a fala da esposa, ele não conseguia demonstrar seu afeto.

Freud (1930/1996k, p. 101) descreve que a civilização impõe juízos de valor ao homem com o intuito de regular seus relacionamentos sociais e que estes “[...] afetam uma pessoa como próximo, como fonte de auxílio, como objeto sexual de outra pessoa, como membro de uma família e de um Estado”.

Com isso, pode-se considerar que a postura de Antônio perante seus familiares envolvesse a questão de ele agir como se era esperado dele: chefe de família. E também que, para ele, demonstrar seus sentimentos seria sinal de fraqueza.

Outras situações que ocorreram foram o câncer de mama da mulher, que foi descoberto na mesma época em que ele também foi diagnosticado com câncer. Assim, o casal se submetia a radioterapia juntos e Maria apresentou alguns efeitos colaterais desse tratamento. Ela relata que ficou um mês sem conseguir dormir. Ele não tinha reações à radioterapia, mas via o que a esposa estava passando e procurava não ficar perto. Segundo sua esposa: “*[...] ele ponhava a cadeira lá do lado, lá fora e ficava sentado lá no escuro, às vezes, coitado*” (sic). Maria também perguntava: “*Certas coisas você não acha que incomoda você? Você não perde o sono?*” (sic), e ele respondia “*Eu não, eu durmo direto*” (sic).

Cavalcante e Minayo (2004, p. 391) apontam que “[...] mudanças no ciclo familiar geram ocasiões para mudanças das premissas mais básicas acerca de si mesmos e de pessoas

significativas”.

Kamkhagi (2008, p. 78) comenta que, com o avanço da idade, o idoso se depara com a possibilidade de que adoecimentos incapacitantes e uma agonia prolongada possam estar próximos:

Isto ocorre tanto pela percepção do destino dos amigos e familiares de mesma faixa etária, quanto pelos sinais enviados pelo próprio corpo. O reconhecimento da falibilidade muitas vezes traz consigo algumas reações de defesa que antes eram mobilizadas contra a castração.

Freud (1915/1996h) também havia alertado para o sofrimento que a decadência e fragilidade do corpo causam ao ser humano. Ele anuncia que os avanços obtidos pela medicina, que possibilitaram um aumento na vida do homem, não lhe proporcionaram a felicidade, não aliviaram seu medo das perdas e não lhe aplacaram a angústia.

Cavalcante e Minayo (2012), Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012), Minayo, Cavalcante et al. (2012) apontam que as enfermidades debilitantes fazem com que os idosos se tornem mais vulneráveis ao suicídio.

De acordo com Freud (1915/1996h), Mucida (2006) e Kamkhag (2008), o envelhecimento e a velhice são caracterizados pelo sentimento de finitude, e Antônio vivenciou essa possibilidade no real quando foi diagnosticado com um câncer. Esse fato fez com que ele revisse sua atitude para com a família.

Percebe-se essa mudança quando seus familiares relatam que, antes de adoecer, ele encontrava apoio no trabalho, na igreja e na família. Mantinha contatos mais reservados com os parentes, mesmo os mais próximos. Depois que ficou doente, ele fazia questão de conversar e ser atencioso com os familiares. Gostava de visitar suas irmãs que residem numa localidade próxima e também ia visitar seu filho, que reside em outra cidade próxima de onde ele vivia.

Chama a atenção que o casal foi diagnosticado e submetido ao tratamento de câncer na mesma época, além disso, a enfermidade afetou o aparelho sexual de ambos. O câncer de Antônio era na próstata e Maria teve câncer de mama. Aqui, pode-se discutir a questão do inconsciente.

Freud (1915/1996h, p. 176) explica que esse conceito é necessário porque muitos dados e atos psíquicos da consciência apresentam enormes lacunas que não podem ser

provadas por ela: “Na psicanálise, não temos outra opção senão afirmar que os processos mentais são inconscientes em si mesmos, e assemelhar a percepção deles por meio da consciência à percepção do mundo externo por meio dos órgãos sensoriais”.

Mucida (2006, p. 161) ressalta que:

[...] a menopausa, as modificações corporais, as mudanças de desempenho sexual, tudo isso não é indiferente ao processo de envelhecimento e exige, como outras perdas ou modificações, um trabalho de luto, porque tocam diretamente naquilo que toda sexualidade expõe ao ser falante: a realidade do inconsciente.

Tais aspectos sugerem que o casal buscou, inconscientemente, se manter unido, como no discurso utilizado nas cerimônias de casamento: “na saúde e na doença”. Dito isso, é como se Antônio e Maria quisessem compartilhar mais um evento de suas vidas (o casal se submetia às sessões de radioterapia juntos). Também pode ter sido um meio de eles tentarem se aproximar, pois a doença foi impedindo que Antônio investisse somente em seu trabalho.

No entanto, Antônio continuou calado e com dificuldades de expor seus sentimentos à esposa. E, em diversos momentos do relato, Maria conta que os efeitos colaterais ao tratamento apresentado por ela incomodavam o marido. Suas atitudes distantes, manifestas pelo fato de se sentar sozinho no escuro, seriam formas de se distanciar da sua enfermidade, pois a esposa, como um espelho, refletia sua fragilidade e, no escuro, ele não precisava enxergar nada. Em seu discurso sobre essas situações, apesar de ela se referir a ele como “coitado”, certamente a atitude de Antônio lhe causava raiva.

Porém, o câncer na próstata de Antônio se agravou. Ele fez tratamento durante quatro anos, mas, pouco antes dele se suicidar, o tratamento prescrito já não surtia mais efeito. A médica responsável aventou a possibilidade de encaminhá-lo para cirurgia, mas, durante os exames pré-operatórios, descobriu-se que não havia mais condições de ele passar por uma cirurgia. O prognóstico dado pela médica era de que Antônio ficaria na cadeira de rodas, pois o câncer havia atingido os ossos da coluna e não havia mais o que fazer. Ele não se conformou com essa possibilidade de ficar dependente das filhas e também não queria ficar igual às pessoas que ele via fazendo quimioterapia: algumas sem cabelos, outras fazendo uso de sondas e sempre dizia: “*Eu não quero isso aí pra mim, não*” (sic).

Em relação a isso, Py e Oliveira (2012, p. 1.958) comentam que:

Quando acontece ao idoso uma doença incapacitante e dependência, o que

não é incomum no avanço dos anos, o sentimento das perdas pode chegar a transformar-se em fantasias jamais decifráveis, intensificando a tensão diante dos limites ameaçadores que passam a impor-se a ele com força esmagadora. Assim, ele tende a chegar a um lugar subjetivo, onde não mais consiga dominar as tensões e, então, nelas submergir em profundo e irreversível estado de desamparo.

Laplanche e Pontalis (1992, p. 112) explicam que “[...] no adulto, o estado de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia”.

Mucida (2006) salienta que essa etapa da vida pode ser o momento em que diferentes perdas e modificações corporais impõem ao idoso o deparar-se com a sua finitude, fato que ocasiona certa fragilização de seus recursos simbólicos e estabelece o trabalho de luto.

Goldfarb (2006) observa que o sentimento de finitude é vivenciado com diferentes qualidades e intensidades emocionais, as quais dependem das características da pessoa e das diversas experiências relacionadas à morte que ela experimentou ao longo de seu desenvolvimento. Comenta que a proximidade da morte marca uma experiência de luto, momento em que se realiza uma elaboração das perdas, que seria o processo de se instaurar outros objetos no lugar do perdido.

Cavalcante e Minayo (2012) demonstram que, nos homens idosos, enfermidades que ocasionam invalidez, interrupção da atividade laboral ou limitação da capacidade funcional constituem-se num fator de risco para o suicídio.

O progresso e alastramento do câncer de Antônio fizeram com que ele se deparasse com sua finitude, forçaram-no a lidar com a possibilidade real de ele se tornar dependente, situação que lhe causou uma profunda angústia, principalmente porque ele estruturou sua identidade como trabalhador, como uma pessoa ativa que constrói, sustenta e controla a própria vida. Ele se viu impossibilitado de controlar seu ambiente, pois seus mecanismos de defesa contra os impulsos agressivos (a repetição) sofreram alterações e essas pulsões foram destruindo os controles que ele havia instituído.

Essa agressividade se volta para ele de maneira tal que Antônio foi perdendo os alicerces que o sustentavam. Sua coluna vertebral foi atingida e ele necessitava de um auxílio externo (o colete) para se sustentar, entretanto, sua perspectiva futura não se mostrou menos assustadora, pois sua médica lhe informou que, provavelmente, ele tivesse que fazer uso de cadeira de rodas.

Com o agravamento do câncer, ele não podia mais andar de bicicleta, que era uma das coisas que ele mais gostava de fazer, por causa das dores, que eram mais frequentes no período próximo ao seu suicídio. Ele não tinha o costume de se queixar, mas a família percebia que ele sentia dores. Nesse período, Antônio fazia uso de colete por causa de sua coluna vertebral, teve de parar de beber sua cervejinha e os churrascos que a família tinha o costume de fazer também foram cortados.

Percebe-se que, além de ser forçado a deparar-se com a proximidade de sua finitude, Antônio viu-se restringido, e depois impossibilitado, de executar algumas de suas atividades costumeiras. Além disso, o desenvolvimento de sua doença limitou seus momentos de lazer com a família, o que contribuiu para que ele tivesse sentimentos de isolamento, desamparo e tristeza. Essa afirmação é comprovada por Kamkhagi (2008, p. 83) quando diz que “[...] ao perder progressivamente antigas referências [...], o idoso começa a se sentir só mesmo em companhia de outras pessoas”.

De acordo com Mucida (2006, p. 156) “[...] o isolamento a que são submetidos ou se submetem muitos idosos prescrevem uma morte em vida, e é por aí que muitos se rendem à derradeira morte”.

As doenças que acometeram sua esposa e sua neta possivelmente sensibilizaram Antônio e fizeram com que ele se voltasse mais para a família. No entanto, a evolução de sua doença o mobilizou muito mais, pois fez com que ele se deparasse com a possibilidade de sua finitude. Sobre a perspectiva concreta da proximidade da morte, Kamkhagi (2008, p. 83) afirma que:

Não se trata aqui da dificuldade cognitiva de representarmos o Nada, que seria o estado de nossa própria morte, mas sim da resistência a representarmos a castração mais radical que a vida nos apresenta: nossa transitoriedade, nossa falibilidade absoluta e irreduzível. Mais do que uma ferida narcísica, aqui se trata da destruição, da pulsão de morte confrontando a pulsão de vida, algo que enquanto prevalecem as pulsões de vida é visceralmente contrário ao nosso tropismo inerente à vida.

Para Freud (1930/1996k, p. 129), o medo da morte

[...] deve ser considerado como análogo ao medo da castração e que a situação à qual o ego está reagindo é de ser abandonado pelo superego protetor – os poderes do destino –, de modo que ele não dispõe mais de

qualquer salvaguarda contra todos os perigos que o cercam.

É significativo que a doença de Antônio o tenha afetado no aparelho sexual masculino e, durante sua evolução, o tenha limitado naquilo que o fazia sentir-se “alguém”: o trabalho. Além de restringir sua vida sexual, o câncer foi cerceando e, por fim, impossibilitou que ele atuasse na área mais importante de sua vida. A doença atingiu também sua coluna vertebral e ele tinha que se “sustentar” com um colete. A compreensão que se dá é que Antônio passou tanto tempo de sua vida “controlando” suas pulsões agressivas e, quando estes conseguiram se liberar, foram destruindo os alicerces nos quais ele se apoiava.

Além das dores físicas, ele passou a sofrer de uma melancolia profunda, uma depressão, que tinha sido diagnosticada e seu tratamento medicamentoso havia se iniciado uma semana antes de seu ato.

Freud (1917/1996h) descreve que os traços mentais presentes na melancolia são um desânimo profundamente penoso, o fim do interesse pelo mundo externo e a perda da capacidade de amar. Toda e qualquer atividade é inibida e, por fim, ocorre uma redução da autoestima, que encontra expressão em recriminar-se e desprezar-se, culminando numa expectativa delirante de punição. Nesse estado, o ego se torna pobre e vazio.

Cavalcante e Minayo (2004, p. 388-389) explicam que nas doenças depressivas:

[...] os impulsos primitivos de raiva e as fantasias destrutivas do mundo interior tornam-se maiores do que os impulsos de amor. As fantasias remotas da infância, de uma fase muito indefesa, ressurgem, fazendo eclodir ansiedades destrutivas e depressivas, sentimentos de culpa, remorso e tristeza.

Chachamovich et al. (2009) alertam que as pessoas cometidas por depressão possuem maiores riscos para o ato suicida. Cavalcante e Minayo (2012), Cavalcante et al. (2012) e Pinto, Pires et al. (2012) confirmam esse dado e o relato do caso de Antônio também comprova que a depressão se mostra como um importante fator de risco para o suicídio.

Para a família, outro fator que contribuiu para o desencadeamento do ato suicida foi a preocupação de Antônio com questões financeiras. Como ele e Maria foram diagnosticados com câncer na mesma época, o casal teve muitos gastos com médico e medicamentos. Os quatro filhos se dispuseram a custear a medicação prescrita para o tratamento da mãe. Os familiares acreditam que, para Antônio, foi muito difícil se ver dependendo financeiramente

dos filhos, especialmente porque ele sempre foi o provedor da casa.

Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012, p. 2.671) observam que

[...] a perspectiva de ser aquele que capitaneia a sobrevivência econômica da família é um elemento chave que persiste mesmo quando o homem não trabalha ou se torna dependente dos filhos ou de outras pessoas. Falhar no cumprimento desse papel pode significar desonra e vergonha.

Mucida (2006, p. 34, grifo do autor) comenta que alguns idosos sentem a “aposentadoria como o *fim da vida ativa* e tais significantes têm, por vezes, efeitos devastadores sobre o sujeito, pois o trabalho constitui uma fonte importante de laços sociais diversos, bem como de criação e de sublimação importantes.”

Sobre isso, podemos dizer que a ausência de pertencimentos, ou seja, a falta de lugares que sempre fizeram parte de seus referenciais, leva a uma sensação de despersonalização e estranhamento, especialmente porque Antônio estruturou grande parte de sua personalidade pela via do trabalho. Ele não se reconhece mais, pois deixou de ser o “trabalhador” e sua situação o denomina como “doente” e “dependente”, ocorrendo uma ferida narcísica.

O ato suicida por meio de disparo de arma de fogo ocorreu em sua casa, num domingo, por volta das 16h. O tiro foi deflagrado logo abaixo do ouvido. A arma era de propriedade de Antônio. A família falou que ele não deu nenhum sinal de que planejava o suicídio. Não foi deixada qualquer mensagem.

Antônio estava no quarto sozinho e disparou o tiro com a própria arma de fogo, que estava na cômoda ao lado de sua cama. Maria e a filha estavam na sala com uma amiga da família e disseram que ouviram um pouquinho do barulho, mas não identificaram tratar-se de um tiro. Maria entrou no quarto para perguntar se Antônio queria comer uma fruta, momento em que o viu deitado, quieto, com sangue escorrendo pela boca e perguntou: “*O que que é isso?*” (sic). Primeiramente, ela achou que era uma hemorragia. Maria chamou e disse: “*Teu pai tá com hemorragia*” (sic). Ela narra que, quando viu o sangue escorrendo, perguntou: “*O que que é isso?*” (sic) e Antônio, que ainda estava vivo, falou: “*Foi um homem que deu um tiro em mim e eu não quero ficar na cadeira de rodas.*” (sic). Segundo a filha, ele não quis ser o culpado. Apenas a esposa, uma das filhas e uma amiga estavam em casa no momento em que Antônio disparou o tiro contra si.

O método utilizado por Antônio para dar fim a sua vida é frequentemente empregado

pelos homens idosos e pesquisas confirmam isso (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; MARÍN-LÉON; BARROS, 2003; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; PINTO; SILVA et al., 2012).

Vale ressaltar que o método utilizado demonstra também uma agressividade latente em Antônio, pois sua escolha envolveu uma forma violenta de atentar contra si mesmo. Pelo relato de Maria e de sua filha, que estavam em sua residência no momento do evento, percebe-se que a primeira reação desses familiares foi de negação, pois elas ouviram um pouquinho o barulho, não o identificando com um tiro. Ou seja, elas não queriam ouvir o tiro.

Para Laplanche e Pontalis (1992, p. 293), a negação é um “[...] processo pelo qual o sujeito, embora formulando um dos seus desejos, pensamentos ou sentimentos até então recalcado, continua a defender-se dele negando que lhe pertença”.

Chama a atenção que o tiro disparado por Antônio o atingiu embaixo do ouvido. Pensando sobre o inconsciente, esse fato pode ser compreendido da seguinte forma: a esposa e a filha não queriam escutar o pedido de socorro de Antônio e ele não queria ouvir a negligência e a agressividade de seus familiares para com ele. A ambivalência encontra-se em todos os relacionamentos e não é improvável que Maria e a filha tivessem sentimentos de amor e ódio para com Antônio.

Laplanche e Pontalis (1992, p. 17) conceituam a ambivalência como “[...] presença simultânea, na relação com um mesmo objeto, de tendências, de atitudes e de sentimentos opostos, fundamentalmente o amor e o ódio”.

Giordano (1991, p. 177) assevera que:

[...] o indivíduo que se mata com tiro de revólver começou a se suicidar muito tempo antes de tomar o revólver na mão e que, à sua maneira, na sua linguagem codificada e única, tonitruante ou silenciosa, muitas vezes lançou seu grito de socorro, ouvido por ninguém.

Em complemento, Cavalcante e Minayo (2012, p. 1.962) descrevem que “[...] apesar dos avisos de intenção de morrer, essas falas muitas vezes não são interpretadas como pedido de ajuda, por familiares, amigos ou profissionais e tendem a ser desqualificadas ou ignoradas.” Isso é comprovado quando os familiares informam que Antônio nunca demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas, apesar de ele verbalizar, durante suas idas à quimioterapia, não querer ficar igual às pessoas que ele via lá.

A resposta de Antônio, “*Foi um homem que deu um tiro em mim e eu não quero ficar na cadeira de rodas.*” (sic), quando encontrado e indagado pela esposa sobre o que estava acontecendo, nos leva a considerar que ele estava evitando sua responsabilidade no ato, mas também nos leva a refletir que foi outro homem mesmo que atirou nele. Isso seria explicado pela projeção, que é definida como “[...] operação pela qual o sujeito expulsa de si e localiza no outro – pessoa ou coisa – qualidades, sentimentos, desejos e mesmo ‘objetos’ que ele desconhece ou recusa nele” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1992, p. 374).

Ou seja, em seu estado de saúde debilitante, Antônio não se reconhece mais. Para alguém que ao longo de sua vida se distinguiu como “trabalhador” é especialmente difícil se ver como “doente e dependente”, por isso não é o Antônio que ele conhece que dá o tiro, mas sim outro homem, fraco, debilitado, que ele não identifica. Também podemos aventar a hipótese de que, mesmo nesse momento, ele não se permitia mostrar-se fragilizado, evidenciando sua dificuldade em mostrar suas emoções.

Sobre sua afirmação de que não queria ficar na cadeira de rodas, Antônio mostrava como essa possibilidade era aterrorizante e o sofrimento que o destino lhe estava causando. Nesse sentido, seu ato exemplifica bem o que Cassorla (1985, 1991a) aponta como razão do evento: a fuga de um sofrimento considerado por ele como insuportável.

Dias (1991, p. 105) descreve que:

Num processo de embotamento narcísico, o indivíduo suicida, tal como no mito de Narciso, também vê e exige um mundo à sua semelhança, como um espelho de si mesmo. O indivíduo narcisista ama o seu próprio Ego no outro, tal como Narciso ama sua imagem como se fosse um outro real. Ele recusa o mundo real para esperar que o mundo dos seus desejos se realize, senão neste mundo, pelo menos que o seja após a sua morte. O suicida recusa um mundo que não lhe tem parecido bom. Nessas condições, matar-se significa a recusa do mundo real e a ilusão de que, pelo menos na morte, poderá impor sua visão de mundo.

Foi sua outra filha que socorreu o pai. Ela conseguiu uma pessoa para dirigir, colocou a cabeça do pai em seu colo, foi conversando com ele enquanto rumavam para o hospital que atendia a família. Ela conta que estava com um vestido branco e vermelho e o sangue do pai escorria e que até sua calcinha ficou manchada de sangue. Relata também que o pai não estava consciente, seu olho estava virado e que o tiro deflagrado por ele não atingiu o alvo, pois acertou a mandíbula. No hospital, o médico foi falar com ela e sua filha, informando que

Antônio seria encaminhado para uma cirurgia, mas havia riscos e pediu sua opinião sobre esse procedimento. A filha respondeu que não, que era melhor deixar seu pai descansar. Sua resposta baseou-se no estado do câncer de Antônio, que estava muito avançado, como também no ato que ele causou a si próprio, no risco que a cirurgia representava, no sofrimento que ele ainda poderia ter e na possibilidade de ele ficar “vegetando” após tudo isso. Ninguém da família esperava tal atitude.

Convém abordar um ponto que chama a atenção no relato desses familiares: o sangue. Tanto Maria quanto a filha que prestou socorro a Antônio descrevem o seu sangramento. A esposa, quando o encontra, descreve o sangue escorrendo e que ela pensou que era uma hemorragia. A filha narra que, enquanto eles se encaminhavam para o hospital, o sangue do pai escorria, chegando a manchar sua calcinha. Essas descrições nos fazem pensar no simbolismo do sangue com a menstruação, pois a cavidade bucal pode lembrar a vagina e a calcinha manchada de sangue nos remete mais facilmente a esse simbolismo. O sangue que escorre da vagina também nos reporta ao parto e, nesse sentido, à vida; mas também à morte, quando se fala da hemorragia.

Estas ideias tratam da ambivalência dos sentimentos da mulher e da filha por Antônio, todos eles sendo inconscientes. A esposa, que foi até o quarto com o intuito de alimentá-lo, ver se ele queria comer uma fruta, encontra-o sangrando e pensa se tratar de uma hemorragia (morte). A filha, que o socorre, numa tentativa de preservar sua vida, coloca a cabeça do pai em seu colo e o sangue que escorre mancha sua calcinha; fato que pode estar relacionado a um aborto, no qual ela expelle esse pai de dentro de si. Também pode ser que esse sangue signifique o sêmem e que ela esteja sendo fecundada pelo pai. Essas suposições levantadas buscam exemplificar as fantasias originárias que podem estar relacionadas com o inconsciente.

Laplanche e Pontalis (1992, p. 174) definem as fantasias originárias como:

[...] estruturas fantasísticas típicas (vida intra-uterina, cena originária, castração, sedução) que a psicanálise descobre como organizando a vida fantasística sejam quais forem as experiências pessoais dos sujeitos; a universalidade destas fantasias explica-se, segundo Freud, pelo fato de constituírem um patrimônio transmitido filogeneticamente.

Já no hospital, o médico que atendeu Antônio explicou à filha que ele deveria ser encaminhado para a cirurgia, mas que havia riscos e solicita sua opinião. Ela recusa o

procedimento, dizendo que era melhor deixar seu pai descansar. Ela justifica sua decisão comentando o estágio avançado do câncer de Antônio, o ato por ele praticado (atirar em si), os riscos e sofrimentos aos quais ele seria submetido durante a cirurgia e a possibilidade de ele ficar “vegetando” após tudo isso. Aqui se percebe novamente a ambivalência dos familiares, pois essa filha presta socorro e encaminha-se com Antônio ao hospital para, num outro momento, recusar o auxílio médico que foi proposto.

Pelo relato dos familiares não nos parece que seu ato foi premeditado. Eles contam que uma das últimas coisas que ele fez antes de cometer o suicídio foi ler gibi, deitado na rede e que estava marcado para o dia seguinte o início de sua quimioterapia. A compreensão que nos dá é que ele não suportou o sofrimento que estava sentindo e agiu por impulso, buscando aplacar esse sentimento. Quando sua esposa o encontra e pergunta o que estava ocorrendo, parece que Antônio também se mostra surpreso com o que estava acontecendo.

Como se percebe, uma série de fatores foram apontados pela sua família como motivos para Antônio ter atentado contra sua vida: a doença da neta; o diagnóstico de câncer da esposa e o seu próprio diagnóstico; a evolução da doença, que foi impossibilitando que ele exercesse o papel com que se identificou por toda a vida (“trabalhador”), incapacitando-o fisicamente e tornando-o dependente e, por fim, as questões financeiras que fizeram com que ele perdesse seu posto de provedor. A ocorrência desses fatos levou Antônio a um estado de melancolia, de depressão, que começou a ser tratado (uma semana antes do suicídio), mas que não houve tempo para que se alcançasse um bom resultado. Pesquisas descrevem essas circunstâncias como fatores precipitantes para o suicídio (CAVALCANTE; MINAYO, 2012; CAVALCANTE et al. MENEGHEL et al., 2012; MINAYO; MENEGHEL; CAVALCANTE, 2012; MINAYO; PINTO et al., 2012; PÉREZ BARRERO, 2012).

A descrição dos acontecimentos durante a evolução de sua enfermidade e as perspectivas futuras nos lembram uma regressão, em que Antônio vai retornando aos estágios iniciais da vida, em que (1) sua coluna vertebral não o sustenta e é necessário o uso de colete para mantê-la; (2) suas pernas não o sustentam e ele precisa de uma cadeira de rodas até (3) a dependência total de seus familiares para suprir suas necessidades, como um bebê.

Laplanche e Pontalis (1992, p. 440) explicam que:

[...] num processo psíquico que contenha um sentido de percurso ou desenvolvimento, designa-se por regressão um retorno em sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes desse. [...] a

regressão designa a passagem a modos de expressão e de comportamento de nível inferior do ponto de vista da complexidade, da estruturação e da diferenciação.

Com isso, aventa-se que sua fantasia inconsciente relacionada com a morte envolvia outra forma de viver, livre do sofrer e de necessidades: o útero materno. Aqui, a morte seria como um parto ao contrário (CASSORLA, 1991a).

Um aspecto importante a se discutir é por que algumas pessoas se suicidam enquanto que outras, em situação semelhante ou pior, não o fazem? Werlang (2012, p. 1.955) afirma que esse questionamento é difícil de ser compreendido e explicado porque “[...] esse comportamento resulta, sem dúvida, de uma complexa interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.” A autora também destaca que, por se tratar de um tema tão complexo, é fundamental, importante e relevante que se estude essa temática.

Werlang (2012, p. 1.956) comenta que “[...] um dos problemas que os profissionais da área de saúde enfrentam é saber como prever que indivíduos potencialmente suicidas, vão transformar suas fantasias e/ou ideias em atos concretos [...]”. E observa que a realização de pesquisas que procurem indicativos de risco para os atos suicidas na história de vida e no comportamento humano se mostram essenciais.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O término desta pesquisa levanta alguns pontos para reflexão, pois não há a possibilidade de generalizações dos resultados, já que se trata de um estudo de caso. Também não se pretende realizar isso, muito pelo contrário, busca-se a abertura para novas proposições.

O progresso e o avanço em todas as áreas da ciência contribuíram para aumentar a expectativa de vida das pessoas. Isso significa que o número de pessoas idosas tem aumentado significativamente, no entanto, em muitos casos, faltam subsídios que contribuam e garantam a melhoria da qualidade de vida delas.

No Brasil, o processo de envelhecimento não é acompanhado de melhorias no atendimento no sistema de saúde, uma vez que há o contexto de desigualdade social, a falta de estruturas para responder de maneira adequada às demandas do idoso e a precariedade de políticas públicas que levem em consideração as pessoas em situação de vulnerabilidade e fragilidade.

Como observado ao longo deste trabalho, o tema suicídio em idosos se constitui num assunto que tem gerado diversos tipos de pesquisas e se mostra como um tópico de saúde de suma relevância, especialmente em relação aos homens idosos, pois eles se apresentam como os perpetradores das mortes autoinfligidas.

Este estudo confirma que a maior propensão dos homens idosos para o ato suicida está relacionada com o diagnóstico e a evolução de enfermidades crônicas-degenerativas que causem dependência ou deficiência, bem como com a fase de transição da vida laboral dessas pessoas para a aposentadoria; com dificuldade de se relacionarem socioafetivamente e com a presença da depressão e a falta de uma perspectiva para o futuro.

O que chama a atenção é que não se encontram na mídia notícias que abordem o tema do suicídio. Por um lado, isso é positivo, pois uma constante divulgação, sem o devido cuidado que essa questão merece, pode sugerir a ocorrência de mais casos. Mas, por outro, fica a indagação de como a mídia e a sociedade enxergam o idoso, pois atualmente o que se propaga são receitas para se manter jovem.

A sociedade encontra-se voltada para o consumo de ideias, de tecnologias e de objetos novos e tenta vender, a qualquer custo, a imagem do idoso que tem um novo estilo de vida. Aqui, ele é apresentado como saudável, ativo e atualizado com as mudanças tecnológicas e

sociais. Exige-se que ele seja forte, potente, resistente e aproveite cada instante da vida.

Os anúncios da mídia veiculam imagens de avós felizes com seus netos, curtindo férias, uma boa aposentadoria ou viajando para lugares paradisíacos, com o intuito de vender seus produtos para o idoso de classe social média e alta. Vendem-se também produtos, tratamentos e remédios para não envelhecer.

Percebe-se que há uma negação da possibilidade do envelhecimento. A imagem do “velho” decadente e, eventualmente, doente ou em sua fase agonizante, representante da metáfora da morte, é expurgada da mídia, que deve exibir a felicidade e uma visão positiva dessa fase da vida.

Os idosos que não possuem condições econômicas de desfrutarem dos benefícios que a mídia expõe não são vistos, é como se eles não existissem, pois não há nenhum tipo de comunicação direcionada a eles. Se esse idoso encontra-se fragilizado devido a alguma circunstância de sua vida, ele deve apoiar-se em sua família para auxiliá-lo em suas necessidades, pois a mídia e uma grande parte da sociedade não o enxerga.

O caso de Antônio exemplifica essa situação. Fora do mercado de trabalho e debilitado pelo câncer, ele só pode contar com sua família para ampará-lo. Sem dúvida, ele recebeu atendimento médico para sua enfermidade, mas, no discurso de seus familiares, não há alusão a nenhum outro tipo de apoio.

Conforme foi descrito ao longo desse trabalho, o idoso se vê diante de inúmeras perdas com as quais nem sempre consegue lidar. A história de vida de Antônio nos conta que ele perdeu a oportunidade de estudar, tendo que se inserir na vida laboral muito cedo, e isso acarretou a perda da possibilidade de experimentar uma maior satisfação em seus laços familiares e afetivos, além de não vivenciar sua infância de maneira plena. Perdeu sua fonte de prazer, o trabalho, sua autonomia, sua identidade (“trabalhador”), seu lugar de provedor da família e sua autoestima com o diagnóstico de câncer.

Essas perdas o levam a um isolamento, à melancolia e depressão, bem como à falta de perspectiva de futuro e à proximidade real de sua finitude. Dito isso, nos deparamos com um idoso que habitava na realidade concreta um corpo velho, aflito, solitário, desesperançado, onde não existiam possibilidades de superar o horror que o destruía. Ele encontrava-se enfraquecido pela enfermidade e despedaçado pelo sofrimento, o que o leva a desistir da vida.

Falando psicanaliticamente, afirma-se que suas defesas e seu controle sobre suas pulsões agressivas perdem força e se voltam contra si. A pulsão de morte fica em primeiro plano, pois há um enfraquecimento das pulsões de vida que, atenuadas, cedem lugar ao desejo de descanso e de retorno ao estado anorgânico.

Essas ponderações comprovam que o estudo sobre o suicídio engloba fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais da vida humana e que a teoria psicanalítica também contribui para a sua compreensão. Convém ressaltar que nenhuma teoria consegue explicar o evento isoladamente.

Ao longo desse estudo, foi demonstrada a dificuldade do ser humano de lidar com a possibilidade e a proximidade de sua finitude, especialmente nas situações de suicídio, o qual é considerado um tema tabu, assim como a velhice e o envelhecimento muitas vezes são julgados. Isso é comprovado na fala dos familiares do idoso que cometeu o ato suicida e que foi analisado e discutido nesta pesquisa. Eles relataram um alívio em terem a oportunidade de conversar sobre o evento. Sua atitude receptiva e acolhedora nos três encontros que foram realizados confirma sua fala.

Um ponto importante a ser considerado é que essa experiência nos faça ponderar que a história narrada nesse caso de suicídio não trata somente da morte, mas da vida, a vida de uma pessoa que se sentia solitária, apesar de ter uma família numerosa. Refere-se a uma pessoa que se via sem meios para expressar seus sentimentos e emoções e que se utiliza de um ato violento contra si como meio para dar fim ao seu sofrimento. Seu ato funciona como uma forma de comunicação, que adentra o espaço público e rompe a dinâmica do silêncio e anonimato sobre o seu desespero. As pessoas que se suicidam também manifestam que são donas das suas próprias vidas.

Cabe salientar que a técnica das autópsias psicológicas e psicossociais possibilitou que se identificassem algumas pistas diretas e indiretas que culminaram no ato letal estudado nesta pesquisa de uma forma cuidadosa e mais humanizada. Por se tratar de uma reconstrução narrativa das falas dos familiares do idoso que cometeu o suicídio, ela pode ser analisada sob a ótica da Psicanálise, pois essa teoria se fundamenta basicamente em mostrar o significado inconsciente de palavras, atos e produções imaginárias da pessoa.

É importante se pensar e discutir maneiras de ajudar as pessoas que se encontram em situação semelhante e desmistificar a visão que temos do suicídio. Algumas medidas

preventivas incluem reconhecer o sofrimento da pessoa idosa antes que ele tome proporções avassaladoras, identificar aquelas em situação de vulnerabilidade, compreender as circunstâncias que possuem influência no comportamento suicida e estabelecer estratégias que visem a qualidade de vida dessa população e que harmonizem apoio social e programas de atenção direcionados ao atendimento específico desses idosos.

Também é imprescindível que se possibilite formas de dar apoio aos familiares e pessoas próximas que vivenciaram o suicídio de um ente querido.

Espera-se que este trabalho incentive e colabore para que outros pesquisadores se debruçam sobre o tema do suicídio.

REFERÊNCIAS

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, v. 36, n. 129, p. 637-651, set./dez. 2006.

BARROS, M. B. A. As mortes por suicídio no Brasil. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991a. p. 14-59.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BEZERRA FILHO, J. G. et al. Estudo ecológico sobre os possíveis determinantes socioeconômicos, demográficos e fisiográficos do suicídio no Estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1998-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 833-844, maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasília, DF, 2006. Esta publicação faz parte das ações da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio.

CASSORLA, R. M. S. Considerações sobre o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991a. p. 17-26.

CASSORLA, R. M. S. Comportamentos suicidas na infância e na adolescência. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991b. p. 61-87.

_____. O tempo, a morte e as reações de aniversário. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991c. p. 107-116.

_____. Pequenos suicídios. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991d. p. 189-193.

_____. *O que é suicídio*. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1985. (Coleção Primeiros Passos, 56).

CASSORLA, R. M. S.; SMEKE, E. L. M. Autodestruição humana. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 61-73, 1994. Suplemento 1.

CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.039-2.052, ago. 2012.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.943-1.954, ago. 2012.

_____. Organizadores psíquicos e suicídio: retratos de uma autópsia psicossocial. In: PRADO, M. C. C. A. (Org.). *O mosaico da violência: a perversão na vida cotidiana*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 371-431.

CHACHAMOVICH, E. et al. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre depressão e suicídio? *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo, v. 31, p. S18-S25, maio 2009. Suplemento.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa qualitativa em Ciências Humanas e Sociais*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

CONTE, M. et al. Programa de prevenção ao suicídio: um estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.017-2.026, ago. 2012.

DARRAULT-HARRIS, I.; GRUBITS, S. *Psicossemiótica na construção da identidade infantil: um estudo da produção artística de crianças Guarani/Kaiowá*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

DIAS, M. L. O suicida e suas mensagens de adeus. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p. 89-106.

DURKHEIM, É. *O suicídio*. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2011. Original publicado em 1897.

FERNANDES, M. G. M.; GARCIA, L. G. O sentido da velhice para homens e mulheres idosos. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 771-783, out./dez. 2010.

FIGUEIREDO, A. E. B. et al. Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.993-2.002, ago. 2012.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUZA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010.

FREUD, S. Publicações pré-psicanalíticas e esboços inéditos (1866-1889). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996a. v. 1. Artigo utilizado *Extratos dos documentos dirigidos a Fliess* (1950 [1892-1899]), p. 233-234.

_____. Primeiras publicações psicanalíticas (1893-1899). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996b. v. 3. Artigo utilizado *Sobre os fundamentos para destacar da neurastenia uma síndrome específica denominada neurose de angústia* (1895 [1894]), p. 91-115.

_____. A interpretação dos sonhos (I) (1900). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996c. v. 4. Artigo utilizado *O material e as fontes dos sonhos* (1900), p. 195-302.

_____. Sobre a psicopatologia da vida cotidiana (1901). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996d. v. 6. Artigo utilizado *Equívocos na ação* (1901), p. 167-192.

_____. Cinco lições de psicanálise, Leonardo da Vinci e outros trabalhos (1910). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996e. v. 11. Artigos utilizados *Leonardo da Vinci e uma lembrança de sua infância* (1910), p. 69-141; *Breves escritos: contribuições para uma discussão acerca do suicídio* (1910), p. 243-244.

FREUD, S. O caso Schreber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (1911-1913). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996f. v. 12. Artigos utilizados *Os sonhos no folclore (Freud e Oppenheim)* (1957 [1911]), p. 193-220; *Recordar, repetir e elaborar (novas recomendações sobre a técnica da Psicanálise II)* (1914), p. 163-171.

_____. Totem e tabu e outros trabalhos (1913-1914). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996g. v. 13. Artigos utilizados *Tabu e ambivalência emocional* (1913), p. 37-86; *O interesse científico da psicanálise* (1913), p. 169-192.

_____. A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos (1914-1916). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996h. v. 14. Artigos utilizados *Sobre o narcisismo: uma introdução* (1914), p. 77-108; *Luto e melancolia* (1917 [1915]), p. 245-263; *Reflexões para os tempos de guerra e morte* (1915), p. 283-312; *Sobre a transitoriedade* (1916 [1915]), p. 315-319.

_____. Além do princípio do prazer, psicologia de grupo e outros trabalhos (1920-1922). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996i. v. 18. Artigo utilizado *Além do princípio de prazer* (1920), p. 13-75.

_____. O ego e o ID e outros trabalhos (1923-1925). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996j. v. 19. Artigos utilizados *O ego e o id* (1923), p. 61-71; *O problema econômico do masoquismo* (1924), p. 175-188.

_____. O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931). In: FREUD, S. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1996k. v. 21. Artigos utilizados *O futuro de uma ilusão* (1927) p. 13-63; *O mal-estar na civilização* (1930 [1929]), p. 67-148.

GARRIDO, R.; MENEZES, P. R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 24, p. 3-6, abr. 2002. Suplemento 1.

GIORDANO, V. Subsídios para a profilaxia do suicídio através da educação. In: *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p. 167-188.

GOLDFARB, D. C. *Demências*. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

GRUBITS, S.; DARRAULT-HARRIS, I. Método qualitativo: um importante caminho no aprofundamento das investigações. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 105-132.

GRÜNSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. In: CASSORLA, R. M. S. (Coord.). *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas: Papirus, 1991. p. 117-148.

GUERRA, A. C. L. C.; CALDAS, C. P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2.931-2.940, set. 2010.

GUIMARÃES, L. A. M.; MARTINS, D. A.; GUIMARÃES, P. M. Os métodos qualitativo e quantitativo: similaridades e complementaridade. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 79-92.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.141-2.150, ago. 2012.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2010: características gerais da população, religião e pessoas com deficiência*. Rio de Janeiro, 2012.

KAMKHAGI, D. *Psicanálise e velhice: sobre a clínica do envelhecer*. São Paulo: Via Lettera, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. *Metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2008.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LOVISI, G. M. et al. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 31, p. S86-S93, out. 2009. Suplemento 2.

MARÍN-LÉON, L.; BARROS, M. B. A. Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 357-363, jun. 2003.

MENEGHEL, S. N. et al. Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.983-1.992, ago. 2012.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. (Coord.). *É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação no setor saúde*. Rio de Janeiro: CLAVES/Fiocruz, 2010. Projeto de pesquisa.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. et al. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2.773- 2.781, out. 2012.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 11-24.

MINAYO, M. C. S.; GRUBITS, S.; CAVALCANTE, F. G. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.027-2.038, ago. 2012.

MINAYO, M. C. S.; MENEGHEL, S. N.; CAVALCANTE, F. G. Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2.665-2.674, out. 2012.

MINAYO, M. C. S.; PINTO, L. W. et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, abr. 2012.

MINOIS, G. *História da velhice no ocidente*. Lisboa: Teorema, 1999.

MOTTA, A. B. Envelhecimento e sentimento do corpo. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 37-50.

MUCIDA, A. *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

PATRÍCIO, K. P.; HOSHINO, K.; RIBEIRO, H. Ressignificação existencial do pretérito e longevidade humana. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v. 18, n. 2, p. 273-283, abr./jun. 2009.

PEREIRA, L. T. K.; GODOY, D. M. A.; TERÇARIOL, D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 22, n. 3, p. 422-429, 2009.

PÉREZ BARRERO, S. A. P. Factores de riesgo suicida en el anciano. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.011-2.016, ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/12.pdf>>. Acesso em: 3 jan. 2013.

PINTO, L. W.; ASSIS, S. G.; PIRES, T. O. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.963-1.972, ago. 2012.

PINTO, L. W.; PIRES, T. O. et al. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.973-1.981, ago. 2012.

PINTO, L. W.; SILVA, C. M. F. P. et al. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2.003-2.009, ago. 2012.

PY, L.; OLIVEIRA, J. F. P. A. À espera do nada. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.957-1.959, ago. 2012.

SAMPAIO, M. A.; BOEMER, M. R. Suicídio: um ensaio em busca de um desvelamento do tema. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 325-331, dez. 2000.

SANTOS, F. H.; ANDRADE, V. M.; BUENO, O. F. A. Envelhecimento: um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 1, p. 3-10, jan./mar. 2009.

SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; ELZIRIK, C. L. Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Campinas, v. 28, n. 4, p. 501-510, out./dez. 2011.

SOUZA, A. M.; MATOS, E. G. Reflexões sobre as abordagens qualitativas, o método clínico e a entrevista como o encontro no aqui e agora entre sujeito-pesquisador e sujeito-pesquisado. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo. Vetor, 2004. p. 215-240.

TURATO, E. R. A questão da complementaridade e das diferenças entre métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa: uma discussão epistemológica necessária. In: GRUBITS, S.; NORIEGA, J. A. V. (Org.). *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação*. São Paulo: Vetor, 2004. p. 17-52.

UCHÔA, E.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. F. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2004. p. 25- 35.

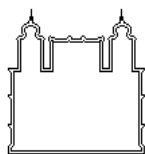
VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-554, maio/jun. 2009.

WERLANG, B. S. G. Autópsia psicológica, importante estratégia de avaliação retrospectiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1.955-1.957, ago. 2012.

YIN, R. K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

APÊNDICE A – Instrumentos de coleta de dados

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Local: _____ Data: ____/____/2011
Pesquisador: _____

Pesquisa sobre Suicídio

Nome _____
Data do Nascimento ____/____/____ Idade _____ Sexo () Masc () Fem.
Estado civil _____ Naturalidade _____
Grau de Instrução _____ Ocupação _____
Endereço _____

Família de procriação

Nome do Cônjuge _____ Idade _____
Filhos (idade) _____

Outras uniões/casamentos/filhos

Família de origem

Nome do Pai _____
Nome da Mãe _____
Irmãos _____

Pessoa que respondeu à entrevista _____ Idade _____

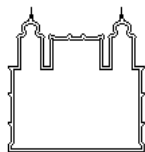
Modo de perpetração _____

Motivo _____

Local _____
Data ____/____/____ Hora _____

Observações relevantes _____

ROTEIRO SIMPLIFICADO PARA A REALIZAÇÃO DO GENOGRAMA



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Antecedentes Familiares

Rede de Relações

Nível Socioeconômico

Condição Laboral

Destques do Ciclo de Vida

Problemas de Saúde

Informações Demográficas

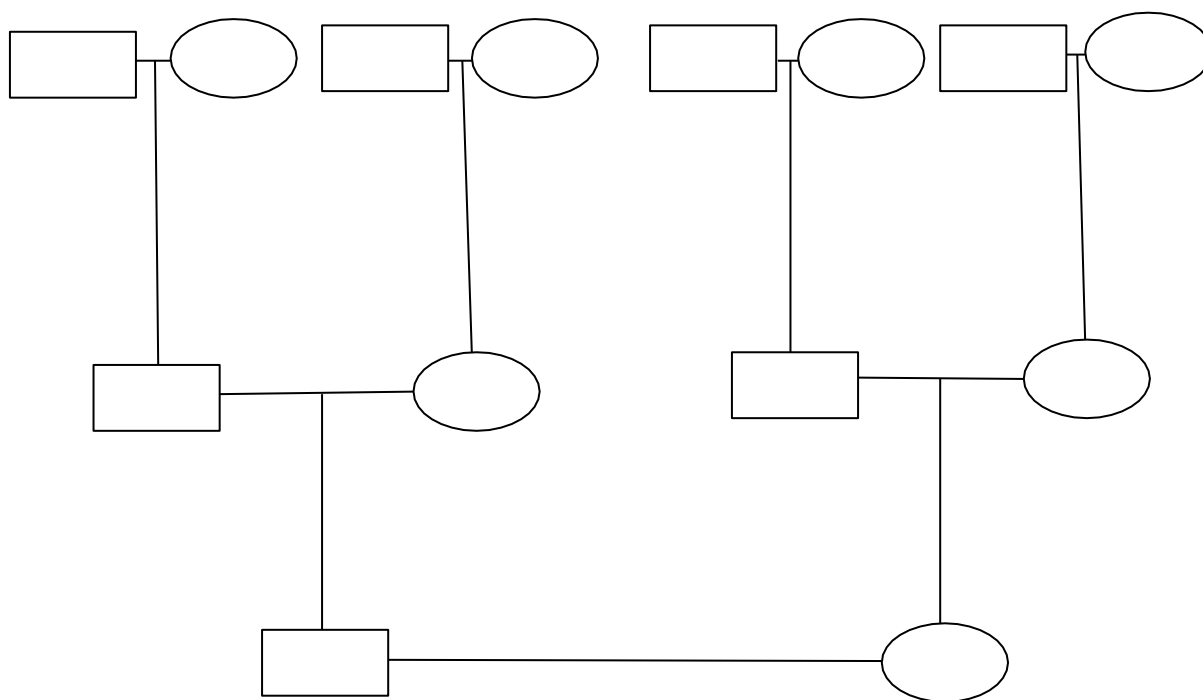
Idade, datas de nascimento
e datas de morte

Funcionamento

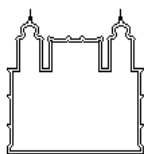
Dados sobre saúde, emoção
e comportamento

Acontecimentos críticos

Migrações, rompimentos,
fracasso ou sucessos



ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS



Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli

Roteiro de Entrevista (Suicídio - Pessoa maior de 30 anos)

I) Contato Inicial

Objetivo: Esclarecer sobre a pesquisa, assegurar um consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar

- a) Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento
- b) Preenchimento dos Dados de Identificação
- c) Montar o Genograma Familiar

II) Caracterização Social

- 1) Profissão e grau de instrução da pessoa que cometeu o suicídio
- 2) Profissão e grau de instrução do conjugue e dos filhos
- 3) Fontes de rendimento familiar (ordenado fixo e outros)
- 4) Conforto da moradia (própria, alugada, outros; número e tipo de cômodos; rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes)
- 5) Descrição do aspecto do bairro e local de moradia

III) Retrato e Modo de Vida (de quem cometeu o ato suicida)

- 1) Como você descreve o seu parente que cometeu o suicídio?
- 2) Com quem ele se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser?
- 3) Ele se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação?
- 4) Como ele reagia diante de situações adversas? Havia algo que o chateava mais?
- 5) Como e com quem ele vivia antes de cometer o auto-extermínio?
- 6) Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance?

V) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

- 1) Como ocorreu o ato suicida? (Qual o método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixado alguma mensagem?)
- 2) Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora?
- 3) Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?)
- 4) Como a família viu esse gesto? Que fatores desencadearam o suicídio?
- 5) Como a família vivenciou o momento do sepultamento?
- 6) Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade?
- 7) Houve tentativas anteriores? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo?

Verificar os seguintes indicadores (a partir das perguntas feitas acima):

a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado e sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

VI) Estado mental que antecedeu o suicídio (se o entrevistado puder responder)

- 1) A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos?
- 2) A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou idéias que pareciam “irreais”?
- 3) A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões?
- 4) A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases?
- 5) A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero?
- 6) A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas?

VII) Imagem da Família

- 1) Qual foi a reação da família (de seus integrantes) face ao gesto auto-destrutivo?
- 2) Que problemas a família enfrenta atualmente, decorrentes desse acontecimento? Como a família lida com esses problemas? A família já recorreu a algum tipo de apoio?
- 3) A família possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer?
- 4) Há dificuldades na comunicação entre as pessoas e no modo de buscar ajuda?
- 5) Como a família está buscando prosseguir e confortar-se mutuamente?

Verificar os seguintes indicadores: (Se possível, sem perguntas diretas, apenas pela observação do fluxo discursivo e das associações livres de pensamento)

Tipo de comunicação estabelecida na família (aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem);

Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;

Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;

Forma de formular e estabelecer regras – a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar

VII) Biografia da Pessoa que cometeu o suicídio (essa etapa será feita a depender da condição dos entrevistados, da relevância e necessidade de aprofundamento)

Infância e Adolescência

- 1) Como foi o nascimento, crescimento e ida à escola? Algo a destacar?
- 2) Doenças graves na infância ou adolescência? Doença neurológica ou psiquiátrica?
- 3) Que tratamentos foram feitos? Quem cuidou da criança/adolescente?
- 4) Temperamento e humor na infância e adolescência (tímido/expansivo; alegre/triste; agressivo/inofensivo)
- 5) Que doenças aparecem na história familiar? Quais as reações da família frente à morte e a doenças? (vide árvore genealógica)

Vida adulta e Velhice

- 1) Quais os marcos da entrada na vida adulta? Casamento? Chegada dos Filhos?
- 2) Que investimentos na vida foram importantes? Família? Estudo? Emprego? Outros?
- 3) Que mudanças viveu? Rupturas de relacionamentos? Reconstrução de Vínculos?
- 4) Como via o passar dos anos? Como viu a velhice e a chegada da aposentadoria?
- 5) Há história anterior de doença grave? Qual? Psiquiátrica-Neurológica? Tratamentos?

Família: problemas e contatos significativos

- 1) Casado, Solteiro, Viúvo, Separado? Estava recasado ou namorando? Desde quando?
- 2) Problemas de relacionamento com familiares (conjugues, filhos, irmãos, pais)?
- 3) Como agia nos relacionamentos familiares? Como era percebido na família?

- 4) Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, especialmente os mais próximos?
- 5) Houve mudanças relacionais importantes? Em que época? Que efeitos gerou?

Meio social: problemas e contatos significativos

- 1) Muitos ou poucos amigos? Que problemas surgiram no convívio? Como ajudaram?
- 2) Apoio dos vizinhos? Como se deu o contato e o apoio entre vizinhos?
- 3) Apoio entre colegas ou ex-colegas de trabalho? Como ajudaram?
- 4) Houve mudanças relacionais importantes? Em que época?

Ensino e/ou Aperfeiçoamento Profissional

- 1) Estudou? Tipo de instituição de ensino, local e recursos obtidos
- 2) Amigos na instituição de ensino? Desempenho e engajamento escolar.
- 3) Interrompeu os estudos, por que? Finalizou os estudos? Tinha planos futuros?

Experiência Profissional e Emprego

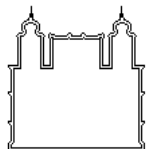
- 1) O que se destaca de sua experiência e inserção profissional? Sucessos e Fracassos.
- 2) Amigos no trabalho/ emprego? Algum apoio de amigos ou do trabalho?
- 3) O que era relevante no trabalho/emprego? Dificuldades, limites e possibilidades.
- 4) Trabalho/emprego permanente ou temporário? O que pensava dele e do salário?
- 5) Desemprego? Tempo em que permaneceu desempregado? Como foi afetado?
- 6) Aposentadoria? Como ela afetou e como passou a ser o uso do tempo?

Outros relacionamentos formais

- 1) Igreja – comparecimento, atividades, crenças
- 2) Partido político – afiliação, atitudes, atividades (conjunta, independente)
- 3) Sindicato e Organização Profissional – afiliação, atitudes, atividades
- 4) Clubes e Associações voluntárias – afiliação, atividades, frequência

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto. Será necessário um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.

APÊNDICE B – Modelo dos documentos utilizados

MODELO DE CARTA PARA FAMILIARES

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES

Rio de Janeiro, 17 de março de 2011

Ao Sr. ou Sra,

Por meio desta, vimos nos apresentar e lhe explicar que motivos nos movem a recorrer a sua generosa colaboração.

Nós, pessoas que assinam abaixo nesta carta, somos profissionais de saúde e pesquisadoras da Fiocruz. Estamos fazendo um estudo na área de Saúde Pública voltado para compreender e prevenir o *Suicídio em Pessoas Idosas* em nosso país. Acabamos de fazer um levantamento de ocorrências de suicídio entre idosos no Brasil, nas cinco regiões e nesta cidade e descobrimos que está havendo um aumento preocupante de tais episódios. Por meio desse levantamento descobrimos que houve um caso de suicídio em sua família. E gostaríamos muito de conversar com o(a) Sr(a) ou com algum familiar seu sobre o episódio e em que esse caso pode contribuir para subsidiar uma atuação dos profissionais de saúde no sentido de prevenir e de proteger melhor os idosos de nossa cidade. Cinquenta famílias de pessoas idosas que suicidaram estão sendo convidadas a participar desse estudo.

Consideramos, pelos motivos expostos, que sua participação será de extrema importância, uma vez que a troca de informações sobre o assunto, pode retirá-lo do âmbito apenas da família, diminuindo o peso que por vezes recai sobre ela, para se tornar uma preocupação dos cidadãos e do poder público brasileiro.

Gostaríamos de acrescentar que, nos nossos encontros, todos os cuidados éticos serão respeitados, principalmente o que concerne ao sigilo das informações que o sr. ou a sra. nos prestarem. Também lhe esclarecemos que a pessoa que irá entrevistá-lo(a) tem uma balizada formação científica e profissional para apoiá-lo(a) e oferecer-lhe orientações. A participação nesse estudo é voluntária e, caso o Sr(a) aceite conversar conosco, ainda assim, poderá desistir a qualquer momento.

Esperamos poder contar com sua colaboração e para isso lhe pedimos que entre em contato conosco através dos telefones e emails abaixo.

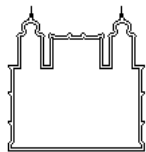
Respeitosamente,

Fátima Gonçalves Cavalcante
Psicóloga - CRP 05/13.656
E-mail:fatimagc@fiocruz.br

Raimunda Matilde do Nascimento Mangas
Psicóloga – CRP 05/31317
Email:raymangas@fiocruz.br

Maria Cecília de Souza Minayo
(COORDENADORA CIENTÍFICA)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210 / Tel (21) 3882-9153 e Fax - (21) 3882-9151

MODELO DE CARTA PARA SÍNDICOS

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES

Rio de Janeiro, 17 de março de 2011

Sr(a).Síndico(a)

O que nos traz ao senhor neste momento é a necessidade de lhe pedir colaboração para um estudo da área de Saúde Pública que visa a compreender e a prevenir o *Suicídio em Idosos*, bem como formas de ampliar o apoio aos familiares dessas pessoas.

Somos profissionais de saúde e pesquisadoras da Fiocruz e tomamos conhecimento da existência de um caso de suicídio, no referido prédio, entre os anos 2004 e 2009. Estamos buscando meios de *entrar em contato com as famílias afetadas por essa situação* para conversar sobre as circunstâncias que cercaram o caso e descobrir como podemos contribuir para que esses fatos não ocorram. Pretendemos levar em conta todos os cuidados éticos e o sigilo necessário quanto às informações que buscamos. E nesse sentido, a entrevista com o familiar será feita por uma pessoa com toda a preparação científica requerida para apoiar e orientar a pessoa entrevistada. A participação da família é voluntária. O que vimos lhe pedir é que nos ajude a localizar os familiares ajudando-nos com nome, telefone, email ou outros para lhe fazermos o convite para uma entrevista.

A partir de dados da Secretaria Estadual de Saúde já fizemos um levantamento de ocorrências de suicídio de idosos no Brasil e em sua cidade e descobrimos que está havendo um aumento preocupante de tais episódios.

Consideramos, pois, que sua colaboração, ajudando-nos a intermediar ou a fornecer o contato com a família da vítima poderá ser de extrema importância, pois nos dará elementos para subsidiar a área de saúde na formulação de uma política de apoio e de proteção. Cinquenta famílias estão sendo convidadas a colaborar conosco e a fornecer informações que podem nos ajudar a prevenir o problema e a apoiá-los.

Esperamos contar com o seu apoio, contatando-nos pelo telefone e emails abaixo.

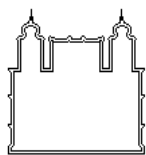
Respeitosamente,

Fátima Gonçalves Cavalcante
Psicóloga - CRP 05/13.656
E-mail:fatimagc@fiocruz.br

Raimunda Matilde do Nascimento Mangas
Psicóloga – CRP 05/31317
Email:raymangas@fiocruz.br

Maria Cecília de Souza Minayo
(COORDENADORA CIENTÍFICA)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210 / Tel (21) 3882-9153 e Fax - (21) 3882-9151

MODELO DE CARTA PARA AGENTES DE SAÚDE

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES

Rio de Janeiro, 17 de março de 2011

Sr(a).Síndico(a)

O que nos traz a você neste momento é a necessidade de lhe pedir colaboração para um estudo da área de Saúde Pública que visa a compreender e a prevenir o *Suicídio em Idosos*, bem como formas de ampliar o apoio aos familiares dessas pessoas.

Somos profissionais de saúde e pesquisadoras da Fiocruz e tomamos conhecimento da existência de casos de suicídio na comunidade onde você atua, entre os anos 2004 e 2009. Estamos buscando meios de *entrar em contato com as famílias afetadas por essa situação* para conversar sobre as circunstâncias que cercaram o caso e descobrir como podemos contribuir para que esses fatos não ocorram. Pretendemos levar em conta todos os cuidados éticos e o sigilo necessário quanto às informações que buscamos. E nesse sentido, a entrevista com o familiar será feita por uma pessoa com toda a preparação científica requerida para apoiar e orientar a pessoa entrevistada. A participação da família é voluntária. O que vimos lhe pedir é que nos ajude a localizar os familiares ajudando-nos com nome, telefone ou email. Você poderá levar à família nossa carta convite e verificar que famílias irão se interessar em nos receber para explicar sobre a pesquisa e agendar uma entrevista.

A partir de dados da Secretaria de Saúde já fizemos um levantamento de ocorrências de suicídio de idosos no Brasil e em sua cidade e descobrimos que está havendo um aumento preocupante de tais episódios.

Consideramos, pois, que sua colaboração, ajudando-nos a intermediar ou a fornecer o contato com a família da vítima poderá ser de extrema importância, pois nos dará elementos para subsidiar a área de saúde na formulação de uma política de apoio e de proteção. Cinquenta famílias estão sendo convidadas a colaborar conosco e a fornecer informações que podem nos ajudar a prevenir o problema e a apoiá-los.

Esperamos contar com o seu apoio, contatando-nos pelo telefone e emails abaixo.

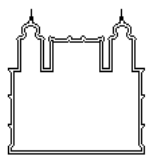
Respeitosamente,

Fátima Gonçalves Cavalcante
Psicóloga - CRP 05/13.656
E-mail:fatimagc@fiocruz.br

Raimunda Matilde do Nascimento Mangas
Psicóloga – CRP 05/31317
Email:raymangas@fiocruz.br

Maria Cecília de Souza Minayo
(COORDENADORA CIENTÍFICA)

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ
CEP. 21041-210 / Tel (21) 3882-9153 e Fax - (21) 3882-9151

MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli – CLAVES

Rio de Janeiro, 17 de março de 2011

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr (ou a Sra) _____

Parente de _____ (parentesco _____) foi selecionado para participar de uma pesquisa que visa compreender e prevenir o *Suicídio em Idosos* no Brasil. Acabamos de fazer um levantamento nacional de ocorrências de suicídio entre idosos nas cinco regiões do país e descobrimos que está havendo um aumento preocupante de tais episódios. Por meio desse levantamento descobrimos que houve um caso de suicídio em sua família. Uma conversa com algum familiar seu sobre o episódio pode contribuir para subsidiar uma atuação dos profissionais de saúde no sentido de prevenir e de proteger melhor os idosos de nosso país e melhor apoiar as famílias.

Consideramos, pelos motivos expostos, que sua participação será de extrema importância, uma vez que a troca de informações sobre o assunto pode retirá-lo do âmbito apenas da família, diminuindo o peso que por vezes recai sobre ela, para se tornar uma preocupação dos cidadãos e do poder público carioca. Informamos que o suicídio é um fenômeno universal que atinge as mais diferentes culturas e, em geral, está associado a mais de uma causa (fatores orgânicos, biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, religiosos e culturais).

A forma de participar dessa pesquisa é autorizar a realização de *uma ou mais entrevistas* que esclareçam as circunstâncias em que uma pessoa da família foi acometida por morte violenta ocasionada por suicídio nos últimos dois a seis anos (2004 a 2009) no país e em sua cidade. Existe um roteiro de entrevistas e ampla liberdade para *responder ou não* a quaisquer perguntas que sejam feitas. Caso haja consentimento, a entrevista será gravada.

Gostaríamos de acrescentar que, nos nossos encontros, todos os cuidados éticos serão respeitados, principalmente o que concerne ao *sigilo das informações* que o sr. ou a sra. nos prestarem. Também lhe esclarecemos que a pessoa que irá entrevistá-lo(a) tem uma balizada formação científica e profissional para apoiá-lo(a) e oferecer-lhe orientações. A participação nesse estudo é voluntária e, caso o Sr(a) aceite conversar conosco, ainda assim, poderá desistir a qualquer momento.

Durante a entrevista seremos cuidadosos e cautelosos, evitando juízos de valor e constrangimentos que costumam envolver o assunto suicídio. A partilha de experiência não pretende expor você ou sua família, apenas contribuir para se compreender o ocorrido e acolher as emoções dolorosas que possam surgir, apoiando-as e favorecendo a superação das mesmas. Vamos manter um diálogo franco e combinar previamente como e quando a entrevista será feita. A pesquisa poderá produzir benefícios ao propor medidas preventivas à rede de saúde e ao orientar sua família quanto à necessidade ou não de apoio àqueles familiares em estado de maior sofrimento.

Estou suficientemente esclarecido e dou consentimento para participar da pesquisa e, por isso, assino a seguir: _____

Local _____ Data _____

Em caso de duvida ou reclamação contatar a pesquisadora Maria Cecília de Souza Minayo no CLAVES-RJ, pelo telefone (21) 3882-9153, situado na Av. Brasil, 4036. Sala 700. Manguinhos. Email: raimangas@fiocruz.br

Ou, então, procurar *O Comitê de Ética em Pesquisa* da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Sala 314 Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ, CEP: 21041-210 / Tel e Fax - (21) 2598-2863

Email do CEP: cep@ensp.fiocruz.br

Informações: <http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

APÊNDICE C – Modelo dos instrumentos para organização dos dados

MODELO – ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E PRÉ-ANÁLISE

Caso 1: Sistematização dos dados colhidos

Critério de escolha do caso

--

Dados do entrevistado

--

Dados da pessoa com morte auto-infligida

--

Contraste entre dados da entrevista e do IML

Dados da Entrevista	Dados do Laudo do IML (ou dados de outras fontes)
<i>Dados pessoais e forma de perpetração</i>	<i>Dados pessoais e forma de perpetração</i>
<i>Descrição do ocorrido pelo familiar</i>	<i>Exame no local e conclusão do laudo</i>

Caderno de Campo: Como chegamos nesse caso?

Caso 1: O suicídio de _____

(1) Identificação pessoal, social e familiar (baseado no Genograma)

(2) Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (auto-retrato e modo de vida)

(3) Estado mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial)

(4) Imagem do ato nas reações e impressões do sistema familiar

(5) Avaliação da atmosfera do suicídio

(6) Impacto do suicídio na família

(7) Síntese ou comentários finais

MODELO – ANÁLISE DOS DADOS

Caso 1 – Título que sintetiza o caso

- Descrição compreensiva do caso – histórico, contexto, fatores de risco, fatores protetores, fatos salientes, comportamentos de risco, falas e atitudes com intenção de auto-extermínio.
- Evolução e dinâmica do caso – fluxo de acontecimentos, situações que atenuaram ou agravaram vivências difíceis (doenças mentais, doenças físicas, comorbidades, condições sociais e/ou econômicas). Impactos na vida pessoal, afetiva, profissional, social, econômica e cultural.
- O suicídio e seu impacto na família – as circunstâncias que culminaram com o suicídio, os métodos empregados, as condições em que a vítima foi encontrada, os procedimentos legais e o sepultamento, os efeitos do suicídio na família.
- Reflexões sobre o caso – Análise global do caso, razões encontradas para o auto-extermínio, pistas discursivas e comportamentais deixadas pela vítima ou transmitida por familiares. Uma autópsia psicossocial.

Caso 2

- Descrição compreensiva do caso
- Evolução e dinâmica do caso
- O suicídio e seu impacto na família
- Reflexões sobre o caso – autópsia psicossocial

Caso 3

- Descrição compreensiva do caso
- Evolução e dinâmica do caso
- O suicídio e seu impacto na família
- Reflexões sobre o caso – autópsia psicossocial

Caso 4

- Descrição compreensiva do caso
- Evolução e dinâmica do caso
- O suicídio e seu impacto na família
- Reflexões sobre o caso – autópsia psicossocial

Caso 5

- Descrição compreensiva do caso
- Evolução e dinâmica do caso
- O suicídio e seu impacto na família
- Reflexões sobre o caso – autópsia psicossocial

APÊNDICE D – Dados resultantes da pesquisa

CASO A – FICHA DE IDENTIFICAÇÃO

Local: Dourados – MS Data: 14/07/2011, 05/09/2011 e 15/09/2011Pesquisador: Sonia Grubits, Fabiane Vick e Alessandra Lumi Ussami

Pesquisa sobre Suicídio

Nome: A.Data do Nascimento: _____ Idade: 72 anos Sexo (X) Masc () FemEstado civil: Casado Naturalidade: _____Grau de Instrução: Ensino Fundamental Ocupação: Carpinteiro autônomoEndereço: Dourados – MS

Família de procriação

Nome do cônjuge: A. Idade: 72 anosFilhos (idade): H., I., I. e I.Outras uniões/ casamentos/ filhos: Não teve.

Família de origem

Nome do Pai: A.Nome da Mãe: L.Irmãos: Tinha nove irmãos mais novos.Pessoa que respondeu à entrevista: A., as filhas I. e I. e as netas J. e L. Idade: 76 anosModo de perpetração: A. feriu-se com o disparo de arma de fogo em 2008 em sua residência. O disparo foi deflagrado abaixo do ouvido e ele chegou a ser socorrido pelos familiares e levado para um hospital.

Motivo: A família atribui seu ato ao fato de ele estar com câncer na próstata em estágio avançado e com perspectiva de ficar numa cadeira de rodas e dependente das filhas; receio de se submeter à quimioterapia e perder todo o cabelo ou ter que fazer uso de sonda, como outros pacientes que ele via no hospital; a leitura constante dos gibis Tex Willer, um gibi com tema de faroeste, no qual há constante referência às armas de fogo e tiros e o fato de os gastos com remédios, para o tratamento de sua esposa, que também foi diagnosticada com câncer de mama, ser caro e que estava sendo

dividida _____ *entre* _____ *os* _____ *quatro*
filhos. _____

Local: *Dourados – MS* _____

Data: *14/07/2011* _____ Hora: *10h15min* _____

Data: *05/09/2011* _____ Hora: *16h00min* _____

Data: *15/09/2011* _____ Hora: *17h00min* _____

Observações relevantes *A. desde criança sempre gostou de ler gibis e possuía uma coleção composta*
de _____ *várias* _____ *caixas* _____ *de* _____ *gibis* _____ *de*
faroeste. _____

CASO A – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA AUTÓPSIAS PSICOLÓGICAS E PSICOSSOCIAIS

Roteiro de Entrevista (Suicídio – Pessoa maior de 30 anos)

I) Contato Inicial

II) Caracterização Social

- 1) Profissão e grau de instrução da pessoa que cometeu suicídio: Carpinteiro autônomo. Cursou até o 4º ano do Ensino Fundamental.
- 2) Profissão e grau de instrução do cônjuge e dos filhos: A cônjuge era dona de casa.
- 3) Fontes de rendimento familiar (ordenado fixo e outros): Por ser trabalhador autônomo, o rendimento familiar provinha de seu trabalho.
- 4) Conforto da moradia (própria, alugada, outros; número e tipo de cômodos; rede de esgotos, água encanada, luz elétrica, coleta de lixo; número de residentes): Moradia própria, construída por ele mesmo. O bairro em que ela está localizada possui rede de esgotos, água encanada, luz elétrica e o serviço de coleta de lixo.
- 5) Descrição do aspecto do bairro e local de moradia: A residência está localizada numa rua movimentada da cidade.

III) Retrato e Modo de Vida (de quem cometeu o ato suicida)

- 1) Como você descreve o seu parente que cometeu o suicídio Ele era sistemático, muito trabalhador, um pai exemplar, pessoa ativa, forte, reservado, “durão”, calado, meticoloso, muito inteligente, dedicado, honesto ao extremo, não comprava nada a prazo. Quando ele emprestava uma ferramenta para um colega, ele estipulava um prazo para devolução, quando terminava de trabalhar ele limpava e guardava seu material de trabalho e não pegava nada emprestado de ninguém. Quando começava uma coisa, ele terminava. Gostava muito de ler, aprender coisas. Era muito caprichoso principalmente no serviço. Era “super correto, o que era dele, era dele, o que era dos outros, era dos outros. Não tirava nada de ninguém. Não lesava ninguém” (sic). Quando era novo, ele era “namorador”, gostava de sair, deixava A. em casa e ia ao cinema, mas a família nunca tomou conhecimento de que ele “aprontava” quando saía. Gostava muito de ler gibis, possuía caixas de gibis e seu gibi preferido era o Tex Willer (gibis de faroeste). Também gostava de escutar música, as filhas contam que ele colocava seus discos para tocar, sentava na cadeira de fio com uma garrafa de cerveja e ficava ouvindo música e lendo gibis. Era rígido quanto à sua rotina, um exemplo dado pelos familiares era de que o almoço tinha que ser servido às 11h00min, pois se atrasasse um pouco, ele se irritava e já começava a lhe dar dor de cabeça. A. era autoritário e ninguém contestava o que ele mandava ou mexia em suas coisas, por isso que ninguém mexia em sua arma de fogo. A neta, L., filha de I., conta que, quando, por exemplo, elas pegavam a calculadora para fazer uma conta, elas tinham que lembrar onde ela estava, para devolver no lugar certinho; A. relata que até com ela ele era assim

que “eu fazia por que ele era desse jeito, então eu tinha que fazer, pra não dar lugar pros filhos, né. Tinha que fazer” (sic).

2) Com quem ele se parecia mais? Fisicamente? Modo de ser? Ele era alto, magro e aparentava ser mais jovem do que a idade que possuía. A família também relata que ele era muito forte fisicamente.

3) Ele se aborrecia com frequência? Em que tipo de situação? Com certa frequência, pois, como ele era sistemático com suas coisas e com horários. Se tiravam alguma coisa do lugar, era necessário colocá-la do mesmo jeito e no mesmo local que estava antes. A hora do almoço era sagrada (11h00min) e se a refeição atrasasse ele se irritava e ficava com dor de cabeça.

4) Como ele reagia diante de situações adversas? Havia algo que o chateava mais? Ele era sistemático. Ninguém podia mexer nas coisas dele, tanto no trabalho quanto em casa. E era reservado, calado. Uma das coisas que o chateava era o atraso na hora do almoço.

5) Como e com quem ele vivia antes de cometer o auto-extermínio? Ele vivia com a esposa, em residência própria que ele mesmo havia construído.

6) Há algo que ele teria gostado de mudar em sua vida, se tivesse tido essa chance? Ele gostava muito de ler e de aprender coisas novas, se tivesse tido chance teria estudado mais.

V) Avaliação da atmosfera do ato de suicídio

1) Como ocorreu o ato suicida? (Qual método escolhido? Ele foi planejado? Houve algum aviso prévio? Foi deixado alguma mensagem?) O suicídio foi por disparo de arma de fogo. O tiro perfurou e foi deflagrado logo abaixo do ouvido. A arma era de propriedade de A. A família falou que ele não deu nenhum sinal de que planejava o suicídio. Não foi deixada qualquer mensagem.

2) Onde ocorreu o suicídio? Em que data, dia da semana e hora? O suicídio ocorreu em sua casa, em 2008, um domingo, por volta de 16h00min.

3) Como foram as circunstâncias do suicídio? (Qual o tempo decorrido entre o suicídio e o auxílio? Quem o encontrou e em que circunstâncias? Como foi o socorro?). A. estava no quarto sozinho e disparou um tiro logo abaixo do ouvido com a própria arma de fogo, que estava na cômoda ao lado de sua cama. A. e sua filha estavam na sala, com E., uma amiga da família e disseram que ouviram um pouquinho do barulho, mas não identificaram tratar-se de um tiro. A. entrou no quarto para perguntar se A. queria comer uma fruta, momento em que viu ele deitado, quieto, com sangue escorrendo pela boca e perguntou: “o que que é isso?” (sic). Primeiramente, ela achou que era uma hemorragia. A. chamou e disse: “teu pai tá com hemorragia”. Ela narra que quando viu o sangue escorrendo, perguntou: “o que que é isso?” (sic) e que A. falou: “foi um homem que deu um tiro em mim e eu não quero ficar na cadeira de rodas” (sic). Segundo a filha, Ilma, ele não quis ser o culpado. Somente A., E. e I. estavam em casa no momento em que A. disparou o tiro contra si. I. que socorreu o pai, pois I. não teve coragem de pegar ele. I. conseguiu uma pessoa para dirigir, colocou a

cabeça do pai em seu colo, foi conversando com ele e rumaram para o Hospital, que atendia a família. Ela conta que estava com um vestido branco e vermelho e que o sangue do pai escorria, que até sua calcinha ficou manchada de sangue. Relata também que o pai não estava consciente e que seu olho estava virado. Que o tiro deflagrado por ele não atingiu o alvo, pois acertou a mandíbula. No hospital, o médico foi falar com I. e sua filha, informando que A. seria encaminhado para uma cirurgia, que tinha seus riscos, e pedindo sua opinião sobre este procedimento. I. responde que não, que era melhor deixar seu pai descansar. Sua resposta baseia-se no estado do câncer de A., que estava muito avançado, no ato que ele causou a si próprio, nos riscos que a cirurgia representava, no sofrimento que ele ainda poderia ter e na possibilidade de ele ficar “vegetando” após tudo isso.

4) Como a família viu esse gesto? Que fatores desencadearam o suicídio? Ninguém esperava tal atitude, mas eles acreditam que o que desencadeou o suicídio foi o agravamento de seu câncer na próstata. Ele fez tratamento durante quatro anos, mas, pouco antes dele se suicidar, o tratamento prescrito já não surtia mais efeito. A médica responsável aventou a possibilidade de encaminhá-lo para cirurgia, mas durante os exames pré-operatórios, descobriu-se que não havia mais condições de A. passar por uma cirurgia. O prognóstico dado pela médica era de que A. ficaria na cadeira de rodas, pois o câncer havia atingido os ossos da coluna e não havia mais o que fazer. Ele não se conformou com essa possibilidade de ficar dependente das filhas e também não queria ficar igual às pessoas que ele via fazendo quimioterapia, algumas sem cabelos, outras fazendo uso de sondas; e sempre dizia: “eu não quero isso aí pra mim, não”. Na segunda-feira, a médica tinha marcado o início da quimioterapia dele. Outros fatores que podem ter desencadeado a depressão e o suicídio de A. foram o câncer de mama da mulher, que foi descoberto na mesma época em que ele também foi diagnosticado com câncer; o casal se submetia a radioterapia juntos e A. apresentou alguns efeitos colaterais deste tratamento, como não dormir. Ela relata que ficou um mês sem conseguir dormir. Ele não tinha reações à radioterapia, mas via o que a esposa estava passando e procurava não ficar perto; segundo sua esposa: “ele ponhava a cadeira lá do lado, lá fora e ficava sentado lá no escuro, às vezes, coitado” (sic). A. perguntava: “certas coisas você não acha que incomoda você? Você não perde o sono?”, e ele respondia: “eu não, eu durmo direto.” (sic). A família relata que uma das últimas coisas que ele fez antes de cometer o suicídio foi ler gibi, deitado na rede. Com o agravo de seu câncer ele não podia mais andar de bicicleta, que era uma das coisas que ele mais gostava de fazer, por conta das dores; estas dores eram mais frequentes no período próximo ao seu suicídio, ele não tinha o costume de se queixar, mas a família percebia que ele sentia dores; A. fazia uso de colete por causa de sua coluna vertebral; ele teve de parar de beber sua cervejinha e os churrascos que a família tinha o costume de fazer também foram cortados. Há oito anos, antes de se diagnosticado com câncer, uma de suas netas, J., que tinha 10 anos de idade na época, teve um problema de AVC (Acidente Vascular Cerebral), fato que mobilizou muito a família. As filhas suspeitam que este fato afetou muito A., pois esta neta reside numa casa muito próxima da sua (na mesma rua e na mesma quadra) e que ela foi criada dentro da casa dos avós, apesar de ele não demonstrar o quanto esta ocorrência mexeu com ele. “Ninguém conhece o sentimento de ninguém. Tem gente que ama, né, mas não consegue declarar” (sic). Para a família, outro fator que contribuiu para o desencadeamento do suicídio foi a preocupação de A. com questões financeiras. Como ele e A. foram diagnosticados com câncer na mesma época, o casal teve muitos gastos com médico e remédios. A medicação prescrita para o tratamento de A. custa quase R\$300,00 (trezentos reais) a caixa com 28 comprimidos; a aquisição do mesmo esta sendo dividida pelos quatro filhos, que se dispuseram a assumir este compromisso. A. esta fazendo uso deste medicamento há quatro anos, este é o quinto e último ano de uso do remédio. Iolanda e a mãe suspeitam que foi difícil para A., um homem que sempre foi o provedor da casa, se ver dependendo financeiramente dos filhos.

5) Como a família vivenciou o momento do sepultamento? No começo foi difícil pois foi uma morte muito violenta, mas depois se apoiaram na fé. A família fala “que Deus encaminha tudo. Deus encaminha, faz as coisas muito bem feita” (sic). No dia do velório de A., o padre conhecido da família

foi até lá e conversou com A. Ela disse: “pois é, padre, um homem que ia todo domingo na igreja, olha... Acontecer uma coisa dessas” (sic). E o padre respondeu: “minha filha, a gente não conhece nem si próprio” (sic).

6) Anteriormente, a pessoa demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas? Com que frequência, duração e intensidade? Ele demonstrava estar triste nos últimos dois meses, mas nunca demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas.

7) Houve tentativas anteriores? Já houve suicídios ou tentativas de suicídio na família ou no círculo de amigos? Quais e há quanto tempo? Não houve tentativas anteriores de suicídio. Há o histórico na família de um irmão de A. que já havia tentado o suicídio por três vezes, devido a uma possível depressão.

Verificar os seguintes indicadores (a partir das perguntas feitas acima):

a gravidade do suicídio, o impacto do mesmo na família, a letalidade do método empregado e sua visibilidade, a proximidade de fontes de ajuda e a intenção de morte.

VI) Estado mental que antecedeu o suicídio (se o entrevistado puder responder)

1) A pessoa estava confusa ou parecia ter alguma alteração no fluxo dos pensamentos? Não.

2) A pessoa falava de pensamentos, sentimentos ou idéias que pareciam “irreais”? Segundo relato, somente no momento em que a esposa entrou no quarto e o encontrou sangrando, que A. demonstrou um pensamento irreal, pois ele disse: “foi um homem que deu um tiro em mim” (sic), quando na verdade, ele estava sozinho em seu quarto.

3) A pessoa parecia ter alteração nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões? Não foi relatado pela família.

4) A pessoa estava deprimida, ou muito agitada, ou oscilava entre essas fases? Ele estava muito deprimido e isolado. A família percebeu que o estado depressivo coincidiu com as internações mais frequentes que ele vinha vivenciando por conta do câncer, e que este estado apareceu uns dois meses antes de ele cometer o suicídio.

5) A pessoa costumava falar de sentimentos de culpa, tristeza ou desespero? Dizia que não queria ficar igual àquelas pessoas que via no hospital, que exibiam alguns efeitos adversos que a quimioterapia pode apresentar, como queda de cabelo e a necessidade de uso de sonda, e que não aceitava ficar em uma cadeira de rodas, nem depender de ninguém.

6) A pessoa foi avaliada ou acompanhada por psiquiatra ou psicólogo? Que diagnóstico, tratamento, orientações ou recomendações foram feitas? Sim, ele foi diagnosticado com depressão e havia começado o tratamento medicamentoso uma semana antes de se suicidar.

VII) Imagem da Família

1) Qual foi a reação da família (de seus integrantes) face ao gesto auto-destrutivo? De choque, espanto, desespero, muito sofrimento, mas também de resignação e aceitação.

2) Que problemas a família enfrenta atualmente, decorrentes desse acontecimento? Como a família lida com esses problemas? A família já recorreu a algum tipo de apoio? Inicialmente, a família foi questionada e julgada por amigos e conhecidos: “você não sabia que o teu pai tinha um revólver?” (sic), pelo fato de permitirem que A. ficasse com sua arma de fogo e pelo motivo deles não terem desconfiado que ele tomaria essa atitude. As filhas contam que o pai não permitia que os filhos mexessem em suas coisas, que elas mal entravam no quarto dele. I. fala: “Deus me livre ir lá pegar o... Mas quem que pegou o meu revólver? Quem tirou do lugar? Quem que queria escutar isso do pai? Eu não queria escutar isso, né” (sic). Os familiares também escutaram das pessoas: “nossa, ele não vai pro céu, se matou. Ia a igreja direto... Ah, mas é horrível ouvir isso! Cada coisa...” (sic). A família superou esta dificuldade inicial e se apoiam muito uns nos outros, na fala do padre de que às vezes nem as pessoas conhecem a si próprias, no fato de que ninguém sabe o que ele estava passando, as dores que ele sentia, pois ele era muito calado, e na religião para lidar com todo este acontecimento.

3) A família possui rede de apoio (relações de apoio) a quem possa recorrer? Sua rede de apoio é a própria família e a igreja, a religião. A. encontrou apoio frequentando a hidroginástica, atividade em que ela encontra outras pessoas, conversa e sai um pouco de casa, além de proporcionar uma melhora em sua saúde, perda de peso e agilidade para fazer pequenas coisas, como andar ou calçar a meia. A UNIMED proporciona aos seus conveniados esta atividade, onde a hidroginástica se destina aos idosos que possuem o plano de saúde. Iolanda conta que está planejando levar a mãe para Campo Grande para visitar duas irmãs e uma cunhada de A. que residem nesta localidade.

4) Há dificuldades na comunicação entre as pessoas e no modo de buscar ajuda? Não, eles entendem que não tinham como evitar o ocorrido, pois todos respeitavam o jeito que ele mandava, não havia contestações, e se apoiam em muito em Deus para superar o acontecimento.

5) Como a família está buscando prosseguir e confortar-se mutuamente? Na fé e na aceitação de que “Deus encaminha tudo. Deus encaminha, faz as coisas muito bem feita. A gente ainda não enxerga tem hora, né” (sic). A família conforta-se indo à igreja, rezando e também vendo que “tem tanta gente passando pior também, né” (sic).

Verificar os seguintes indicadores: (Se possível, sem perguntas diretas, apenas pela observação do fluxo discursivo e das associações livres de pensamento)

Tipo de comunicação estabelecida na família (aberta com crítica, subentendida, velada e com segredos, insuficiente, ou com dupla mensagem);

Como são as fronteiras entre as pessoas – misturadas, delimitadas com rigidez ou delimitadas com flexibilidade;

Tipo de funcionamento familiar – fusionado, unido, separado, conflituoso, fusionado e conflituoso;

Forma de formular e estabelecer regras – a explicitação ou não de regras, rigidez ou flexibilidade diante de mudanças e a capacidade (de integrantes) para se adaptar

VII) Biografia da Pessoa que cometeu o suicídio (essa etapa será feita a depender da condição dos entrevistados, da relevância e necessidade de aprofundamento)

Infância e Adolescência

1) Como foi o nascimento, crescimento e ida à escola? Algo a destacar? Era uma família grande, com 10 filhos e A. era o mais velho. Ele contava para a esposa que, quando ele era pequeno, sua mãe fazia docinhos e dava para ele vender na rua.

2) Doenças graves na infância ou adolescência? Doença neurológica ou psiquiátrica?

3) Que tratamentos foram feitos? Quem cuidou da criança/adolescente?

4) Como via o passar dos anos? Como viu a velhice e a chegada da aposentadoria?

5) Há história anterior de doença grave? Qual? Psiquiátrica-Neurológica? Tratamentos? Não há histórico de doença grave anterior. A família relata que ele teve gastrite, mas que fez o tratamento e ficou curado.

Família: problemas e contatos significativos

1) Casado, Solteiro, Viúvo, Separado? Estava recasado ou namorando? Desde quando? Casado há 47 anos.

2) Problemas de relacionamento com familiares (conjugues, filhos, irmãos, pais)? Antes de adoecer era considerado pelos filhos e esposa um bom pai, porém sistemático e fechado. Depois que se descobriu doente tornou-se mais afetuoso e atencioso com a família.

3) Como agia nos relacionamentos familiares? Como era percebido na família? Sempre priorizou o trabalho em sua vida, por isso, era tido como displicente no relacionamento com a família. A filha I. relata que se recorda que os tios, irmãos de sua mãe, às vezes vinham a Dourados para ir ao médico e ficavam para almoçar em sua casa e que o pai, comia muito rápido e já saía para trabalhar; que ele nem conversava e nem dava atenção para os parentes; que ele comia rapidamente e já pegava a sua bicicleta para sair para trabalhar. Que depois que ele ficou doente, ele fazia questão de conversar e ser atencioso com os familiares. Gostava de visitar suas irmãs que residem numa localidade próxima, também ia visitar seu filho H., que reside em outra localidade próxima. Também era percebido como autoridade dentro da família e não era contestado ou questionado pelos familiares.

4) Onde e com quem encontrava apoio? Que tipo de contato mantinha com os parentes, especialmente os mais próximos? Antes da doença encontrava apoio no trabalho, na igreja e na família. Mantinha contatos mais reservados com os parentes, mesmo os mais próximos.

5) Houve mudanças relacionais importantes? Em que época? Que efeitos gerou? Com o nascimento dos netos tornou-se mais afetoso e com a doença ele mudou completamente a maneira de se relacionar com a família, parentes e amigos, acolhendo melhor as pessoas que o visitavam. Também se tornou mais receptivo e aberto, ao seu modo, as pessoas.

Meio social: problemas e contatos significativos

1) Muitos ou poucos amigos? Que problemas surgiram no convívio? Como ajudaram? Era reservado, um pouco desconfiado com os colegas de trabalho, mas no decorrer da doença houve mudanças relacionais importantes, pois segundo a família ele se modificou, começou a dividir mais as coisas dele.

2) Apoio dos vizinhos? Como se deu o contato e o apoio entre vizinhos? A visão que todos os vizinhos tinham dele era de que ele era muito trabalhador.

3) Apoio entre colegas ou ex-colegas de trabalho? Como ajudaram?

4) Houve mudanças relacionais importantes? Em que época?

Ensino e/ou Aperfeiçoamento Profissional

1) Estudou? Tipo de instituição de ensino, local e recursos obtidos. Sim, até o 4º ano do Ensino Fundamental.

2) Amigos na instituição de ensino? Desempenho e engajamento escolar.

3) Interrompeu os estudos, por que? Finalizou os estudos? Tinha planos futuros? Gostava de estudar e ler, entretanto teve que interromper os estudos para trabalhar.

Experiência Profissional e Emprego

1) O que se destaca de sua experiência e inserção profissional? Sucessos e fracassos. Era muito responsável e trabalhador e um bom profissional. Tudo que começava ele terminava. Era organizado e metódico, limpava e guardava as ferramentas assim que terminava de usá-las e quando emprestava aos colegas, determinava um prazo para devolução, além de não pegar nada emprestado. Sua esposa conta que o pai dela dizia que “o A. vai ficar rico” (sic), pois ele era muito trabalhador e sabia fazer de tudo.

2) Amigos no trabalho/ emprego? Algum apoio de amigos ou do trabalho? Era desconfiado com os colegas de trabalho, pois tinha receio de que pegassem suas ferramentas. Só trabalhava com quem ele tinha confiança.

3) O que era relevante no trabalho/ emprego? Dificuldades, limites e possibilidades. Era muito responsável e trabalhador. Se aparecia um serviço para fazer no domingo, ele largava tudo e ia.

4) Trabalho/ emprego permanente ou temporário? O que pensava dele e do salário? Era construtor (carpinteiro). Exercia seu trabalho de forma autônoma. Gostava de seu trabalho e com ele manteve a família e criou os filhos e conseguiu construir sua casa.

5) Desemprego? Tempo em que permaneceu desempregado? Como foi afetado?

6) Aposentadoria? Como ela afetou e como passou a ser o uso do tempo? Somente deixou de trabalhar quando a doença o impossibilitou e isso lhe afetou profundamente, pois não gostava de depender dos filhos.

Outros relacionamentos formais

1) Igreja – comparecimento, atividades, crenças. Era católico, participava das missas todos os domingos.

2) Partido político – afiliação, atitudes, atividades (conjunta, independente).

3) Sindicato e Organização Profissional – afiliação, atitudes, atividades.

4) Clubes e Associações voluntárias – afiliação, atividades, frequência.

O tema suicídio é altamente mobilizante e pode provocar ansiedade ou desconforto. Será necessário um tipo de entrevista que possa favorecer a expressão de sentimentos, atitudes e opiniões, numa continência afetivo-cognitivo-social necessária a um assunto dessa complexidade.
--

CASO A – ORGANIZAÇÃO DOS DADOS E PRÉ-ANÁLISE

Caso 1: Sistematização dos dados colhidos

Critério de escolha do caso

A escolha do caso seguiu as orientações contidas no material fornecido pela Universidade Católica Dom Bosco – Programa de Pós-Graduação Mestrado em Psicologia, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública e Centro Latino Americano de Estudos de Violência e Saúde/CLAVES. Neste material, sugere-se a busca de casos de suicídio em idosos, com idade acima de 60 anos e que tenham ocorrido nas localidades selecionadas, entre os anos 2005 e 2010. A equipe selecionada para esta região do país (Centro-Oeste – estado de Mato Grosso do Sul) e para esta localidade, Dourados – MS, obteve, junta à Secretaria de Estado de Justiça e Segurança Pública, acesso aos Boletins de Ocorrência que foram emitidos neste período e que foram comunicados como suicídio. Num primeiro momento, foram notificados somente três casos neste período. Como uma das estratégias metodológicas desta pesquisa buscava a realização de cinco entrevistas com familiares de pessoas idosas que cometeram suicídio, as pesquisadoras ampliaram o período a ser investigado para até o ano de 2010. Feito isto, foi possível a localização de cinco casos, o que permitiu que esta pesquisa ficasse mais completa. Através do Boletim de Ocorrência, a equipe de pesquisadoras tomou conhecimento deste suicídio ocorrido em 10 de fevereiro de 2008. As pesquisadoras se deslocaram até a cidade de Dourados e visitaram a residência onde o fato ocorreu. Chegando lá, foram recebidas pela viúva da vítima, que concordou em participar da pesquisa.

Dados do entrevistado

A., 76 anos, viúva há 3 anos, filha de E. e I.; é dona de casa e reside em Dourados – MS. Ela foi casada com A. durante 47 anos. Outras entrevistadas foram: I. e I., filhas de A. e A.; J. e L., netas do casal.

Dados da pessoa com morte auto-infligida

A., 72 anos, casado; era carpinteiro autônomo. Era o primeiro de dez filhos de A. e L. Foi casado com A., com quem teve quatro filhos: H., I., I. e I.; cinco netos: C. e W. (filhos de H.), J. (filha de I.) e L. e L. (filhas I.) e duas bisnetas: G. (filha de W.) e A. (filha de L.). I. tem um enteado (C.), filho de seu esposo G. Residiu durante muito tempo em Dourados – MS. Frequentou a escola até o 4º ano do Ensino Fundamental.

Contraste entre dados da entrevista e do IML

Dados da Entrevista	Dados do Laudo do IML (ou dados de outras fontes) – BOLETIM DE OCORRÊNCIA
<p>Dados pessoais e forma de perpetração</p> <p><i>A. era casado com A. há 47 anos e eles moravam em residência própria que ele mesmo construiu. Trabalhava como carpinteiro autônomo e a renda da família provinha de sua função. Era uma pessoa muito dedicada ao trabalho, rígido quanto à sua rotina, autoritário e pouco afetuoso com a família. Foi diagnosticado com câncer de próstata já em estado avançado na mesma época em que sua</i></p>	<p>Dados pessoais e forma de perpetração</p> <p><i>A. (72), do sexo masculino, Brasileiro, Casado, PAI: A. e MÃE: L., Endereço: Dourados – MS.</i></p> <p><i>HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: Esta equipe plantonista recebeu comunicado via telefone do Hospital de Urgência e Trauma de que naquele local a vítima citada dera entrada com ferimento por disparo de arma de fogo. Os familiares da vítima relataram que a vítima tentou cometer suicídio e fora socorrida até o</i></p>

<p><i>esposa foi diagnosticada com câncer de mama. Submeteu-se ao tratamento de radioterapia durante quatro anos, mas, nos últimos seis meses antes de cometer o suicídio, o quadro tinha se agravado, não era possível submetê-lo à cirurgia, ele sentia muitas dores na coluna vertebral, fazia uso de colete e a médica informou que a perspectiva era de que ele ia ficar numa cadeira de rodas e ia começar a trata-lo com quimioterapia. A. não aceitava ter de ficar dependente das filhas e tinha receio de exibir efeitos adversos que a quimioterapia pode apresentar, como queda do cabelo ou uso de sonda. Foi diagnosticado com depressão e havia começado o tratamento medicamentoso uma semana antes de se suicidar. O suicídio foi por disparo de arma de fogo e ocorreu em sua casa em 2008. O tiro perfurou logo abaixo do ouvido. A arma era de propriedade de A. Ele chegou a ser socorrido e levado para um hospital, o ferimento atingiu a mandíbula, que sangrava muito. A família falou que ele não deu nenhum sinal de que planejava o suicídio. Não foi deixada qualquer mensagem.</i></p>	<p><i>hospital pelos familiares. Diante dos fatos o delegado plantonista e o perito plantonista, juntamente com esta equipe, deslocou até a residência da vítima, onde ocorrera o fato. No local foi realizada perícia técnica e localizada a arma utilizada, ora apreendida. Tal arma estava municada sendo que das seis munições uma estava deflagrada. Foi localizado no cômodo o projétil deflagrado sendo que os familiares declararam que o tiro transfixou e foi deflagrado logo abaixo do ouvido, fato que poderá ser comprovado pelo Exame Necroscópico. A família da vítima declarou que o mesmo estava com câncer em estágio avançado e que lhes disse que não permaneceria em uma cadeira de rodas e alegam que este pode ter sido a motivação do suicídio. Declararam também que a vítima estava fazendo uso de anti-depressivos sendo que os medicamentos usados pela vítima também foram apreendidos. Na casa, no momento do disparo, estava também a pessoa de E., nesta urbe. Nada mais.”</i></p>
<p>Descrição do ocorrido pelo familiar</p> <p><i>A. estava no quarto sozinho e disparou um tiro logo abaixo do ouvido com a própria arma de fogo, que estava na cômoda ao lado de sua cama. A. e sua filha estavam na sala, com E., uma amiga da família e disseram que ouviram um pouquinho do barulho, mas não identificaram tratar-se de um tiro. A. entrou no quarto para perguntar se A. queria comer uma fruta, momento em que viu ele deitado, quieto, com sangue escorrendo pela boca e perguntou: “o que que é isso?” (sic). Primeiramente, ela achou que era uma hemorragia. A. chamou e disse: “teu pai tá com hemorragia”. Ela narra que quando viu o sangue escorrendo, perguntou: “o que que é isso?” (sic) e que A. falou: “foi um homem que deu um tiro em mim e eu não quero ficar na cadeira de rodas” (sic). Segundo a filha, I., ele não quis ser o culpado. Somente A., E. e I. estavam em casa no momento em que A. disparou o tiro contra si. I. que socorreu o pai, pois I. não teve coragem de pegar ele. I. conseguiu uma pessoa para dirigir, colocou a cabeça do pai em seu colo, foi conversando com ele e rumaram para o Hospital, que atendia a família. Ela conta que estava com um vestido branco e vermelho e que o sangue do pai escorria, que até sua calcinha ficou manchada de sangue. Relata também que o pai não estava consciente e que seu olho</i></p>	<p>Exame no local e conclusão do laudo</p> <p>“RELACIONAMENTOS DO BO: ARMA DE FOGO N°: REVOLVER 32/TAURUS <i>Obs: arma encontrada no quarto da vítima.</i> OBJETO(S)/ COISA(S): MUNIÇÃO Número: Quantidade: 5 <i>Obs: calibre 32.</i> PROJETIL (MUNIÇÃO) Número: Quantidade: 1 <i>Obs: calibre 32.</i> CÁPSULA Número: Quantidade: 1 <i>Obs: cápsula calibre 32\” deflagrada.</i> CAIXA Número: Quantidade: 5 <i>Obs: cinco caixas do remédio Decadron; Neo Amitriptilín; Lozeprel; Capotríneo e Hidromed.</i> REMÉDIO Número: Quantidade: 4 <i>Obs: quatro unidades de remédio Dimorf – Sulfato de Morfina – 10mg.”</i></p>

estava virado. Que o tiro deflagrado por ele não atingiu o alvo, pois acertou a mandíbula. No hospital, o médico foi falar com I. e sua filha, informando que A. seria encaminhado para uma cirurgia, que tinha seus riscos, e pedindo sua opinião sobre este procedimento. I. responde que não, que era melhor deixar seu pai descansar. Sua resposta baseia-se no estado do câncer de A., que estava muito avançado, no ato que ele causou a si próprio, nos riscos que a cirurgia representava, no sofrimento que ele ainda poderia ter e na possibilidade de ele ficar “vegetando” após tudo isso.

Caderno de Campo: Como chegamos nesse caso?

Nos dias 21 e 22 de março de 2011 ocorreram os primeiros contatos com os responsáveis pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Dourados e da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul com o objetivo de apresentar o projeto para obtenção de informações. A pessoa responsável pelo Setor de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul orientou as pesquisadoras de que era possível obter algumas informações a partir do site do DATASUS do estado e que as informações mais detalhadas poderiam ser obtidas nas Delegacias de Polícias Locais. No dia 28 de março de 2011, houve uma reunião com o Delegado Especial e Superintendente da Secretaria de Justiça Pública do Estado de Mato Grosso do Sul, para apresentação do projeto e orientações quanto à busca por contatos nas Delegacias de Polícia do Estado. Com isso, as pesquisadoras foram encaminhadas ao Delegado de Polícia Civil do Estado de Mato Grosso do Sul. Em 30 de março de 2011 ocorreu um encontro com o Delegado de Polícia Civil do Estado de Mato Grosso do Sul para a apresentação do projeto e solicitação de apoio quanto à disponibilização de informações a respeito dos casos de suicídios em idosos ocorridos no período de 2008 a 2010 nas cidades de Campo Grande e Dourados. No dia 31 de março de 2011 houve o recebimento de ofício contendo cópia dos Boletins de Ocorrências (BO) dos casos de suicídios solicitados a Delegacia de Polícia Civil do Estado de Mato Grosso do Sul. Na data de 30 de maio de 2011 aconteceu uma reunião com a gerente técnica do Núcleo de Prevenção a Violência do Estado de Mato Grosso do Sul, com o intuito de apresentar o projeto e requerer apoio para contactar às pessoas envolvidas com os casos de suicídio a partir das Unidades Básicas de Saúde. Diante da demora do Núcleo de Prevenção a Violência em dar uma resposta às pesquisadoras, estas decidiram realizar as buscas dos casos utilizando os dados contidos nos Boletins de Ocorrência (BO) que elas tinham tido acesso. Com isso, realizaram-se visitas em algumas casas a fim de se estabelecer contato e executar as autópsias psicológicas. A relação dos Boletins de Ocorrência do período de 2008 a 2010 continha três casos de suicídio de idosos acima de 60 anos na localidade de Dourados. As pesquisadoras fizeram uma investigação no Sistema Integrado de Gestão Operacional da Polícia Civil de Mato Grosso do Sul (SIGO/PC-MS) e ampliaram o período pesquisado para 2005 a 2007 e foram encontrados mais 03 casos com as mesmas características. Outra fonte de averiguação foi o Banco de Dados de Mortalidade do Distrito Sanitário Especial Indígena de Mato Grosso do Sul (DSEI-MS), onde se encontrou mais um caso de suicídio no período de 2005 a 2010. Dos sete casos de suicídio encontrados e buscados pelas pesquisadoras, dois tiveram os endereços não localizados. No dia 14 de julho de 2011, as pesquisadoras Sonia e Fabiane dirigiram-se para o endereço de A., indicado no Boletim de Ocorrência como esposa de A. e testemunha do fato. O contato inicial foi feito com ela. No dia 05 de setembro de 2011, estas mesmas pesquisadoras voltaram à casa de A. para lhe apresentar outras duas pesquisadoras, Alessandra e Grazielle, que estariam retornando a Dourados para finalizar a entrevista. No dia 14 de setembro de 2011, a pesquisadora Alessandra entrou em contato com A. para comunicar que ela estaria viajando até Dourados no dia seguinte e para agendar um horário para estar conversando com ela. No dia 15 de setembro de 2011 foi reforçada a finalidade da

pesquisa e a importância da colaboração da família. Participaram da entrevista a viúva, A., as filhas I. e I. e as netas J. e L., que permitiram que a entrevista fosse gravada. O Termo de Consentimento foi assinado pela filha de A., I.

Caso 1: O suicídio de A.

(1) Identificação pessoal, social e familiar (baseado no Genograma)

Filho de A. e L.. Era o mais velho de dez filhos. Houve um irmão de A. que já havia tentado o suicídio por três vezes, devido a uma possível depressão. Frequentou a escola até o 4º ano do Ensino Fundamental. Casou-se com A., com quem teve quatro filhos: H., I., I. e I.; cinco netos: C. e W. (filhos de H.), J. (filha de I.) e L. e L. (filhas I.) e duas bisnetas: G. (filha de W.) e A. (filha de L.). I. tem um enteado (C.), filho de seu esposo G. Era católico, participava das missas todos os domingos.

(2) Biografia da pessoa que cometeu o suicídio (auto-retrato e modo de vida)

Descrito como uma pessoa sistemática, muito trabalhador, um pai exemplar, pessoa ativa, forte, reservado, “durão”, calado, meticoloso, muito inteligente, dedicado, honesto ao extremo, não comprava nada a prazo. Quando ele emprestava uma ferramenta para um colega, ele estipulava um prazo para devolução, quando terminava de trabalhar ele limpava e guardava seu material de trabalho e não pegava nada emprestado de ninguém. Quando começava uma coisa, ele terminava. Gostava muito de ler, aprender coisas. Era muito caprichoso principalmente no serviço. Era “super correto, o que era dele, era dele, o que era dos outros, era dos outros. Não tirava nada de ninguém. Não lesava ninguém” (sic). Quando era novo, ele era “namorador”, gostava de sair, deixava A. em casa e ia ao cinema, mas a família nunca tomou conhecimento de que ele “aprontava” quando saía. Gostava muito de ler gibis, possuía caixas de gibis e seu gibi preferido eram gibis de faroeste. Também gostava de escutar música, as filhas contam que ele colocava seus discos para tocar, sentava na cadeira de fio com uma garrafa de cerveja e ficava ouvindo música e lendo gibis. Era rígido quanto à sua rotina, um exemplo dado pelos familiares era de que o almoço tinha que ser servido às 11h00min, pois se atrasasse um pouco, ele se irritava e já começava a lhe dar dor de cabeça. A. era autoritário e ninguém contestava o que ele mandava ou mexia em suas coisas, por isso que ninguém mexia em sua arma de fogo. Ele era alto, magro e aparentava ser mais jovem do que a idade que possuía. A família também relata que ele era muito forte fisicamente. A. se aborrecia com certa frequência, pois, como ele era sistemático com suas coisas e com horários. Se tiravam alguma coisa do lugar, era necessário colocá-la do mesmo jeito e no mesmo local que estava antes. A hora do almoço era sagrada (11h00min) e se a refeição atrasasse ele se irritava e ficava com dor de cabeça. Vivia com a esposa, em residência própria que ele mesmo havia construído. Se tivesse tido chance teria estudado mais.

(3) Estado mental que antecedeu o suicídio (risco psiquiátrico e psicossocial)

A. não falava de pensamentos, sentimentos ou ideias que pareciam “irreais” e nem tinha alterações nas percepções, ouvindo vozes ou tendo visões. Segundo relato de sua família, somente no momento em que a esposa entrou no quarto e o encontrou sangrando, que A. demonstrou um pensamento irreal, pois ele disse: “foi um homem que deu um tiro em mim” (sic), quando na verdade, ele estava sozinho em seu quarto. Para sua filha I., esta fala tinha o objetivo de isentá-lo do ato que ele cometeu. Segundo a família, ele estava muito deprimido e isolado. Eles perceberam que o estado depressivo coincidiu com as internações mais frequentes que ele vinha vivenciando por conta do câncer, e que este estado apareceu uns dois meses antes de ele cometer o suicídio. Ele foi diagnosticado com depressão e havia começado o tratamento medicamentoso uma semana antes de se suicidar. Seu discurso permeado por tristeza e um pouco de desespero dizia respeito ao fato de

que ele não queria ficar igual àquelas pessoas que via no hospital, que exibiam alguns efeitos adversos que a quimioterapia pode apresentar, como queda de cabelo e a necessidade de uso de sonda, e que não aceitava ficar em uma cadeira de rodas, nem depender de ninguém.

(4) Imagem do ato nas reações e impressões do sistema familiar

Além do choque, espanto, desespero e muito sofrimento, a família apresentou também resignação e aceitação. Os familiares entendem que não tinham como evitar o ocorrido, pois todos respeitavam o modo como ele mandava na casa e na família, não havia contestações, e os mesmos relatam que têm a consciência tranquila de que fizeram tudo que estava ao seu alcance para cuidar de A. e proporcionar o maior conforto possível; que ele foi muito amado e respeitado pelos membros da família. A família atribui seu ato ao fato de ele estar com câncer na próstata em estágio avançado e com perspectiva de ficar numa cadeira de rodas e dependente das filhas; receio de se submeter à quimioterapia e perder todo o cabelo ou ter que fazer uso de sonda, como outros pacientes que ele via no hospital; a leitura constante dos gibis de faroeste, no qual há constante referência às armas de fogo e tiros e o fato de os gastos com remédios, para o tratamento de sua esposa, que também foi diagnosticada com câncer de mama, ser caro e que estava sendo dividida entre os quatro filhos. O momento do sepultamento foi difícil pois foi uma morte muito violenta, mas depois os familiares se apoiaram na fé. A família fala “que Deus encaminha tudo. Deus encaminha, faz as coisas muito bem feita” (sic). No dia do velório de A., o padre conhecido da família foi até lá e conversou com A. Ela disse: “pois é, padre, um homem que ia todo domingo na igreja, olha... Acontecer uma coisa dessas” (sic). E o padre respondeu: “minha filha, a gente não conhece nem si próprio” (sic).

(5) Avaliação da atmosfera do suicídio

O suicídio foi por disparo de arma de fogo e ocorreu em sua casa em 2008. O tiro perfurou e foi deflagrado logo abaixo do ouvido. A arma era de propriedade de A. A família falou que ele não deu nenhum sinal de que planejava o suicídio. Não foi deixada qualquer mensagem. A. estava no quarto sozinho e disparou um tiro logo abaixo do ouvido com a própria arma de fogo, que estava na cômoda ao lado de sua cama. A. e sua filha estavam na sala, com E., uma amiga da família e disseram que ouviram um pouquinho do barulho, mas não identificaram tratar-se de um tiro. A. entrou no quarto para perguntar se A. queria comer uma fruta, momento em que viu ele deitado, quieto, com sangue escorrendo pela boca e perguntou: “o que que é isso?” (sic). Primeiramente, ela achou que era uma hemorragia. A. chamou e disse: “teu pai tá com hemorragia”. Ela narra que quando viu o sangue escorrendo, perguntou: “o que que é isso?” (sic) e que A. falou: “foi um homem que deu um tiro em mim e eu não quero ficar na cadeira de rodas” (sic). Segundo a filha, I., ele não quis ser o culpado. Somente A., E. e I. estavam em casa no momento em que A. disparou o tiro contra si. I. que socorreu o pai, pois I. não teve coragem de pegar ele. I. conseguiu uma pessoa para dirigir, colocou a cabeça do pai em seu colo, foi conversando com ele e rumaram para o Hospital, que atendia a família. Ela conta que estava com um vestido branco e vermelho e que o sangue do pai escorria, que até sua calcinha ficou manchada de sangue. Relata também que o pai não estava consciente e que seu olho estava virado. Que o tiro deflagrado por ele não atingiu o alvo, pois acertou a mandíbula. No hospital, o médico foi falar com I. e sua filha, informando que A. seria encaminhado para uma cirurgia, que tinha seus riscos, e pedindo sua opinião sobre este procedimento. I. responde que não, que era melhor deixar seu pai descansar. Sua resposta baseia-se no estado do câncer de A., que estava muito avançado, no ato que ele causou a si próprio, nos riscos que a cirurgia representava, no sofrimento que ele ainda poderia ter e na possibilidade de ele ficar “vegetando” após tudo isso. Ninguém da família esperava tal atitude, mas eles acreditam que o que desencadeou o suicídio foi o agravamento de seu câncer na próstata. Ele fez tratamento durante quatro anos, mas, pouco antes dele se suicidar, o tratamento prescrito já não surtia mais efeito. A médica responsável aventou a possibilidade de encaminhá-lo para cirurgia, mas durante os exames pré-operatórios, descobriu-se que não havia mais condições de A. passar por uma cirurgia. O prognóstico dado pela médica era de que A. ficaria na cadeira de rodas, pois o câncer havia atingido os ossos da coluna e não havia mais o que fazer. Ele não se conformou com essa

possibilidade de ficar dependente das filhas e também não queria ficar igual às pessoas que ele via fazendo quimioterapia, algumas sem cabelos, outras fazendo uso de sondas; e sempre dizia: “eu não quero isso aí pra mim, não”. Na segunda-feira, a médica tinha marcado o início da quimioterapia dele. Outros fatores que podem ter desencadeado a depressão e o suicídio de A. foram o câncer de mama da mulher, que foi descoberto na mesma época em que ele também foi diagnosticado com câncer; o casal se submetia a radioterapia juntos e A. apresentou alguns efeitos colaterais deste tratamento, como não dormir. Ela relata que ficou um mês sem conseguir dormir. Ele não tinha reações à radioterapia, mas via o que a esposa estava passando e procurava não ficar perto; segundo sua esposa: “ele ponhava a cadeira lá do lado, lá fora e ficava sentado lá no escuro, às vezes, coitado” (sic). A. perguntava: “certas coisas você não acha que incomoda você? Você não perde o sono?”, e ele respondia: “eu não, eu durmo direto.” (sic). A família relata que uma das últimas coisas que ele fez antes de cometer o suicídio foi ler gibi, deitado na rede. Com o agravamento de seu câncer ele não podia mais andar de bicicleta, que era uma das coisas que ele mais gostava de fazer, por conta das dores; estas dores eram mais frequentes no período próximo ao seu suicídio, ele não tinha o costume de se queixar, mas a família percebia que ele sentia dores; A. fazia uso de colete por causa de sua coluna vertebral; ele teve de parar de beber sua cervejinha e os churrascos que a família tinha o costume de fazer também foram cortados. Há oito anos, antes de se diagnosticar com câncer, uma de suas netas, J., que tinha 10 anos de idade na época, teve um AVC (Acidente Vascular Cerebral), fato que mobilizou muito a família. As filhas suspeitam que este fato afetou muito A., pois esta neta reside numa casa muito próxima da sua (na mesma rua e na mesma quadra) e que ela foi criada dentro da casa dos avós, apesar de ele não demonstrar o quanto esta ocorrência mexeu com ele. “Ninguém conhece o sentimento de ninguém. Tem gente que ama, né, mas não consegue declarar” (sic). Para a família, outro fator que contribuiu para o desencadeamento do suicídio foi a preocupação de A. com questões financeiras. Como ele e A. foram diagnosticados com câncer na mesma época, o casal teve muitos gastos com médico e remédios. A medicação prescrita para o tratamento de A. custa quase R\$300,00 (trezentos reais) a caixa com 28 comprimidos; a aquisição do mesmo está sendo dividida pelos quatro filhos, que se dispuseram a assumir este compromisso. A. está fazendo uso deste medicamento há quatro anos, este é o quinto e último ano de uso do remédio. I. e a mãe suspeitam que fosse difícil para A., um homem que sempre foi o provedor da casa, se ver dependendo financeiramente dos filhos. Ele demonstrava estar triste nos últimos dois meses, mas nunca demonstrou pensamentos ou sentimentos suicidas. Não houve tentativas anteriores de suicídio; mas há o histórico na família de um irmão de A. que já havia tentado o suicídio por três vezes, devido a uma possível depressão.

(6) Impacto do suicídio na família

Inicialmente, a família foi questionada e julgada por amigos e conhecidos: “você não sabia que o teu pai tinha um revólver?” (sic), pelo fato de permitirem que A. ficasse com sua arma de fogo e pelo motivo deles não terem desconfiado que ele tomaria essa atitude. As filhas contam que o pai não permitia que os filhos mexessem em suas coisas, que elas mal entravam no quarto dele. I. fala: “Deus me livre ir lá pegar o... Mas quem que pegou o meu revólver? Quem tirou do lugar? Quem que queria escutar isso do pai? Eu não queria escutar isso, né” (sic). Os familiares também escutaram das pessoas: “nossa, ele não vai pro céu, se matou. Ia na igreja direto... Ah, mas é horrível ouvir isso! Cada coisa...” (sic). A família superou esta dificuldade inicial e se apoiam muito uns nos outros, na fala do padre de que às vezes nem as pessoas conhecem a si próprias, no fato de que ninguém sabe o que ele estava passando, as dores que ele sentia, pois ele era muito calado, e na religião para lidar com todo este acontecimento. Sua rede de apoio é a própria família e a igreja, a religião. A. encontrou apoio frequentando a hidroginástica, atividade em que ela encontra outras pessoas, conversa e sai um pouco de casa, além de proporcionar uma melhora em sua saúde, perda de peso e agilidade para fazer pequenas coisas, como andar ou calçar a meia. A UNIMED proporciona aos seus conveniados esta atividade, onde a hidroginástica se destina aos idosos que possuem o plano de saúde. I. conta que está planejando levar a mãe para Campo Grande – MS para visitar duas irmãs e uma cunhada de A. que residem nesta localidade. Os familiares buscam prosseguir e consolar-se mutuamente através da fé e na aceitação de que “Deus

encaminha tudo. Deus encaminha, faz as coisas muito bem feita. A gente ainda não enxerga tem hora, né” (sic). A família conforta-se indo à igreja, rezando e também vendo que “tem tanta gente passando pior também, né” (sic).

(7) Síntese ou comentários finais

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa**



Rio de Janeiro, 08 de julho de 2010.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

**PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 119/10
CAAE: 0125.0.031.000-10**

Título do Projeto: “É possível prevenir a antecipação do fim? Suicídio de idosos no Brasil e possibilidades de atuação do setor saúde”

Classificação no Fluxograma: Grupo III

Pesquisadora Responsável: Maria Cecília de Souza Minayo

Instituição onde se realizará: Escola nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP/Fiocruz

Data de recebimento no CEP-ENSP: 26 / 05 / 2010

Data de apreciação: 07 / 07 / 2010

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado. (Aprovado para a primeira etapa. Após esta fase reapresentar o projeto ao CEP).

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d, da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.


PROF. SERGIO REGO
 Coordenador do Comitê de
 Ética em Pesquisa
 CEP/ENSP