



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva  
Brasil

Gonçalves Cavalcante, Fátima; de Souza Minayo, Maria Cecília  
Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras  
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 20, núm. 6, junio, 2015, pp. 1655-1666  
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva  
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63038653002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras

Qualitative study on suicide attempts and ideations with 60 elderly in Brazil

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

**Abstract** *Sixty cases of suicidal attempts and ideations among elderly people from thirteen Brazilian municipalities were studied, with the objective of discovering, from what they had to say, their reasons and interpretations for attempting to take their own life. The study, with a hermeneutic and dialectic basis, was based on an interview guide, to steer the conversation with these individuals. It starts with a sociodemographic classification and looks in depth at the person's situation according to their social, community and family circumstances and their physical and mental health, functional capacity, and the reasons given for the suicidal ideations and attempts. This field information was first analysed locally and then cross-categorized according to the method used, severity of the events and reasons given by the elderly people, by sex, age, socioeconomic profile and risk and protection factors. A comprehensive, critical and interpretative summary was made of the material. The results show that failure to listen to and the isolation of elderly people, lack of awareness of the risks on the part of family, the association with physical and mental, functional, social and family losses and violence are predisposing factors, and concurrent in many cases. The conclusion is that vulnerability and self-neglect are reduced where there is family support, care and bonds of unity.*

**Key words** *Attempted suicide, Ideation, The elderly, Prevention*

**Resumo** *Analisa-se 60 casos de tentativas e ideações suicidas em idosos de treze municípios brasileiros, com objetivo de conhecer, a partir de suas falas, as razões e as interpretações para atentarem contra sua vida. De base hermenêutica e dialética, o estudo parte de um roteiro de entrevista que guia a interlocução com essas pessoas. Inicia-se com uma caracterização sociodemográfica e aprofunda-se a situação da pessoa idosa segundo sua situação social, comunitária e familiar, e sua saúde física, mental, capacidade funcional, e os motivos atribuídos às ideações e tentativas de suicídio. Tais informações de campo foram pré-analisadas localmente e, em seguida, categorizadas transversalmente segundo meios usados, grau de severidade dos eventos e motivos atribuídos pelos idosos por sexo, idade, perfil socioeconômico e fatores de risco e protetores. O material foi sintetizado de forma compreensiva, crítica e interpretativa. Os resultados mostram que falta de escuta e isolamento dos idosos, pouca visibilidade dos riscos pelos familiares, associação com doenças físicas, mentais, perdas funcionais, sociais, familiares e violências são elementos predisponentes, sendo concomitantes em muitos casos. Conclui-se que vulnerabilidades e autonegligências são reduzidas quando há apoio familiar, cuidados e laços de solidariedade.*

**Palavras-chave** *Tentativa de suicídio, Ideação de suicídio, Idosos, Prevenção*

<sup>1</sup> Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Avenida Brasil 4036/700, Manguinhos. 21040-361 Rio de Janeiro RJ. fatimagold7x7@yahoo.com.br

## Introdução

Neste artigo analisam-se 60 entrevistas em profundidade realizadas em 13 municípios brasileiros com pessoas idosas que apresentaram ideias ou tentaram suicídio. O estudo trata especificamente das circunstâncias físicas, psicológicas e sociais associadas aos eventos citados<sup>1</sup>. É fruto de uma pesquisa apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) que foi precedida por ampla revisão sobre o estado do conhecimento em ideias e tentativas de suicídio no grupo considerado.

Na referida revisão<sup>2</sup> analisaram-se 75 artigos abrangendo os anos 2002 a 2013. Constatou-se que 94,7% das investigações são de cunho epidemiológico e privilegiam fontes secundárias. Nos poucos estudos qualitativos revistos, faltava consistência teórica e metodológica<sup>3</sup>. Na literatura, a depressão aparece como o mais relevante fator explicativo das tentativas de suicídio em idosos, associada a sofrimento físico crônico; perdas de capacidade funcional, familiares e econômicas; abandono; solidão; violências sofridas no ciclo da vida; distúrbios e sofrimentos mentais e depressão severa. Há diferenças de gênero, etnia, de segmentos de idade na velhice, questões sociais e traços culturais<sup>4-7</sup>. Embora menos comum entre idosos, se comparada a adolescentes e jovens, a tentativa de suicídio é prenúncio de morte autinfligida<sup>7</sup>.

O *suicídio* é um ato intencional para acabar com a própria vida. Comportamentos suicidas não fatais aparecem sob a forma de *ideação*, quando há pensamentos que fomentam o desejo de acabar com a existência e se agrava quando acompanhados de um *plano suicida*, em que se formula um método para dar cabo à vida. A *tentativa de suicídio* envolve condutas voltadas para produzir a morte, na qual pode ou não resultar<sup>5</sup>. A literatura tem utilizado o termo *comportamento suicida*, para expressar a conduta da pessoa que age contra si mesma e ameaça sua vida, frequentemente deixando pistas verbais ou comportamentais<sup>8,9</sup>. A *autonegligência* é uma variação desse comportamento, em que a pessoa se deixa morrer. As fronteiras entre as diferentes definições são tênues, uma vez que uma tentativa pode ser interrompida e se fixar como ideia ou intenção, enquanto um pensamento pode eclodir com angústias e ansiedades avassaladoras e explodir em forma de ato contra a vida. Porém, nem todo *pensamento sobre a morte* ou desejo de morrer é evidência de risco. É preciso distinguir e diferenciar ideias e comportamentos associados

ao risco de suicídio e desejos de se matar que não comprometem a pessoa porque não persistem.

Sommers-Flanagan e Sommers-Flanagan<sup>10</sup> apresentam uma proposta que guiou este estudo<sup>3</sup>. Ressaltam que para se avaliar o *risco de suicídio* é necessário levar em conta a gravidade da tentativa, a letalidade do método e sua visibilidade. A *avaliação da intenção suicida* pode ser considerada: (a) *inexistente*, sem plano ou ideia de se matar; (b) *leve*, sem plano específico ou concreto e poucos fatores de risco; (c) *moderada*, com existência de um plano geral, embora haja autocontrole intacto e predominem as 'razões para viver'; (d) *severa*, frequente e intensa, com plano específico e letal, meios disponíveis e autocontrole questionável; (e) *extrema*, com clara intenção de suicídio e frequente busca de oportunidade e presença de muitos fatores de risco. Quanto mais específico for o plano, mais grave é o risco que aumenta quando a pessoa tem dificuldade de autocontrole verbal e físico, associa seu comportamento ao uso de álcool e outras drogas e a ações e pensamentos compulsivos. Para se analisar o momento da tentativa de suicídio<sup>10</sup> levam-se em conta três fatores: uma crise suicidária aguda, que pode se apresentar num intervalo de curta duração, de horas ou dias, em que se opera uma descarga de emoção e um ataque autodestrutivo; a ambivalência presente em graus e formas quando as pessoas tentam; e a existência de um aspecto relacional que transforma o evento crítico num comportamento comunicativo. Sommers-Flanagan e Sommers-Flanagan<sup>10</sup> recomendam que se faça um diagnóstico médico para se medir a real gravidade de uma tentativa. Na ausência deste, fazem-se avaliações presumidas das circunstâncias, atos e pensamentos descritos nas histórias dos idosos.

## Material e Método

Utilizou-se o método qualitativo segundo a abordagem hermenêutica e dialética que busca compreender o outro em sua história e singularidade, interpretar as falas e contextualizar as narrativas e biografias no cenário histórico e nas condições da vida. Esse tipo de investigação compreensiva tem como matéria prima a *experiência* vivida que organiza a aprendizagem da pessoa no mundo; a *vivência* que sintetiza as reflexões sobre a experiência; o *senso comum* que traduz em linguagem e atitude as opiniões e os valores sobre a experiência e a vivência; e a *ação social* que consiste no exercício comum e ao mesmo tempo contra-

ditório de indivíduos, grupos e instituições para construir suas vidas, histórias e trajetórias<sup>11</sup>.

O estudo se baseou no percurso proposto por Shneidman<sup>12</sup> que situa os vários graus de perturbação por meio dos quais a pessoa se torna inimiga do próprio *self*; em Bertaux<sup>13</sup> que aprofunda a relação entre biografia e vida social; em Durkheim<sup>14</sup> que define o suicídio como um evento em que os fatores pessoais e psicológicos se presentificam em contextos sociais específicos; e em Lester e Thomas<sup>15</sup> que sugerem nexos entre contexto, aspectos sociais e subjetividade<sup>16-18</sup>.

Os treze municípios brasileiros onde ocorreu o estudo têm taxas de suicídio em idosos acima de 10/100.000. A escolha dessas localidades considerou a proximidade com universidades e a existência de pesquisadores com experiência na temática e formação em saúde pública, saúde mental ou serviço social. Foram selecionados: Manaus, na região norte; Fortaleza, Recife, Teresina e Piri-piri no nordeste; Campo Grande e Dourados no centro oeste; Rio de Janeiro e Campos no sudeste; Porto Alegre, Santa Cruz do Sul, Venâncio Aires e Candelária no sul.

A rede de pesquisa contou com 53 colaboradores, sob a coordenação local dos treze pesquisadores. Elaborou-se colaborativamente um manual de campo<sup>3</sup> com todas as orientações a serem seguidas, servindo de guia para os investigadores que tiveram um treinamento presencial para uso do material e para o comportamento técnico e ético em campo. A experiência da equipe, a presença de dois pesquisadores seniores em cada localidade para responsabilizar-se pelo estudo, a fala de pessoas idosas, e em algumas ocasiões de seus familiares e de profissionais de saúde contribuíram para o aprofundamento do estudo.

Foram entrevistados 60 idosos em risco de suicídio, selecionados com apoio de profissionais de saúde que atuam nos cuidados com essas pessoas em hospitais, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Integral à Melhor Idade, Estratégia de Saúde da Família, Instituições de Longa Permanência (ILPI) e Centros de Vigilância em Saúde. Houve muitas dificuldades das famílias aceitarem que as pessoas idosas falassem sobre seu comportamento suicida, mas, vencidas as primeiras resistências, foi possível a aproximação, segundo os preceitos éticos. Todos os entrevistados assinaram o termo de consentimento aprovado pelo comitê de ética da Fundação Oswaldo Cruz.

O principal instrumento qualitativo para coleta de dados foi um roteiro para orientar as entrevistas em profundidade, acompanhado de

uma ficha de identificação<sup>3</sup>. Os temas desse guia foram, além de uma caracterização sociodemográfica, uma conversa com a pessoa idosa sobre sua situação social, comunitária e familiar; sua saúde física, mental e capacidade funcional e sobre os motivos atribuídos ao comportamento suicida.

As informações de campo foram pré-analisadas pelos investigadores locais e, em seguida, categorizadas transversalmente pelas duas pesquisadoras que assinam este artigo, por meios usados nas tentativas ou expressões de ideação, grau de severidade dos eventos e motivos atribuídos pelos idosos: por sexo, idade, perfil socioeconômico, fatores de risco e fatores protetores. No manual, a que todos os investigadores tiveram acesso, havia orientação teórica sobre o tema e metodológica sobre o trabalho de campo e organização, categorização e pré-análise dos casos. Apresenta-se uma análise contextualizada e presumida da gravidade e das múltiplas associações das tentativas e ideações interpretadas pelos pesquisadores.

O estudo evidentemente tem muitos limites: o próprio fato de se trabalhar com um tema que requer equilíbrio e domínio emocional dos pesquisadores; de ter havido apenas uma ou duas entrevistas com cada idoso; e das dificuldades de se lidar com discrepâncias dos relatos. Buscou-se minimizar tais limites por meio de interlocuções compartilhadas numa rede de comunicação entre os pesquisadores, a exemplo do que propõe Shneidman<sup>12</sup>.

## Resultados

### Perfil sociodemográfico e do comportamento suicida do grupo estudado

Revelaram-se significativas, neste estudo, as categorias leve, moderada e severa tanto das tentativas como das ideações suicidas dos idosos entrevistados<sup>10</sup>. De forma pontual foram observadas desde intenções inexistentes a risco extremo de morte autoinfligida e episódios de auto-negligências.

O *perfil demográfico* dos entrevistados mostra que os homens (41%) estavam na faixa entre 60 e 89 anos, segmentados em 48% de 60 e 69 anos; 32% de 70 e 79 anos e 20% de 80 anos ou mais. As mulheres (59%) tinham entre 60 e 101 anos, sendo 51,4% com 60 a 69; 28,6% com 70 a 79 anos e 20% com 80 anos ou mais. Enquanto a metade dos homens é casada ou recasada (48%)

e a outra metade, divorciada, separada, viúva ou solteira (52%), a maioria das mulheres encontrase sem companheiro, é viúva, divorciada, separada ou solteira (77,2 %).

Mais da metade dos homens tem curso fundamental completo ou incompleto ou nível técnico (52%), uma parcela completou o ensino primário (32%), ou é analfabeta ou semianalfabeta (8,0%). Em contraste, menos da metade das mulheres tem o ensino fundamental completo ou incompleto e algumas nível técnico (28,5%), uma parcela havia iniciado o curso primário (34,2%) ou era analfabeta, semianalfabeta ou alfabetizada (31,4 %). Apenas um idoso e uma idosa têm nível superior: um reside no norte e outro do sul. A maioria dessas pessoas é católica (52% dos homens e 65,7% das mulheres). Alguns homens (12%), disseram não ter religião (Tabela 1).

As idosas, em grande parte, na vida foram donas de casa, artesãs (27,3%), agricultoras (18,2%) e trabalharam em serviços domésticos, farmácia,

papelaria ou restaurante (34,1%). Percentual menor foi professora, administradora do próprio negócio, catadora de lixo, funcionária pública e atuou em atividade técnica (20,4%). Os homens destacaram-se em três funções: agricultura (12,5%); prestação de serviços gerais: despachante, motorista, pintor, pedreiro, serralheiro, vigilante, vendedor de ferro velho, mecânico, cabeleireiro (35%); administração do próprio negócio: comerciante, empresário, produtor rural, fazendeiro (20%); e atividades técnicas (telefonia, informática, elétrica, estatística) ou públicas (militar, técnico e professor) (12,5%).

A maioria dos entrevistados está aposentada ou recebe pensão do cônjuge (72%); alguns têm vínculo informal, estão sem renda ou recebem benefício de prestação continuada (12%). Outros (17%) ainda exercem atividades profissionais, manuais ou artísticas. A metade das idosas continua a trabalhar em serviços domésticos e cuida de parentes com ou sem doenças (48,9%).

**Tabela 1.** Distribuição dos idosos, segundo estado civil, escolaridade, religião e estilo de vida nas cinco regiões do país.

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=60)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	%	F	%
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N		N	
<b>Estado Civil</b>														
Solteiro(a)	-	-	2	2	-	-	2	1	-	-	4	16,0	3	8,6
(Re)casado ou união estável	3	1	1	2	1	1	-	-	6	4	12	48,0	8	22,8
Divorciado ou separado	-	1	2	1	1	1	2	1	1	7	5	20,0	10	28,6
Viúvo(a)	-	1	2	10	1	1	1	2	-	-	4	16,0	14	40,0
Subtotal	3	3	7	13	3	2	5	4	8	10	25	100	35	100
<b>Escolaridade</b>														
Analfabeto ou semianalfabeto	-	-	2	5	-	2	-	3	-	-	2	8,0	10	28,6
Alfabetizado	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	1	2,8
Curso primário	-	-	-	5	2	-	2	-	4	6	8	32,0	12	34,2
Curso fundamental	2	2	1	3	1	1	2	-	3	2	9	36,0	8	22,8
Curso médio ou técnico	-	1	3	1	-	-	1	-	-	-	4	16,0	2	5,7
Curso superior	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	4,0	1	2,8
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	1	4,0	1	2,8
Subtotal	3	3	6	15	3	3	5	4	8	10	25	100	35	100
<b>Religião</b>														
Católica	2	2	6	10	1	2	2	1	2	8	13	52,0	23	65,7
Evangélica	-	1	-	1	-	2	1	3	3	2	4	16,0	9	25,7
Espírita	1	-	-	2	-	-	1	-	-	-	2	8,0	2	5,7
Nenhuma	1	-	1	1	-	-	1	-	-	-	3	12,0	1	2,8
Não informado	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	3	12,0	-	-
Subtotal	4	3	7	14	1	4	5	4	8	10	25	100	35	100
<b>Estilo de Vida</b>														
Meio Rural	-	-	-	3	1	3	-	-	4	8	5	20,0	14	40,0
Meio Urbano	3	3	8	11	0	1	5	4	4	2	20	80,0	21	60,0
Subtotal	3	3	8	4	1	4	5	4	8	10	25	100	35	100

As regiões norte, sul e sudeste concentram histórias dos entrevistados mais jovens, entre 60 a 74 anos (83,3% de casos no norte, 88,9% no sul e 66,7% no sudeste). O nordeste e o centro-oeste têm uma distribuição mais ampla, nas faixas de 60 a 101 anos e reúnem histórias de idosos mais velhos (50% deles estão no centro-oeste: entre os quais, um homem de 90 anos e uma mulher centenária) (Tabela 2).

Foram narradas 102 ocorrências de tentativas de suicídio e ideações dos tipos leve, moderado e severo e de autonegligências. Entre os homens houve 25 menções a tentativas (58.1%) e 17 a ideações (39.6%). Entre as mulheres, 32 tentativas (54.2%) e 22 ideações (37.3%).

As tentativas de suicídio de homens e mulheres, somando-se os casos do nordeste (29) e do sul (22), representam 89.4% do total das situações estudadas. No nordeste, predominam depoimentos sobre tentativas severas (38.6%), seguidas por moderadas (10.5%) e leves (1.7%). No sul, distribuem-se equitativamente os casos moderados (21.1%) e severos (17.5%). Nas demais regiões, as proporções maiores são de tentativas severas. Por sexo, 60% dos homens e 62.5% das mulheres fizeram tentativas severas de suicídio, convergindo com o que se encontra na literatura<sup>2,4,6,7</sup>.

Quanto às ideações, foram relatados 14 casos por idosos que residem no nordeste; nove do sudeste, sete no norte, sete no sul, o que reunido, representa 95% do total. Destaca-se maior percentual de ideações severas (23.1%) no nordeste, vindo a seguir, os casos do sudeste e sul (18%). No norte, as histórias só apresentam casos de ideações leves (10.2%). No conjunto da amostra, os homens relataram mais ideações severas (53% dos casos) que as mulheres (36.4%). Conclui-se que a situação deles costuma deslizar de moderadas para severas; e a das mulheres, de leves para moderadas e severas, o que corrobora com dados da literatura de que o homem está em risco maior de suicídio<sup>2,4,6,7</sup>. Embora apresentados separadamente os números e os percentuais de casos de tentativas e ideações, na maior parte das situações, esses fenômenos estão entrelaçados, especialmente quando a intenção suicida é grave<sup>2,4,7</sup> (Tabela 3).

Quanto aos meios, a maioria das tentativas foi por enforcamento (24% de homens e 31.3% de mulheres); vindo pela ordem, intoxicação medicamentosa (16% de homens e 25% de mulheres); envenenamento (20% de homens e 21% de mulheres); e outros (armas de fogo, arma branca, queda de altura, afogamentos) o que está con-

**Tabela 2.** Distribuição do número e proporção de tentativas de suicídio em idosos, segundo faixa etária e sexo nas cinco regiões do país.

Faixa etária	Norte				Nordeste				Centro-Oeste			
	M		F		M		F		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
60 a 64 anos	-	-	2	33,3	2	28,6	3	21,4	-	-	1	25,0
65 a 69 anos	2	66,7	1	33,3	1	14,3	3	21,4	-	-	-	-
70 a 74 anos	-	-	1	33,3	1	14,3	4	28,6	1	50,0	-	-
75 a 79 anos	1	33,3	-	-	1	14,3	1	7,1	-	-	1	25,0
80 a 84 anos	-	-	-	-	2	28,6	2	14,3	-	-	-	-
> 85 anos	-	-	-	-	1	14,3	1	7,1	1	50,0	2	50,0
Total	3	100	3	100	7	100	14	100	2	100	4	100

  

Faixa etária	Sudeste				Sul				Total (n=60)	
	M		F		M		F		M	F
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
60 a 64 anos	1	20,0	1	25,0	3	37,5	2	20,0	6	8
65 a 69 anos	2	40,0	-	-	1	12,5	6	60,0	6	10
70 a 74 anos	2	40,0	-	-	2	25,0	2	20,0	6	7
75 a 79 anos	-	-	1	25,0	1	12,5	-	-	2	3
80 a 84 anos	-	-	2	50,0	1	12,5	-	-	3	4
> 85 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3
Total	5	100	4	100	8	100	10	100	25	35

**Tabela 3.** Distribuição de eventos críticos de 60 idosos estudados, por sexo nas cinco regiões do país.

Eventos críticos	Norte				Nordeste				Centro-Oeste			
	M		F		M		F		M		F	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tentativa leve	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
Tentativa moderada	-	-	1	20,0	4	21,0	2	8,3	1	50,0	-	-
Tentativa severa	1	25,5	-	-	9	47,4	13	54,2	-	-	-	-
Subtotal	1	-	1	-	13	-	16	-	1	-	-	-
Ideação leve	2	50,0	2	40,0	-	-	3	12,5	-	-	1	20,0
Ideação moderada	-	-	2	40,0	2	10,5	-	-	-	-	1	20,0
Ideação severa	1	25,5	-	-	4	21,0	5	20,8	-	-	-	-
Subtotal	3	-	4	-	6	-	8	-	0	-	2	-
Intenção inexistente	-	-	-	-	-	-	-	-	1	50,0	1	40,0
Autonegligência	-	-	-	-	-	-	1	4,2	-	-	2	40,0
Total geral	4	100	5	100	19	100	24	100	2	100	5	100

  

Eventos críticos	Sudeste				Sul				Total (n=102)	
	M		F		M		F		M	F
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	N
Tentativa leve	-	-	1	20,0	-	-	-	-	-	2
Tentativa moderada	-	-	-	-	5	50,0	7	36,8	10	10
Tentativa severa	2	25,0	-	-	3	30,0	7	36,8	15	20
Subtotal	2	-	1	-	8	-	14	-	25	32
Ideação leve	2	25,0	-	-	-	-	-	-	4	6
Ideação moderada	-	-	3	60,0	2	20,0	2	10,5	4	8
Ideação severa	4	50,0	-	-	-	-	3	15,8	9	8
Subtotal	6	-	3	-	2	-	5	-	17	22
Intenção inexistente	-	-	1	20,0	-	-	-	-	1	2
Autonegligência	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
Total geral	8	100	5	100	10	100	19	100	43	59

forme a literatura<sup>16-20</sup>. Chama atenção o elevado percentual de tentativas de morte por provocação do próprio atropelamento (14% dos homens e mulheres) e de automutilações entre homens, informações que não aparecem na bibliografia estudada<sup>17,18,20</sup>. Observam-se diferenças de gênero. As mulheres tendem a optar por enforcamento, intoxicação medicamentosa, envenenamento e atropelamento. Os homens planejam enforcamento, morte por arma branca, arma de fogo e queda de altura<sup>20</sup>.

#### **Histórias, motivos e razões para o comportamento suicida sob a ótica da pessoa idosa**

Busca-se exemplificar as *crises suicidógenas*, o papel da *ambivalência* entre querer viver e desejar morrer, os *aspectos relacionais* do comportamento suicida e os *pensamentos normais* sobre a morte. Em lugar dos nomes das pessoas, usam-se

pseudônimos – designação de flores – para se respeitar o anonimato e singularizar as narrativas. Os casos analisados mostram uma multiplicidade de fatores precipitantes e associados combinados. Esta é a ordem das razões referidas pelos idosos e segundo sua lógica: (1) depressão como doença ou associada a perdas; (2) sofrimento por doenças crônicas, dolorosas e incapacidades funcionais; (3) abuso de álcool e outras drogas; (4) vivência de violências e abandonos durante o ciclo da vida.

*Depressão associada a perdas físicas, familiares e financeiras e ao abandono* – Há vinte casos, sete de homens e 13 de mulheres em que a depressão foi o mais sério fator de risco associado à ideação e a atos suicidas, num contexto pluricausal de sofrimento no curso da vida. Descrevem-se alguns, começando pelos homens.

Delfim (69 anos), do Piauí, e Cravo (71 anos), de Porto Alegre, tiveram perdas trágicas de filhos. Delfim está cego há cinco anos. Hoje viúvo e sem



o filho, vive num abrigo e se sente abandonado. Tentou enforcamento: *Perdi o gosto de viver*. Aos 71 anos, deprimido, cortou o pulso e relata sua crise: *Sinto uma dor muito forte e não penso no que estou fazendo. Só quero acabar com a dor*. Cravo vive com a esposa e sofre redução de mobilidade, após ser operado de câncer de próstata. Diz cheio de tristeza: *Morri um pouco depois da cirurgia*. Tentou se automutilar.

Antúrio (80 anos), do Piauí, sente-se hoje desenraizado. Vive num abrigo e, embora tenha habilidade funcional mesmo em cadeira de rodas, queixa-se do abandono. Relata como planejou seu suicídio: *Eu pensava em pegar uma corda e me enforcar. Pendurei a corda e fiquei de joelho, mas o rapaz veio e me tirou. Eu queria que eles me encontrassem morto, pendurado*. Sintetiza sua solidão: *Me sinto triste vivendo desse jeito, sozinho, jogado às cobras*.

Gravata (67 anos) e Goivo (63 anos), de Candelária, são sobreviventes<sup>21</sup>, pois tiveram familiares que se suicidaram. Todos eram agricultores. Para Gravata, a depressão veio após uma cirurgia de trombose, em que perdeu autonomia e passou a sofrer dores intensas: *Eu não aguentava mais, eu deitava e pegava a cabeça e apertava com as duas mãos, parecia que ia explodir*. Para Goivo, a depressão se iniciou quando um dos genros se matou e deixou-lhe uma enorme dívida a saldar: *a gente vai encucando com essas porcarias e tudo acaba num beco sem saída*. Tentaram se matar por envenenamento. Jacinto (76 anos), de Manaus, entrou em depressão quando um dos filhos fez uma dívida que lhe criou problemas com a vizinhança. Ele quase se automutilou: *Eu pensei em ir lá para trás de casa na calada da noite e cortar meus pulsos, secar meu sangue todinho*.

Aos 74 anos, o Ranunculo, de Fortaleza, sente-se mau, desenraizado e deprimido. Vive num lar para idosos: *meus pais diziam que eu era o único filho que poderia ser um assassino, bandido, violento. Desde pequeno tenho um instinto como se fosse perverso, um mal que me acompanha*. Diz que há um tempo enfrentou situação grave de tortura. Tentou suicídio por intoxicação medicamentosa, por atropelamento (carro e trem), por envenenamento, queda de altura e arma branca. *Quando eu vejo falar que tem uma coisa perigosa, eu não planejo, eu sou imediato*. Assim descreve uma de suas crises suicidógenas: *A primeira vez eu deitei debaixo de um trem*. Age impulsivamente sentindo-se anestesiado antes do ato e sua motivação não é o desejo de morrer, mas de desafiar a vida.

Entre as mulheres também se encontram vários casos de depressão ligados a perdas e outros

problemas, e aqui se descrevem os de Estrelícia, Iris, Cravínia, Astromélia, Margarida, Gardênia, Palma, Tulipa e Amarilis. A situação de Estrelícia (60 anos), do Piauí, combina abuso de álcool, solidão e depressão. Tentou se matar por intoxicação medicamentosa e por arma de fogo. Ela que fora proprietária de casa noturna, perdeu tudo e hoje vive num abrigo: *Me sinto sozinha e jogada no mundo. Já tive muitas coisas, muitas pessoas e hoje estou abandonada*. Iris (64 anos), de Manaus, já na juventude perdeu um bebê, o que lhe exauriu as forças e veio a depressão: *Eu fiquei mal, me deu uma depressão muito grande! Eu ouvia vozes, como se tivesse um monte de gente*. Anos depois, uma séria crise financeira familiar a afetou, atingindo o que a idosa mais preservava, os laços familiares. Iris planejou enforcamento, sem concretizá-lo, porque uma neta estava para nascer.

Cravina (63 anos), do Piauí, hoje viúva, sofreu depressão puerperal, com ideias de suicídio e de homicídio do bebê. Agora, o filho mais velho tornou-se usuário de drogas e passou a ser a causa de seu sofrimento. Sua depressão é severa. Já fez duas tentativas por envenenamento e por enforcamento: *tomei o milgato e o amoníaco e me deitei, esperei morrer. Fiquei me batendo toda, vomitei sangue e pedi para ser levada ao hospital*. Astromélia (71 anos), de Recife é viúva há quatorze anos, sua depressão é reativa à perda sucessiva de três filhos no mesmo ano: *é uma dor que eu não consigo descrever*. Suas ideias se expressam por autonegligência: *Eu pensava que não comendo, não dormindo, sem tomar meus remédios minha vida ia findar, acabar tranquila, sem perturbar ninguém*.

Margarida (73 anos), de Piripiri, mãe de dez filhos, perdeu o marido num acidente quando as crianças eram pequenas. Hoje vive com um filho alcoolista, sente medo, desespero e está em severa depressão: *O desgosto de viver só nós dois juntos é muito triste*. Tentou se enforcar. Gardenia (83 anos), de Piripiri, viúva, mãe de dez filhos, sofreu depressão puerperal e era agredida pelo marido. A filha vive na casa que era dela e ela dorme no quarto do neto: *perdi meu lugar, me sinto incomodada por isso*. Está em depressão profunda e fez quatro tentativas por intoxicação medicamentosa: *é uma vida vazia! Desgosto com a vida. Era a doença [depressão] e ter aquele monte de filhos!* Sua depressão foi patológica desde o nascimento dos filhos e hoje, em idade avançada está em severo risco de suicídio.

Palma (65 anos), de Porto Alegre, era casada com um marido alcoolista, ciumento e agressivo: *fiquei 33 anos nesta vida, sofrendo*. Sua primeira



crise depressiva eclodiu dois anos depois da separação conjugal e com a saída do filho de casa: *Eu chorava muito, não tinha mais vontade de fazer as coisas. Eu não queria mais viver.* Tentou se matar por ingestão de medicamentos e automutilação e tem severas ideias. *Desejo sumir, caminhando sem destino ou ser esfaqueada por um cão feroz.* Tulipa (74), de Venâncio Aires, sobreviveu à morte por suicídio de um filho jovem. O outro filho vivo não fala com ela, apenas as filhas lhe dão atenção. Sua trajetória foi impactada também pela violência do marido de quem se separou e pela perda do trabalho, pois foi aposentada por invalidez aos 40 anos e pela perda de sua casa. Tentou suicídio por enforcamento, seis meses após a morte do filho. Está em depressão grave.

O caso de Amarilis (65 anos), de Porto Alegre, está fortemente associado a separações e perdas. Fez cinco tentativas por intoxicação medicamentosa: *nas tentativas eu achava que era a pior mãe, a pior esposa e que tinha que ter ficado com ele* [o marido que a agredia]. *Aí veio a depressão.* A primeira tentativa, ela explica, foi por sobrecarga de responsabilidade pelo cuidado e sustento dos filhos, depois da separação. Na segunda, atribui ao fato de os filhos terem saído de casa: *A separação dos filhos foi um soco em mim.* A terceira, veio da decepção pela separação conjugal da filha e do medo de que sua volta à casa materna a sobrecarregasse: *Senti tanta raiva que tive vontade de matar a filha e as netas.* A quarta seguiu-se ao divórcio do filho. A quinta, contraditoriamente, veio após uma boa notícia, quando inesperadamente recebeu uma indenização vultosa por anos de trabalho. Desestabilizada, chorou: *Não, isso não é meu, acho que eu não mereço.*

*O peso das doenças crônicas, deficiências e comorbidades* – Há dezenove casos, nove de homens e dez de mulheres em que as doenças crônicas e as deficiências foram os principais fatores associados ao comportamento suicida. Comentam-se dois por sexo.

Crisântemo (71 anos), de Fortaleza, casado e militar aposentado, vive num lar para idosos, apesar de ter seis filhos. Sofreu infarto, acidente vascular cerebral, colocou três pontes de safena e chegou a ficar cego por seis meses em decorrência de diabetes. Está internado contra sua vontade e não aceita os limites progressivos da velhice e das doenças: *Eu não aceito ser rotulado de velho. Vou viver só enquanto eu puder cuidar de mim, pois quando eu não der conta, apago a vela.* Já teve muitas ideias de se matar por intoxicação medicamentosa e arma branca. Alecrim (84 anos), de Recife, comerciante aposentado, passou a so-

frer muito após uma trombose na perna: *queixasse de dores 24 horas por dia: A dor é ruim demais. Sinto-me inútil na vida, e tenho vontade de morrer. Não gosto de viver a vida que tenho hoje.* Tentou suicídio mais de uma vez por envenenamento e explica: *Eu fiz porque me desesperei, por ninguém acreditar na minha dor.*

Angélica (60 anos), do Rio de Janeiro, sofreu abuso sexual na infância e severo abuso físico do marido por nove anos. Engravidou cinco vezes e perdeu todos os bebês. Separada, voltou para casa de sua mãe, vivendo *num amontoado de gente* entre disputas e escassez. Um derrame limitou sua mobilidade. Hoje está num abrigo. Tentou suicídio por envenenamento algumas vezes e planejou seu próprio atropelamento: *Esperei uma hora e meia, mas não apareceu nenhum carro grandão para me matar.* Cita os motivos para desejar morrer: *tristeza da família, me vendo rejeitada.*

Acácia (82 anos), de Recife, trabalhou na roça, e na cidade foi catadora de lixo. Viveu muitas perdas: *há quatro anos Deus levou meu velho. Além dele, perdi um filho em acidente e dois irmãos, um por cachaça e outro por câncer.* Desenvolveu diabetes, Mal de Alzheimer e labirintite, além de *doença dos nervos.* Fez três tentativas de morte cada vez mais severas: duas por intoxicação medicamentosa e uma atirando-se na frente de um carro. Continua a ter ideias intensas: *vontade de sumir. Eu penso em morrer todo dia.*

*Associação com uso abusivo de álcool e outras drogas* – Há oito casos, seis de homens e dois de mulheres em que o abuso de álcool e outras drogas se associa a comportamentos suicidas. Apresentam-se situações de quatro homens e de duas mulheres que melhor representam esse grupo.

Lisianto (60 anos), do Rio de Janeiro, músico, tornou-se adicto de maconha e cocaína e sua vida desandou: perdeu o trabalho na loja de informática e tornou-se desacreditado. Perdeu esposa e filho e foi morar na rua. Conheceu pessoas num Centro Espírita que o ajudaram a reduzir o consumo de drogas. Nesse percurso teve ideias severas: *jogar-se de lugar alto e atirar-se debaixo do trem.* Tango (69 anos), do Rio de Janeiro, bebia muito, separou-se da esposa e foi parar na rua. Iniciou sua carreira de institucionalização. Sobreviveu a morte trágica de idosos intoxicados num asilo. Foi transferido para um hospital psiquiátrico e há cinco anos reside num abrigo onde faz música e tenta viver melhor. Trata-se de hipertensão, diabetes e depressão e frequenta o Hospital Pinel: *Consegui parar a bebida e gosto mais de mim.* Tem ideias suicidas leves do tipo: *Vou morrer e acabo logo com isso.* Monsenhor (74

anos), do Rio de Janeiro, trabalhou como servidor público e motorista. Era um alcoolista. Já esteve internado em três residências para idosos. Tem cirrose, hipertensão, glaucoma e catarata e diz que merece ser punido pela vida que levou. Tem ideias suicidas frequentes: *soda cáustica que é vapt-vupt. Isso é coisa de fórum íntimo. Claro que minha vida acabou. Não existe mais domingo, segunda, natal, para mim tudo é uma coisa só.*

Gerânio (73 anos), de Santa Cruz do Sul, agricultor e trabalhador da indústria fumageira mora com a esposa. Tem sua mobilidade reduzida em consequência de grave acidente de trânsito por dirigir embriagado. Diz ter tomado consciência de que é viciado e atualmente se cuida pela netinha: *Eu peguei minha netinha no colo e caí com ela ali na frente. Me deu uma coisa na cabeça quando eu a vi escorrendo sangue. Daí eu disse para mim que eu não sou mais ninguém! Eu tinha um veneno aí, peguei aquilo e tomei.* Lírio (65 anos), de Santa Cruz do Sul, ficou viúva com três filhos. O marido faleceu em virtude de choque elétrico. Ela vendeu terras e se rearranjou com apoio da família materna. Teve um segundo casamento com um homem alcoolista e violento. A resposta ao sofrimento veio pela tentativa de enforcamento. Os vizinhos a salvaram a tempo, mas isso a fragilizou. Separou-se e diz: *Agora eu cuido da mãe e da minha casa, de vez em quando de meus netos e ainda planto de tudo.*

Iris (74 anos), de Recife, trabalhou na roça e na capital foi doméstica. Casada com um comerciante, sua alegria é ter formado sete filhos em cursos superiores. Mas o marido era alcoólico, a agredia e a traía: *os filhos cresceram, casaram e me abandonaram, não dão um telefonema, nenhum vem me buscar para dar um passeio. O que mais me chateia é não ter o meu cantinho, minha casa. Deixei meus filhos venderem minhas casinhas e perdi meu lar.* Com a saída dos filhos do lar, fez a primeira tentativa de suicídio: *Eu não planejei muito, um dia acordei e pensei: 'não quero viver'. Fui comprar chumbinho e tomei. Foi durante a semana, todos tinham saído de casa para trabalhar. Isso já faz 10 anos. Hoje é ela que bebe: Bebo um pouquinho todo dia para esquecer os problemas e as tristezas da vida. Minha filha já tentou me levar para o AA e para o CAPS Ad, mas eu não gostei. Eu acho que para você parar de beber, você tem que ter um motivo e eu não tenho.*

**Ciclo de violência e comportamento suicida** – Reúnem-se oito casos, dois de homens e seis de mulheres em que o impacto da violência entre gerações foi a principal evidência associada a ideias e atos suicidas. Um masculino e três fe-

mininos que melhor representam esse grupo são aqui apresentados.

Narciso (66 anos), de Manaus, casado, três filhos, foi professor, taxista e empresário. Trabalha hoje como motorista e despachante. Nasceu de família pobre, prosperou e teve poder. No entanto, as relações em casa sempre foram marcadas por rivalidades, agressões, violências físicas e verbais, reproduzindo o que vivenciara na família de origem. Um dos filhos se matou com arma de fogo. Antes telefonou ao pai e lhe disse: *'Não me mato, tu me matas'.* Conta Narciso: *quando cheguei meu filho estava deitado no chão e a arma embaixo da cabeça dele. Depois da morte dele, descontrolou toda a família, ela foi destruída.* É Narciso agora quem está em risco de suicídio: *Vou fazer uma besteira qualquer dia, já disse para eles [familiares].*

Amarilis (65 anos), cuja história já foi citada, teve a vida atravessada pelo alcoolismo do pai, marido e genro e por violência física e psicológica na infância. Retaliações do ex-marido após a separação a levaram a ter que mudar de Estado, se esconder, para proteger os filhos. Já tentou se matar cinco vezes por ingestão de medicamentos. Os casos de Camélia (66 anos), de Candelária, de Hortênsia (74 anos), de Manaus e Beladona (75 anos), de Campo Grande confirmam a repetição da violência conjugal e no ciclo da vida como associadas ao comportamento suicida.

É importante assinalar que em algumas situações ouvidas, o desejo de morte aparece de forma esporádica frente às dificuldades e ao cansaço da vida. É o caso de Jardim de 74 anos, de Dourados, viúvo há dez. Tem diagnóstico de Alzheimer e é cuidado por uma das filhas. *Atualmente ando triste, calado, já sou velho e tenho que morrer, já não sirvo para mais nada. Cansei da vida, e estou esperando morrer.* Igualmente, Dona Rosa, de Dourados com 101 anos, depois que perdeu uma filha com câncer esmoreceu-se: *Eu tenho tristeza, pela filha que morreu, eu que já era velha poderia ir antes dela. Eu fico muito triste e rezo.*

## Discussão

Tentativas e ideias suicidas em idosos são um fenômeno difícil de ser enumerado em sua manifestação empírica, mas pode ser quantificado do ponto de vista da diversidade de meios e manifestações ao longo do ciclo vital. Essa abordagem permitiu um aprofundamento qualitativo e crítico dos casos, dentro de uma hierarquia de variáveis por nexos causais contextualizados na

biografia e na vida em sociedade, segundo explicações dos próprios idosos.

O estudo mostra o embricamento entre os diferentes fatores que provocam o comportamento suicida. Encontram-se na literatura, todas as razões aqui narradas pelas pessoas idosas seja para tentar se matar seja por desejar a morte ou se deixar morrer<sup>2-10,17-20</sup>. A questão de gênero foi a que mais distinguiu os casos, quanto à gravidade, aos meios usados e aos fatores associados. Fora o fato de no nordeste e no sul se encontrarem os eventos mais graves de tentativas e ideações, os motivos dados pelos idosos para atentarem contra sua vida foram semelhantes nos treze locais estudados.

A depressão como causalidade primária ou secundária ou como efeito de abandonos, perdas familiares, pessoais e financeiras, doenças incapacitantes e dolorosas, sofrimentos psíquicos, e violências, é o elemento mais eloquente numa parcela significativa de casos, pelo vazio, desconforto e sentimento de inutilidade que ela produz. Mas, de fato, ela está presente como dor e tristeza em quase todas as histórias estudadas e associadas às múltiplas causalidades já citadas.

Nos casos de violências, foram encontradas repercussões atuais de maus tratos físicos, psicológicos, sexuais e negligências que ocorreram ao longo do curso da vida. Esses problemas são exacerbados na velhice, sobretudo nas situações de dependências e sob a forma de abandono, solidão, negligências e abusos econômico-financeiros.

Os acidentes de trânsito aparecem numa associação com o suicídio – de um modo inédito e pouco conhecido – uma vez que foi intencionalmente provocado como um ato suicida. Ainda que nos casos estudados, eles não tenham resultado em morte da pessoa idosa, houve agravos e sequelas para ela e óbito de terceiros. Essa forma de buscar a morte culpabiliza outros e esvazia a responsabilidade do idoso. O acidente de trânsito (muitas vezes associado ao álcool) também apareceu como resultado de estresse pós-traumático entre os sobreviventes<sup>21</sup> quando, duramente desesperados pela perda de um parente, entraram em risco de suicídio e se envolveram em sinistros. Pessoas idosas que produziram acidentes de trânsito com óbitos e danos a outros, na maioria das vezes não foram tratadas e desenvolveram vários tipos de sequelas que as levam hoje ao risco progressivo de suicídio. Assim, tanto acidentes e seus efeitos podem vir a se tornar risco para o suicídio, como, em si, pode ser um ato suicida, como relatado neste estudo.

Foi importante ouvir as pessoas idosas<sup>11</sup>, sujeitos de suas próprias razões para antecipar o fim. As relevâncias de suas falas confirmam o que vários estudos em todo o mundo vêm mostrando: é na dinâmica existencial e nos sofrimentos por elas considerados insuportáveis que o comportamento suicida se manifesta. Chama atenção na reflexão dos idosos, de um lado, um sentimento de falta de um lugar significativo para eles, seja nas famílias, seja na vida social. De outro, a falta de aceitação por parte de muitos deles, dos limites progressivos, da redução sensorial ou da mobilidade que isso implica. Por sua vez, doenças crônicas físicas, mentais e deficiências podem resultar de cuidados inadequados da saúde – que em geral as agravam – ou do impacto de perdas e violências, atravessadas por comorbidades<sup>22,23</sup>. Para muitos, tais situações se tornam risco de suicídio. Por fim, é preciso lembrar que a Organização Mundial de Saúde, baseada em evidências, produziu vários manuais de prevenção primária e secundária, que estão à disposição dos profissionais e familiares, dentre os quais, cita-se o SUPRE-MISS<sup>24</sup>.

### Considerações finais

As considerações finais ressaltam a importância da prevenção, embora neste artigo não tenha sido possível aprofundá-las. As conversas com os próprios idosos, seus familiares e profissionais de saúde que participam dos cuidados a eles dedicados mostram que algumas iniciativas funcionam como fatores protetivos. Dentre as quais se destacam (1) prolongar ao máximo as atividades e os relacionamentos dos idosos com a família, a comunidade e com seu núcleo social. Eles precisam se sentir vivos e úteis e esse é o melhor tratamento preventivo. (2) Orientar os familiares e cuidadores informais e profissionais sobre as questões do envelhecimento que redundam no comportamento suicida, para que possam ajudá-los a preveni-los. (3) Prover tratamento psicológico e, quando for o caso, medicamentoso aos que têm ideações persistentes ou já tentaram acabar com a própria vida. (4) Como o número de pessoas idosas tende a crescer exponencialmente no país, é importante dar atenção particular aos mais velhos e dependentes entre os idosos, considerados hoje, em todo o mundo, os mais vulneráveis ao suicídio. (5) A rede de saúde e atenção, em geral, está preparada para medicar uma tentativa de suicídio, mas não para identificar e tratar os sinais e riscos e prevenir esse ato.

Através das histórias contadas pelos idosos, constata-se que os cuidados mais exitosos têm sido os que têm adesão deles, da rede familiar, comunitária, religiosa e o apoio de profissionais e serviços de saúde. Quanto mais diversificada for a rede que os apoia, melhor o amparo e a reconstrução das vidas em risco. Portanto, mais do que medicá-los – e é preciso fazê-lo quando for necessário – é fundamental cuidar para que possam levar com tranquilidade e leveza esta última etapa da vida.

### **Colaboradores**

FG Cavalcante e MCS Minayo participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

### **Agradecimentos**

Agradecemos ao apoio do CNPq e da Faperj.

## Referências

1. Minayo MCS, Cavalcante FG. *Estudo sobre tentativas de suicídio em idosos sob a perspectiva da saúde pública* [projeto de pesquisa]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
2. Minayo MCS, Cavalcante FG. Tentativa de suicídio entre idosos: revisão de literatura (2002-2013) *Cien Saude Colet* 2015; 20(6):1751-1762.
3. Cavalcante FG, Minayo MCS, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DDM, Conte M, Figueiredo AEB, Grubtis S, Cavalcante ACS, Mangas RMN, Vieira LJES, Moreira GAR. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
4. Conwell Y, Thompson C. Suicidal Behavior in Elders. *Psychiatric Clinics of North America* 2008; 31:333-356.
5. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30:133-154.
6. Mitty E, Flores S. Suicide in Late Life. *Geriatric Nursing* 2008; 29(3):160-165.
7. Beeston D. *Older People and Suicide*. Staffordshire: Staffordshire University; 2006.
8. Silverman MM, Berman AL, Sanddal ND, O'Carroll PW, Joiner TE. Rebuilding the Tower of Babel: A revised nomenclature for the study of suicide and Suicidal Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2007; 37(3):248-263.
9. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, organizadores. *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. Geneva: OMS; 2002.
10. Sommers-Flanagan J, Sommers-Flanagan R. Intake interviewing with suicidal patients: A systematic approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 1995; 26(1):41-47.
11. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet* 2012; 17(3):621-626.
12. Shneidman ES. Suicide thoughts and reflections, 1960-1980. *Suicide Life Threat Behav* 1981; 11(4):195-364.
13. Bertaux D. *Biography and Society. The Life History Approach in the Social Sciences*. London: Sage Publications; 1981.
14. Durkheim E. *O Suicídio: Um Estudo Sociológico*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1982.
15. Lester D, Thomas CC. *Why people kill themselves: A 2000 Summary of Research on Suicide*. Springfield: Charles C Thomas; 2000.
16. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):1963-1972.
17. Cavalcante FG, Minayo MCS. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Cien Saude Colet* 2012; 17(8):2039-2052.
18. American Association of Suicidology. *Elder suicide fact sheet*. [acessado 2014 maio 10]. Disponível em: <http://www.sciencedaily.com>.
19. De Leo D, Padoani W, Lonnqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P. Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2002; 72(3):291-295.
20. May AM, Klonsky ED, Klein DN. Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10 year longitudinal study. *J Psychiatr Res* 2012; 46(7):946-952.
21. Shneidman ES. *A Commonsense book of death. Reflections at Ninety of a Lifelong Thanatologist*. Oxford: University Press; 2008.
22. Osgood NJ. *Suicide in the elderly: a practitioners guide to diagnosis and mental health intervention*. Rockville: Aspen Systems Corporation; 1985.
23. Canetto SS. Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *Am J Orthopsychiatry* 2008; 78(2):259-266.
24. Organização Mundial de Saúde. *Manual de Prevenção Primária do Suicídio*. [acessado 2015 abr 15]. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO\\_MNH\\_MBD\\_00.4\\_por.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2000/WHO_MNH_MBD_00.4_por.pdf)

Artigo apresentado em 20/04/2015

Aprovado em 22/04/2015

Versão final apresentada em 24/04/2015