

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

(PPG-PsiCC/UnB)

**A experiência do processo de envelhecimento a partir da  
Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio.**

Renan Lopes de Lyra

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Brasília, 2018

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

(PPG-PsiCC/UnB)

**A experiência do processo de envelhecimento a partir da  
Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio.**

Renan Lopes de Lyra

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Tavares

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientador: Prof. Marcelo Tavares

Brasília, 2018

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Departamento de Psicologia Clínica

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura

(PPG-PsiCC/UnB)

**A experiência do processo de envelhecimento a partir da  
Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio.**

Renan Lopes de Lyra

**Banca examinadora**

Brasília, 27 de agosto de 2018

---

Prof. Dr. Marcelo Tavares (Presidente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

---

Dra. Beatriz Montenegro (Membro Externo)

Secretária de Estado da Saúde do Distrito Federal

---

Prof. Dra. Larissa Polejack (Membro Titular)

PsiCC/PCL/IP/UnB

---

Dra. Cristineide Leandro-França (Suplente)

PsiCC/PCL/IP/UnB

*“Everybody leaves, if they get the chance, and this is my chance” - Radiohead*

### **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente as duas pessoas que me despertaram para a importância da prevenção ao suicídio e me ajudaram a encontrar meu lugar na psicologia: Larissa Tavira e Marcelo Tavares.

Aos meus incontáveis companheiros de estágio no HRAN, especialmente a Monique Guerreiro, Nagy Sardinha e Sônia que me mostraram a dimensão do trabalho dentro de um hospital e com idosos.

Ao meu amigo de mestrado Felipe Baére, que juntos compartilhamos os altos e baixos da vida acadêmica. Ao Robinson, meu estimado amigo estrangeiro, que com sua amizade fraternal me apoiou e compartilhou suas experiências de terras cubanas.

A Tainah Santos, excelente amiga, confidente de longa data e companheira de mestrado, que mais do que nunca esteve presente para ouvir minhas reclamações e compartilhar os lanches, as festas e dias os ruins. Gustavo Costa com o seu humor quase infantil e coração fraternal me ouviu e partilhou da sua calma. Matheus Neves, também companheiro de mestrado, que com sua irreverência e afeto que me ajudou a manter a calma nesse processo delicado e contínuo de aprendizagem.

As professoras Inês Gandolfo, Sheila Murta e Larissa Polejack por me apoiarem acadêmica e emocionalmente nessa jornada, mostrando que o processo de aprendizagem não precisa ser tão sofrido. Ao APTA – Núcleo de Apoio às Pessoas com Transtornos Afetivos e a diretora Alba por terem me dado todo o apoio necessário para a minha pesquisa.

A minha família que (a contragosto) me apoiou na opção de permanecer mais 2 anos estudando nessa universidade, em especial minha mãe Andrea Lyra, que agora é também aluna da UnB.

Aos meus estimados alunos da turma de Intervenção em Crise do verão de 2017, que pacientemente me aguentaram em meio ao nervosismo e linguajar chulo, e me fizeram renovar o desejo de um dia me tornar professor. Agradeço especialmente ao Carlos Garcia e Raphael Xavier que me ajudaram diretamente no trabalho dessa dissertação.

A Natalia Klavdianos, minha namorada, que me acompanhou durante essa trajetória também como mestranda, especialmente durante meus inúmeros dias de mau-humor, irritação e desânimo, sempre sorrindo e me injetando a motivação para concluir esse trabalho.

*In Memoriam* de Lucas de Melo Tonhá, amigo desde o início da graduação. Gostaria que soubesse o quanto sua perda me foi dura. Sempre guardarei nossas conversas animadas sobre a vida e lembrarei de você nas minhas aventuras. Espero que tenha encontrado o estado de paz que seu coração sempre desejou.

## Sumário

Apresentação da Dissertação .....	10
Apresentação do primeiro artigo .....	13
O suicídio entre pessoas idosas: O que sabemos e estratégias de prevenção. ....	14
Resumo .....	14
Introdução .....	15
Método .....	16
Resultados .....	17
Principais fatores de risco para o suicídio em idosos .....	18
Ações de Prevenção .....	22
Políticas públicas .....	26
Políticas e Diretrizes Internacionais de Prevenção ao Suicídio .....	30
Discussão .....	31
Conclusão .....	36
Referências .....	38
Apresentação do segundo artigo .....	47
Resumo .....	48
Introdução .....	49
A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio .....	52
Método .....	56
Resultados .....	57

Interação entre Sensação de Fardo (SF), Frustração de Pertencimento (FP) e Desesperança .....	58
Sensação de Fardo (SF) .....	59
Frustração de Pertencimento (FP) .....	61
Capacidade Adquirida para o Suicídio (CAS).....	63
Depressão e Desesperança .....	64
Discussão .....	64
Conclusão .....	69
Referências .....	70
Apresentação do terceiro artigo .....	75
Envelhecimento, relações interpessoais e risco de suicídio: Uma aproximação a partir da teoria interpessoal-psicológica do suicídio .....	76
Resumo .....	76
Introdução .....	77
Método .....	79
Participantes.....	79
Instrumentos .....	80
Procedimento .....	80
Resultados.....	81
Caso 1 - Regina, 72 anos .....	81
Caso 2 - Luzia, 55 anos.....	90
Caso 3 - Glória, 64 anos. ....	102

Caso 4 - Vilma, 61 anos.....	109
Discussão .....	119
Conclusão .....	126
Referências .....	128
Anexos .....	134
Tabela 1 .....	135
Anexo 1.1.....	137
Anexo 1.2.....	138
Anexo 1.3.....	140

### **Apresentação da Dissertação**

A concepção e produção desse trabalho não teria sido possível sem a minha primeira experiência de estágio na área de intervenção em crise e prevenção ao suicídio. Entre 2015 e 2016 fui estagiário junto ao grupo de intervenção em crise e prevenção ao suicídio no HRAN. Nossa função dentro do hospital era a de avaliar e acompanhar os pacientes internados em relação ao risco de suicídio.

Nessa época, atendi uma idosa cuja a vida nos últimos 5 anos havia sido completamente modificada. Havia perdido os parentes mais próximos, sofrido violência e teve de morar em um asilo. Relatava ter tido uma vida abastada e afetuosa antes de perder os parentes. Ouvir a história de vida dessa idosa me fez questionar, primeiro o meu lugar enquanto um jovem psicólogo atendendo um idoso, especialmente o meu lugar enquanto pessoa que pudesse afirmar categoricamente que ela devia sim manter-se apegada a vida, apesar dos últimos anos terríveis. Em segundo lugar, me vi na dificuldade de vislumbrar razões para que a vida dessa idosa pudesse continuar. As reflexões da época me levaram a perceber que eu tinha uma visão limitada sobre o envelhecimento, e a crença enraizada de que a vida acabava após a aposentadoria – não havia mais nada para fazer em vida. Guiado por todas as questões, escrevi meu trabalho final de estágio sobre a questão do suicídio em idosos, o que me levou a conhecer a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio.

Sempre que falei para as pessoas sobre o meu tema de pesquisa a primeira pergunta era, “mas suicídio e idosos...isso é tão comum assim?”. Muitas vezes eu tinha de explicar toda a estatística envolvida, e graça aos relatórios da Organização Mundial da Saúde eu pude ter dados concretos sobre essa afirmação: “mais do que eu e você podemos imaginar”. Me deparar com o fato de que idosos são a população etária que mais morre

por suicídio me fez pensar sobre o meu envelhecimento, sobre o que é tornar-se idoso num mundo que nos cria para sermos “jovens pra sempre”.

“Só reclama, parece um velho ranzinza” talvez tenha sido a frase que mais ouvi na vida, pelo meu modo “reclamão” (prefiro pensar em crítico e questionador) de viver, mas é um claro exemplo de como a velhice é pejorativa. Ninguém quer envelhecer, mas aqueles que tiverem sorte, irão. Ninguém parece se preocupar com esse processo, mas seguimos “envelhe-sendo”.

A intenção do trabalho foi tentar entender o fenômeno do suicídio na população idosa utilizando o arcabouço teórico da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio (TIPS). A escolha desse referencial teórico se deu primeiramente pelo fato de ser uma jovem teoria, que vem recebendo grandes contribuições de pesquisas empíricas realizadas no mundo todo e que não tem sido utilizada nas pesquisas sobre o tema no contexto brasileiro. Em segundo lugar, os constructos propostos pela teoria oferecem *insights* relevantes para o contexto da terceira idade, o que está mais elaborado na conclusão do último artigo dessa dissertação. Assim, essa dissertação pretende ressaltar a importância do fenômeno ainda pouco estudado no contexto brasileiro, junto com a incorporação do referencial teórico da TIPS na prática de pesquisa e intervenção em contextos de crise suicida.

A presente dissertação está dividida em três artigos. O primeiro artigo chama-se “O suicídio entre pessoas idosas: O que sabemos e estratégias de prevenção”, apresenta o problema sobre o comportamento suicida em idosos no Brasil, analisando as políticas públicas e estratégias de prevenção. O segundo artigo se chama “A teoria interpessoal-psicológica do suicídio aplicada a idosos: Uma revisão de literatura”, e apresenta a perspectiva teórica que embasa a dissertação através de uma revisão sistemática de trabalhos empíricos com essa teoria na população idosa. O terceiro artigo se chama

“Envelhecimento, relações interpessoais e risco de suicídio: Uma aproximação a partir da teoria interpessoal-psicológica do suicídio” e consiste no trabalho de entrevistas e análises qualitativas sobre a vivência de pessoas idosas, buscando analisar o risco de suicídio na terceira idade à partir da teoria de base.

### **Apresentação do primeiro artigo**

Nos anos seguintes à Segunda Guerra Mundial, com a evolução da medicina observou-se dois fenômenos chamados de transição demográfica e transição epidemiológica. Os avanços na medicina permitiram aos seres humanos diminuir e até mesmo erradicarem doenças, além de diminuir as mortes prematuras de recém-nascidos. As consequências são o aumento populacional e maior expectativa de vida, levando ao envelhecimento da população mundial, chamado de transição demográfica. A erradicação de doenças levou ao que se chama transição epidemiológica, mudando o perfil das doenças que causam o maior número de óbitos. As mudanças nas características populacionais e do tipo de doenças leva a um novo paradigma em saúde, saindo do foco em tratamento para as ações de prevenção.

Tendo em conta todas as mudanças de paradigma, levanta-se a questão sobre a prevenção em saúde mental. É levado em conta o envelhecimento populacional no que diz respeito às ações de prevenção em saúde mental, em especial a prevenção ao suicídio? Duas perguntas guiaram o primeiro artigo dessa dissertação: Que fatores estão associados às mortes por suicídio de idosos no Brasil e o que é feito em prevenção junto à essa população. Buscando responder ambas as perguntas, foi realizada uma revisão de artigos que descrevessem os fatores de risco mais amplamente associados ao suicídio de idosos. Em seguida, analisou-se dentro das políticas públicas de saúde e nas Diretrizes Nacionais de Prevenção ao Suicídio as ações de promoção à saúde do idoso e de prevenção ao suicídio previstas. Para ampliar essa análise, comparou-se as políticas e ações de prevenção que foram empiricamente testadas junto a população idosa nos Estados Unidos da América, por tratar-se de um contexto cultural em que há múltiplas ações de prevenção do suicídio nessa faixa etária.

**O suicídio entre pessoas idosas: O que sabemos e estratégias de prevenção.****Resumo**

O presente artigo tem como objetivo caracterizar o fenômeno do suicídio entre pessoas idosas e analisar as ações de prevenção ao suicídio amparadas pelas políticas nacionais de saúde. Foram feitos dois levantamentos bibliográficos nas bases de dados da Scielo e PsychNET em junho de 2018. O primeiro levantamento, na base de dados Scielo, buscou caracterizar o suicídio entre os idosos brasileiros. O segundo levantamento foi feito na base de dados PsychNET a respeito de práticas de prevenção ao suicídio. Os dados encontrados foram relacionados com as políticas nacionais de saúde, buscando analisar como está prevista a promoção de saúde e a prevenção ao risco de suicídio junto à população idosa. Os resultados indicam alternativas de prevenção dentro das políticas públicas, ainda que precisem ser melhor elaboradas e focadas para a prevenção específica do risco de suicídio. Ressalta-se a falta de embasamento teórico que possa fundamentar intervenções e programas de prevenção junto à população idosa.

Palavras-chave: Suicídio; Idoso; Políticas Públicas.

## Introdução

A taxa de suicídio no Brasil em 2016 foram de 6,5 mortes por cem mil habitantes (OMS, 2018), índice inferior à média mundial de 11,4 por cem mil habitantes (OMS, 2014). No entanto, estudos apontam para o aumento nas taxas de suicídio no Brasil em todas as faixas etárias, principalmente na população idosa (Minayo, Pinto, Assis, Cavalcante & Mangas, 2012; Pinto, Pires, Silva, & Assis, 2012a). Idosos de maneira geral apresentam agravantes para o risco de suicídio, como o fato de não comunicarem sobre a ideação e realizarem tentativas de maior letalidade (Schlösser, Rosa, & More, 2014). As taxas de suicídio entre idosos no Brasil representam o dobro dos casos em relação à população geral (Minayo & Cavalcante, 2010). Apesar da idade avançada representar um fator de risco, poucos estudos têm focado a atenção nesse grupo etário. Artigos que analisem as políticas públicas em relação ao suicídio entre idosos são ainda mais escassos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o suicídio uma questão de saúde pública desde os anos de 1990. Nessa perspectiva, prevê que os países membros implementem políticas públicas para a prevenção e tratamento de pessoas que apresentem ideação ou tentativas de suicídio, além da notificação sobre casos de suicídio junto aos órgãos de controle epidemiológico (OMS, 2016). O “Mental Health Action Plan” proposto pela OMS para o período de 2013-2020 visa aumentar em 20% as taxas de serviços de atendimento às pessoas com transtornos mentais até 2020. A prevenção ao suicídio também é um componente integral do plano, com a proposta de que se diminua em 10% os índices de morte por suicídio em cada país membro (OMS, 2013).

Há diferenças entre a prevenção do suicídio e a prevenção do risco de suicídio. Partindo do paradigma de prevenção estabelecido por Muñoz, Mrazek e Haggerty (1996), entende-se que a prevenção do risco de suicídio constitui medida de ação anterior ao desenvolvimento de quadros de risco, e busca evitar que usuários cheguem até o quadro

de ideação e tentativa de suicídio. A prevenção do suicídio constitui medida de ação de alta complexidade, compreendida como tratamento e não mais prevenção, uma vez que visa minimizar os impactos do quadro de ideação suicida já instalado.

O presente artigo pretende analisar a questão da prevenção do suicídio em pessoas idosas direcionado pelas seguintes perguntas: Quais os principais fatores de risco para o suicídio em idosos, que ações são previstas para a prevenção dentro das políticas públicas brasileiras e que outras políticas públicas internacionais poderiam complementar as ações de prevenção ao suicídio no Brasil.

### **Método**

Foi feito um levantamento de artigos nas bases de dados da SciELO em junho de 2018, utilizou-se as palavras-chave “suicídio & idosos” e restringiu-se aos trabalhos publicados a partir de 2010. No total, a pesquisa retornou 45 artigos. Após a leitura dos resumos, optou-se pela utilização daqueles que caracterizassem o fenômeno do suicídio entre idosos, excluindo-se análises puramente epidemiológicas sobre as tentativas de suicídio de municípios específicos ou que exploravam sobre o comportamento suicida na população de outras faixas etárias. No total, 25 artigos estavam dentro dos critérios.

Com o objetivo de compreender as estratégias de prevenção, consultou-se a base de dados PsycNET no período de junho de 2018, utilizando as palavras-chave “*Suicide prevention & systematic review*”, buscando-se artigos de revisão sobre prevenção ao suicídio em pessoas idosas. No total, foram encontrados 36 artigos, e excluindo-se os de revisão que não tratavam sobre prevenção ao suicídio, obteve-se 5 artigos.

Por fim, para responder a terceira pergunta deste estudo, consultou-se as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e

Política Nacional de Saúde Mental, além de políticas e diretrizes internacionais citadas nos artigos de prevenção encontrados.

### **Resultados**

Dos 25 artigos encontrados quatro eram artigos de revisão (Alves, Maia, & Nardi, 2014; Minayo & Cavalcante, 2010; Santos, 2017; Schlösser et al., 2014). Quatro artigos tratavam sobre aspectos epidemiológicos, caracterizando o suicídio entre idosos de maneira quantitativa (Carvalho, Lôbo, Aguiar, & Campos, 2014; Minayo et al., 2012; Pinto et al., 2012a; Pinto, Silva, Pires, & Assis, 2012b). Os outros 14 artigos eram empíricos.

A maior parte dos artigos (12 no total) utilizou a metodologia de autópsia psicossocial (Cavalcante & Minayo, 2012, 2015; Cavalcante, Minayo, & Mangas, 2013; M. Conte, Cruz, Silva, Castilhos, & Nicolella, 2015; Figueiredo et al., 2012; Meneghel et al., 2012; Meneghel, Moura, Hesler, & Gutierrez, 2015; Minayo & Cavalcante, 2013; Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012; Sérvio & Cavalcante, 2013; Silva et al., 2015; Sousa, Silva, Figueiredo, Minayo, & Vieira, 2014). Três artigos utilizaram o paradigma de gênero na análise dos casos de suicídio (Meneghel et al., 2012, 2015; Minayo et al., 2012). Dois artigos usaram o método qualitativo (Costa & Souza, 2017; Minayo, Figueiredo, & Mangas, 2017). Outros dois artigos utilizaram estudo de caso (Conte et al., 2012; Figueiredo et al., 2015). Apenas um artigo tratou sobre modelo intervenção preventiva ao suicídio em idosos (Conte et al., 2012).

Dos 5 artigos de revisão sobre prevenção ao suicídio na população idosa, dois revisavam as estratégias de prevenção ao suicídio entre idosos e sua eficácia (Lapierre et al., 2011; Okolie, Dennis, Simon Thomas, & John, 2017), dois artigos revisavam a prevenção do suicídio em atenção primária (Connor, Gaynes, Burda, Soh, & Whitlock, 2013; Raue, Ghesquiere, & Bruce, 2014) e um artigo de revisão sobre a atuação de

assistentes sociais para a prevenção e redução do comportamento suicida em idosos (Manthorpe & Iliffe, 2011). Apenas um dos cinco artigos (Okolie et al., 2017) utilizou o método de revisão sistemática.

Os resultados serão discutidos e analisados na sessão seguinte de acordo com cada questão levantada.

### **Principais fatores de risco para o suicídio em idosos**

Os estudos epidemiológicos sobre o suicídio de idosos no Brasil apresentam similaridades com a literatura internacional, de modo que as taxas de suicídio são maiores em idosos na comparação com a população geral (Alves et al., 2014; Cavalcante & Minayo, 2015). Fato relevante é que 15% das mortes por suicídio na população idosa acontecem dentro de hospitais ou instituições de longa permanência (Minayo et al., 2017). O suicídio se apresenta de formas diferentes entre homens e mulheres idosos. Homens idosos apresentam maior risco e tentativas graves de suicídio, além de maior número de óbitos por suicídio; mulheres apresentam um índice maior de tentativas, mas são de menor letalidade na maioria dos casos (Alves et al., 2014; Cavalcante & Minayo, 2012, 2015; Pinto, et al., 2012a; Pinto et al., 2012b). Dessa forma, idosos do sexo masculino representam o grupo de maior risco para o suicídio e apresentam taxas crescentes ao longo dos anos (Cavalcante & Minayo, 2012; Minayo et al., 2012).

O fator de risco de maior prevalência entre os idosos é o diagnóstico de depressão, seguido pelo isolamento social, dependência física e financeira, doenças graves e a perda do status laboral na aposentadoria – especialmente impactante nos idosos do sexo masculino (Cavalcante & Minayo, 2015; Meneghel et al., 2012; Minayo & Cavalcante, 2010; Sérvio & Cavalcante, 2013).

Depressão é o espectro de transtorno mental mais prevalente entre os idosos no Brasil e no mundo (Sczufca & Matsuda, 2002). A literatura aponta o tratamento da depressão como principal fator singular para a prevenção do suicídio na população idosa, por esse motivo, recomenda-se o tratamento e manejo desse quadro como uma medida necessária de prevenção (Minayo & Cavalcante, 2010; OMS, 2014).

A depressão constitui tanto uma causa primária como secundária para o risco de suicídio entre os idosos, em outras palavras, aparece como fator precipitador e agravante da ideação suicida (Cavalcante & Minayo, 2015; Cavalcante et al., 2013; Sérgio & Cavalcante, 2013). Associa-se o desenvolvimento do quadro depressivo em pessoas idosas à problemas de saúde física, isolamento e falta de suporte social (Cavalcante et al., 2013; Minayo & Cavalcante, 2010).

A avaliação e diagnóstico da depressão é dificultada pela desqualificação das queixas dos idosos, muitas vezes taxada por familiares e profissionais de saúde como parte natural do envelhecimento (Barrero, Nicolato & Côrrea, 2006). O mesmo ocorre com a comunicação suicida (Tavares, Montenegro, Prieto, 2004). É ainda mais difícil o diagnóstico junto a idosos do sexo masculino, por manterem comportamentos culturalmente ligados a masculinidade hegemônica, de forma a não buscarem ajuda e tão pouco manifestarem seus sentimentos negativos (Meneghel et al., 2012; Minayo, Meneghel, et al., 2012).

A utilização de medicamentos antidepressivos para o tratamento da depressão em idosos torna-se difícil por fatores específicos da idade, como a interação com outras medicações e os efeitos colaterais desagradáveis e potencialmente perigosos para as pessoas dessa faixa etária (Sczufca & Matsuda, 2002). Além disso, os antidepressivos são os principais psicofármacos utilizados em tentativas de suicídio realizadas por idosos, o que requer o controle de acesso a essa medicação (Carvalho et al., 2014). Por esses

motivos, o método de tratamento da depressão combinando psicoterapia e psicofármacos é a modalidade mais indicada para essa população (Carvalho et al., 2014; Scazufca & Matsuda, 2002).

O cuidado familiar com o idoso muitas vezes se resume a manutenção de bens materiais, e ignora-se as necessidades afetivas e psicológicas do indivíduo. Não obstante, familiares de idosos que morreram por suicídio relatam sentimento de culpa, evidenciados principalmente pela ideia de que poderiam “ter feito mais”, ter oferecido cuidado mais empático e terem sido mais perceptivos sobre o estado psicológico do idoso (Figueiredo et al., 2012). No relato dos idosos internados em instituições de longa permanência com histórico de tentativas e ideação suicida estudados por Minayo, Figueiredo e Mangas (2017), o isolamento e abandono apareceram como fatores precipitadores do risco de suicídio, por provocarem no idosos o sentimento de peso social e de se sentirem descartados do convívio familiar.

O suporte social e a falta de suporte influenciam no risco de suicídio. As relações familiares constituem grande fator de proteção, mas podem ser encarados como fatores de risco quando os idosos vivenciam perdas familiares, relações distantes dos parentes primários e ausência de expressões afetivas, além da violência física e psicológica intrafamiliar (Silva et al., 2015). Enfatiza-se o peso que as relações sociais têm sobre o fenômeno do suicídio, especialmente em idosos, que vivenciam mudanças drásticas nos relacionamentos, motivadas pela perda de autonomia física e financeira (Silva et al., 2015). A dependência financeira propicia que as relações familiares sejam permeadas por conflitos (Silva et al., 2015).

A violência relacional é fator de risco com maior prevalência em mulheres idosas, que vivenciam violências de gênero desde a infância, passando pela violência conjugal, o que culmina em um envelhecimento sem perspectivas e em alguns casos ainda mais

permeados de violência, perpetrada muitas vezes pelos próprios filhos (Meneghel et al., 2015; Minayo & Cavalcante, 2013).

As doenças mais significativamente associadas ao risco de suicídio em idosos são as de caráter terminal e crônicas (Minayo & Cavalcante, 2010). Destacam-se o câncer, doenças que afetam o sistema nervoso central, doenças cardiopulmonares e doenças urogenitais (Minayo & Cavalcante, 2010). As entrevistas com familiares que perderam idosos por suicídio no estado do Amazonas, realizadas por Costa e Souza (2017), mostram que seis entre os oito casos estudados haviam perdas relacionadas a saúde, o que aponta o risco que o diagnóstico de condições graves de saúde tem sobre os idosos.

Pessoas diagnosticadas com câncer tem quase o dobro das taxas de suicídio em comparação a população geral (Santos, 2017). A gravidade e localização do câncer, bem como a dor experimentada, tem influência direta sobre o risco de suicídio, que aparece em maior prevalência nos idosos com câncer de cabeça e pescoço (Santos, 2017). A doença muitas vezes acarreta incapacitações, o que é fator relevante para o suicídio entre idosos com câncer, e também tem sido associada à transtornos psiquiátricos como a depressão (Santos, 2017).

Pessoas idosas que cometem suicídio ou realizam tentativas costumam se consultar com profissionais de saúde até um mês antes do ato (Silva et al., 2015). O convívio com a rede de profissionais de saúde tem influência direta na superação da ideiação e risco de suicídio (Figueiredo et al., 2015). Porém, o que poderia se caracterizar como uma abertura para a prevenção do suicídio, acaba por se tornar fator de risco. Conte et al. (2015) apresentam o relato de três idosos com histórico de tentativas de suicídio que ilustram o caráter iatrogênico dos profissionais de saúde que não tiveram treinamento sobre prevenção do suicídio, e manifestam visões moralistas sobre os indivíduos em risco. A prevalência do modelo biomédico, focado na medicalização e no diagnóstico

nosográfico de transtornos mentais restringe a visão sobre a crise do sujeito idoso, de maneira a ignorar aspectos psicossociais vivenciados pelo indivíduo (Conte et al., 2015). Evidencia-se a falta de espaço relacional, vínculo e cuidado junto ao idoso por parte dos profissionais, além da escassa oferta de outras formas de cuidado em saúde, problema agravado pela falta de recursos humanos nos serviços de saúde públicos (Conte et al., 2015).

Em resumo, a depressão e a falta de suporte em saúde, financeiro e afetivo são as principais queixas relacionadas ao suicídio de idosos (Minayo et al., 2017). Dessa forma, a prevenção do suicídio com idosos deve focar-se em ações de tratamento da depressão, desde a identificação de casos até tratamento psicológico e farmacológico. Além disso, ações que promovam a vinculação familiar e o apoio são promotoras de saúde mental nesse contexto, como proposta na política sobre envelhecimento ativo da OMS (1990)

### **Ações de Prevenção**

Duas revisões de literatura sobre os programas de prevenção ao suicídio para idosos (Lapierre et al., 2011; Okolie et al., 2017) apontaram 5 tipos de intervenção que são utilizadas com idosos e tiveram sua eficácia testada: Intervenção em cuidados primários, divulgação de informações em comunidades, aconselhamento por telefone, tratamento clínico e programas de aperfeiçoamento da resiliência. O estudo de Lapierre et al. (2011) utilizou no total 19 estudos sobre 11 tipos de intervenção que foram descritos na revisão. Sobre o paradigma em prevenção (Muñoz et al., 1996), cinco artigos utilizavam o foco “indicado”, para idosos com comportamento suicida e diagnóstico de depressão clínica; 4 artigos empregaram o paradigma “seletivo”, focado em grupos com risco em potencial (idosos em isolamento e com deficiências). Apenas os trabalhos sobre divulgação de informações em comunidades mesclaram os paradigmas “universal”, “seletivo” e “indicado”.

Dos 11 programas, 9 focavam em preditores do risco de suicídio, baseando-se no rastreio e tratamento da depressão, ampla divulgação de informações sobre sintomas, tratamento e medicação para idosos e redução do isolamento social (Lapierre et al., 2011). Poucas intervenções têm se focado nos fatores de proteção, se restringido à programas cujo escopo é a ampliação dos laços sociais e realizações de metas (aperfeiçoamento da resiliência). Porém, como sugerem os autores, intervenções que foquem no aumento do sentimento de pertencimento, aumento da autoestima, razões para viver, sentido da vida, espiritualidade e religiosidade podem ser eficazes.

A revisão feita por Okolie et al. (2017) utilizou 21 artigos, dos quais apenas 11 estavam contidos na revisão anterior de Lapierre et al. (2011). As conclusões de ambos os autores são semelhantes, porém, Okolie et al. (2017) focaram exclusivamente em artigos que utilizavam a redução do comportamento suicida como parâmetro final. Ambos os trabalhos concluíram que os programas de prevenção ao suicídio com evidências mais robustas são os de intervenção baseadas na atenção primária, com evidências mais consistentes que a utilização de farmacoterapia e psicoterapia – isoladamente.

A OMS (2000) recomenda que as ações de prevenção ao suicídio sejam conduzidas por equipes profissionais da atenção primária, pois a equipe oferece um elo importante entre saúde e a comunidade, além de representarem a porta de entrada para os sistemas de saúde. Idosos com transtornos psiquiátricos raramente são atendidos por um profissional especializado em saúde mental, no entanto, de 50% a 70% dos idosos que morrem por suicídio consultam um médico até um mês antes de morrerem (Connor et al., 2013; Raue et al., 2014). Além disso, há a tendência nos idosos de falarem mais abertamente sobre seu humor e estado mental com o médico que os atendem mais frequentemente (Raue et al., 2014). Por isso, a atenção primária se mostra a mais efetiva para a identificação do risco de suicídio e indicação para tratamento dos idosos em risco,

torna-se ainda mais eficaz quando engloba conjuntamente a avaliação sobre os níveis de depressão do paciente (Connor et al., 2013).

O programa de prevenção *PROSPECT (Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial* – Prevenção ao suicídio em idosos na atenção primária: avaliação colaborativa) foca a redução do suicídio entre idosos por meio da identificação e tratamento da depressão e do risco de suicídio na atenção primária. Os componentes do programa de prevenção são: a identificação da depressão e risco de suicídio por médicos da atenção primária, tratamento por meio de protocolo de intervenção, e o manejo clínico realizado por outros profissionais de saúde especializados em depressão (enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos) (Suicide Prevention Resource Center, <https://www.sprc.org/resources-programs/prospect-prevention-suicide-primary-care-elderly-collaborative-trial>, recuperado em 20 de abril de 2018). O protocolo clínico inclui a receita de antidepressivos – com a recomendação de uso dos ISRS (inibidores seletivos de recaptção de serotonina), por se tratarem dos medicamentos com menor risco de interação medicamentosa e menos efeitos colaterais –, caso o paciente recuse o tratamento farmacológico, o médico pode recomendar terapia interpessoal junto com um profissional de saúde especializado. O tratamento se estende da fase aguda até manutenção, com duração de um ano. O papel dos profissionais de saúde no programa varia entre o tratamento, manejo e *follow-up*, por telefone ou presencialmente, monitorando os sintomas depressivos, os efeitos colaterais da medicação e a adesão ao tratamento (Bruce et al., 2004).

Bruce et al. (2004) testaram a eficácia do programa. Os pesquisadores recrutaram idosos identificados com depressão, distribuindo-os pelo grupo que passaria pela intervenção e o grupo controle, que receberia atendimento “padrão”. Após serem separados por grupo, os idosos foram avaliados quanto à prevalência de ideação suicida.

O grupo controle apresentou 20,1% de ideação suicida e o grupo que passou pela intervenção apresentou 29,4%. Ambos os grupos foram monitorados por um ano, com *follow-up* a cada quatro meses. Ao final, os índices de ideação suicida foram reavaliados, e o grupo que passou pela intervenção apresentou a diminuição de 12,9% de casos em relação à avaliação inicial – de 29,4% para 16,5%. O grupo controle apresentou uma diminuição de 3% - de 20,1% para 17,1% - o que indica a eficácia do programa na diminuição do risco de suicídio em idosos. O programa ainda se mostrou eficaz no tratamento e redução dos sintomas depressivos.

Intervenção semelhante ao *PROSPECT*, o programa *IMPACT (Improved Mood Promoting Access to Collaborative Care Treatment* – Promoção da Melhoria do Humor pelo Acesso a Tratamento de Cuidados Colaborativos) é uma intervenção em atenção primária para pacientes adultos com o diagnóstico de depressão maior e distímia. A intervenção consiste no suporte colaborativo de um profissional designado como “gerente de cuidados da depressão” (tradução livre) junto ao médico de atenção primária do paciente (Unützer et al., 2006). Os “gerentes de cuidados da depressão” são profissionais de saúde como assistentes sociais, enfermeiros e psicólogos que receberam treinamento em um *workshop* de dois dias direcionados ao programa de intervenção e ao algoritmo de tratamento utilizado, sendo necessário fazer treinamentos de casos por *roleplay*. Os gerentes fazem uma visita inicial de avaliação com o paciente e informam sobre os tratamentos da depressão, indicando atividades físicas e opções de tratamento por psicoterapia – da modalidade “*Problem Solving Treatment in Primary Care*” (PST-PC) – ou farmacoterapia (Unützer et al., 2006). Há supervisão dos gerentes junto com profissionais da atenção primária, avaliando o progresso do caso a partir do algoritmo de tratamento que contém informações sobre procedimentos para as fases aguda e continuada do tratamento por 12 meses (Unützer et al., 2006). Ao longo do procedimento,

os gerentes têm contato com o paciente pessoalmente ou por telefone a cada duas semanas durante a fase aguda de tratamento, e a cada mês ao longo da fase continuada.

A intervenção foi avaliada por Unützer et al. (2006), que comparou 906 pacientes que passaram pela intervenção com 895 idosos do grupo controle que receberam o tratamento normal em atenção primária. Desse total, 521 (58,2%) pacientes do grupo controle e 503 (55,6%) pacientes do grupo que passou pela intervenção reportaram pensamentos de morte no mês anterior a avaliação, e 119 (13,3%) pacientes do grupo controle e 139 (15,3%) pacientes do grupo da intervenção reportaram ideação suicida no mês anterior a avaliação. Todos os participantes foram avaliados em 6 e 12 meses durante a intervenção e, 18 e 24 meses depois da intervenção. Ao final de um ano de intervenção, 51,07 % dos participantes do grupo controle reportaram ideação de morte e 14,97% reportaram ideação suicida, em comparação, o grupo da intervenção apresentou 30,46% de participantes relatando ideação de morte e 9,35% relatando ideação suicida. As diferenças entre os grupos se mantiveram até dois anos após o fim da intervenção, mesmo com os participantes do grupo controle recebendo tratamento farmacológico para a depressão. Nesse sentido, o acompanhamento do idoso de forma próxima por uma equipe de saúde multiprofissional foi determinante para a adesão e eficácia do tratamento.

### **Políticas públicas**

A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, datada de 19 de outubro de 2006 pela portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde (2010), não estabelece um trabalho específico em relação à prevenção ao suicídio. No entanto, estabelece a atenção integral, oferecida por equipe multidisciplinar, à saúde da pessoa idosa, sendo assim, também prevê a atenção por parte da psicologia em todo processo de cuidado. Não deveria ser necessário nenhum diagnóstico específico de saúde mental para promover estratégias de promoção da saúde que visem o envelhecimento ativo e com qualidade de vida.

A portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006, do Ministério da Saúde (MS), institui as Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio. O MS recomenda o desenvolvimento de estratégias de “promoção da qualidade de vida, de educação, de proteção e de recuperação da saúde”, além de “organizar linha de cuidados integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) em todos os níveis de atenção, garantindo o acesso às diferentes modalidades terapêuticas”. Existem diversos programas que promovem saúde mental e qualidade de vida para os idosos, mas poucos se focam em prevenção, tratamento e recuperação em relação ao comportamento suicida. A identificação de idosos em risco é fator importante para evitar um caso de suicídio, o que na perspectiva proposta por Muñoz et al. (1996), já se estabelece como tratamento de alta complexidade.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (Ministério da Saúde, 2012) define que a atenção básica deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima das pessoas. É, dentro das próprias diretrizes, a porta de entrada dos usuários aos serviços da rede, acolhendo e vinculando o usuário (Polejack, Gomes, Miranda & Machado, 2015). A PNAB também prevê práticas em saúde além das formas usuais de farmacoterapia, as chamadas práticas integrativas, regularizadas pela Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Ministério da Saúde, 2008). Tal política visa incorporar as práticas integrativas voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral da saúde, por meio de práticas que vão além do paradigma biomédico, focando em medicina alternativa e outras práticas que valorizam a espiritualidade e integralidade do indivíduo em tratamento. Dessa forma, contribuem para a qualidade de vida ao fomentar novos espaços de convívio e compartilhamento de saberes, inserindo-se como prática de promoção de saúde e qualidade de vida, com potencial para a prevenção do risco de suicídio.

O trabalho da PNAB se fundamenta na Estratégia de Saúde da Família (eSF), que mediante a Portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 do Ministério da Saúde, instaurou a proposta de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Essa nova estratégia rompe com a ideia do trabalho de rede restrito a referência e contra-referência – ou seja, o profissional apenas “repassa” o paciente para o próximo nível de atenção –, e facilita uma prática de acompanhamento contínuo do paciente, que não deixa de ser paciente da equipe de referência (Polejack et al., 2015). Essa forma de trabalho é especialmente importante na prevenção ao suicídio, uma vez que, como já consolidado na literatura, o acompanhamento constante e próximo ao paciente durante a transição de cuidados desenvolve a chamada rede de cuidado (*chain of care*), forte fator de proteção para o risco de suicídio (Johannessen, Dieserud, De Leo, Claussen & Zahl, 2011, Tavares, Montenegro & Prieto, 2004).

As equipes da saúde da família, tanto por seu caráter de próximo às famílias usuárias, quanto a composição de equipes multidisciplinares, são os mais indicados para o rastreio de pacientes em risco de suicídio. Polejack et al. (2015) ressaltam que não há uma definição do papel do psicólogo dentro das NASF. Apesar do Conselho Federal de Psicologia (2009) ter estabelecido que a prática profissional deve perpassar o combate ao sofrimento subjetivo, ações de redução de danos e a estimulação de hábitos e práticas preventivas para a saúde, a falta de definição do papel do psicólogo favorece ações que resultam em uma prática clínica de atuação clássica – semelhante à acompanhamento ambulatorial –, ainda que focada primordialmente na saúde mental. Apesar de ser relevante para a prevenção do suicídio, não favorece a prevenção do risco de maneira geral. Limita, dessa forma, a atuação do psicólogo dentro da equipe (Polejack et al., 2015). Os autores sugerem que o psicólogo deve desenvolver atividades que fortaleçam a comunicação entre os usuários e a equipes, privilegiando o conhecimento em psicologia

na construção das ações das equipes, o que se denomina por matriciamento (Polejack et al., 2015).

Os psicólogos inseridos nas NASF podem realizar atendimentos individuais que não se caracterizam como psicoterapia, mas fomentam o aprimoramento do auto-cuidado por parte dos usuários do serviço (Polejack et al., 2015). Como exemplo existem, os trabalhos junto as famílias que visam a sensibilização e valorização do idoso e combatem o isolamento e descaso – fatores de risco para o suicídio em idosos.

É prática comum entre profissionais de saúde a preocupação apenas com fatores biomédicos na saúde, sintomas físicos e doenças. Entende-se “Clínica Ampliada” como o acompanhamento do paciente em sua integralidade, com equipes multiprofissionais atuando junto às famílias e pacientes do serviço de saúde. A “Clínica Ampliada” é uma via alternativa a lógica biomédica, e oferece uma forma de atuação que facilita a identificação e prevenção do suicídio em idosos (Conte et al., 2015). Essa modalidade clínica se funda numa concepção expandida do processo saúde-doença, e compartilha saberes entre os diversos profissionais que compõe as equipes (Polejack et al., 2015). A Clínica Ampliada se insere dentro das diretrizes preconizadas pelo SUS, ao defender uma noção integral de saúde e ao permitir a escuta e acolhimento do idoso (Conte et al., 2015; Lei nº 8.080 de 19 de setembro do Ministério da Saúde, 1990). Permite que profissionais de saúde olhem para as famílias e os idosos, visando aprimorar e ampliar práticas saudáveis de relacionamento interpessoal, que constitui promoção de saúde não só em prevenção do suicídio, mas em quadros de depressão e outras psicopatologias.

Conclui-se com base nas políticas públicas atuais, que o trabalho de prevenção se encontra de maneira incipiente. Enquanto prática de prevenção do suicídio, o papel do profissional de saúde está restrito a identificar e encaminhar idosos com ideação suicida, ainda que dentro das políticas públicas estejam previstas ações de cuidado integral. No

entanto, na prática preventiva do risco de suicídio, ações mais amplas, tais como promoção de laços familiares saudáveis práticas de saúde integrativas, são medidas eficazes enquanto ações que evitam o quadro suicida em idoso. Nesse sentido, é necessária a expansão do que se classifica como ação de prevenção ao risco de suicídio em idosos, com a promoção e ampliação de programas de prevenção voltados para a manutenção da qualidade de vida e vínculos familiares saudáveis nessa faixa etária.

### **Políticas e Diretrizes Internacionais de Prevenção ao Suicídio**

Nos Estados Unidos em 2012 a *Surgeon General of United States* – um gabinete operacional ligado ao órgão de saúde pública das forças militares dos Estados Unidos – lançou a *2012 National Strategy for Suicide Prevention*, com o objetivo de reduzir o número de suicídio em 20% nos primeiros 5 anos e 40% em 10 anos (Raue et al., 2014). As ações previstas visam integrar a prevenção do suicídio às políticas públicas de saúde e promover a transformação nos sistemas de saúde de forma a englobar a prevenção do suicídio, mudar a opinião pública em relação ao suicídio e sua prevenção, e melhorar a qualidade dos dados sobre o comportamento suicida de modo a promover intervenções de qualidade na prevenção (U.S. Surgeon General, 2012). O programa foca em quatro direções estratégicas: indivíduos, famílias e comunidades saudáveis e empoderadas, serviços de prevenção clínica e comunitária, serviços de tratamento e apoio, além de vigilância, pesquisa e avaliação de eficácia.

Cada direção estratégica oferece uma perspectiva de ampliação das ações em saúde para cada nível de prevenção – universal, seletiva e indicada (Muñoz et al., 1996). No total, a proposta apresenta 13 metas que variam entre “integrar e coordenar as ações de prevenção ao suicídio em múltiplos setores e configurações”, “promoção de treinamento para comunidades e provedores de serviços clínicos sobre prevenção ao suicídio e comportamentos correlatos”, “promover a prevenção do suicídio como

componente central de serviços de atenção à saúde”, “promover e financiar pesquisas sobre prevenção ao suicídio” entre outras ações. Além disso, são descritos 60 objetivos divididos pelas 13 metas, que entre outros, engloba a “avaliação do impacto e efetividade da *National Strategy for Suicide Prevention* na redução da morbidade e mortalidade por suicídio” (U.S. Surgeon General, 2012).

Há algumas semelhanças entre a *2012 National Strategy for Suicide Prevention* e as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio, como o foco na vigilância epidemiológica, promoção de informações sobre o suicídio, foco diversos níveis de prevenção e incentivo à pesquisa na área. Porém, a primeira apresenta uma ampla gama de passos detalhados de como implementar e desenvolver as ações de prevenção em todos os níveis de prevenção. A Diretriz Nacional de Prevenção ao Suicídio, por se tratar de uma diretriz com recomendações para que cada estado e município possa implementar suas próprias ações, limita-se a propostas generalistas. O trabalho de prevenção recai sobre cada estado, que deve criar prevenir o suicídio a partir das indicações. É necessária a produção de pesquisas que foquem na avaliação de eficácia dos programas e propostas de prevenção instituídos por cada estado e município brasileiro, de forma a avaliar o impacto dessa política pública na prática.

### **Discussão**

Nota-se que a saúde da população idosa exige cuidados em níveis diferentes de complexidade e ação conjunta dos diversos profissionais de saúde envolvidos. O papel do psicólogo na elaboração de políticas públicas ainda é tímido, especialmente no que concerne à saúde do idoso, pautada principalmente na atenção exclusiva às enfermidades de cunho biológico (Freire & Polejack, 2015). Figueiredo et al. (2012) ressaltam que, apesar dos profissionais de serviço de atenção primária serem os mais indicados para a promoção de ações preventivas junto às famílias e aos idosos em risco, as ações dos

profissionais ainda estão focados no paradigma de atendimento individual. Assim, mantêm-se uma lógica que não promove a implementação de ações preventivas e que favoreçam os diálogos transgeracionais e a saúde dentro do seio familiar. Não se deve subestimar a importância e o impacto das vivências subjetivas dos sujeitos idosos na saúde dos mesmos, de forma que é essencial para as equipes de saúde valorizarem e legitimarem o sofrimento vivenciado pelo idoso, tanto a nível individual quanto familiar. Só assim será possível evitar mortes prematuras e impactantes por suicídio.

A capacitação de profissionais para atuarem na identificação e acompanhamento do risco de suicídio entre pessoas idosas se faz necessário, tendo em vista as práticas de formação contínua propostas pela PNAB. O treinamento permanente de equipes da Atenção Básica, em especial os psicólogos e psiquiatras, se faz necessário para a abertura dos profissionais à temática do suicídio. Ressalta-se que a Atenção Básica, como dispositivo de saúde, constitui um trabalho para a qualidade de vida dos idosos.

O trabalho com idosos em Terapia Comunitária tem demonstrado bons resultados enquanto fonte promotora de saúde mental. A Terapia Comunitária (TC) fomenta um espaço de acolhimento, reflexão e compartilhamento de saberes entre os participantes de maneira horizontal, e amplia as relações sociais (Rocha et al., 2009). Utiliza-se do conhecimento popular da comunidade para o fortalecimento das relações interpessoais e superação de conflitos vivenciados pela comunidade com o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, de forma que os usuários tidos como mais frágeis são protegidos junto ao grupo (Rocha et al., 2009; Victor, Vasconcelos, Araújo, Ximenes, & Araújo, 2007). Os idosos que participam de tais grupos relatam sentirem-se empoderados, acolhidos e capazes de realizar mudanças de comportamento, de forma que o grupo promove a corresponsabilidade dos membros sobre a superação das dificuldades individuais de cada participante (Andrade et al., 2010). Esse modelo de intervenção já é

bastante utilizado pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (eSF), especialmente com idosos (Andrade et al., 2010; Rocha et al., 2009; Victor et al., 2007).

Enquanto laços sociais enfraquecidos expõem os idosos ao desenvolvimento de quadros depressivos e de risco para o suicídio, a rede de suporte social adequada aumenta consideravelmente a qualidade de vida, sendo os seus efeitos para a saúde comparáveis aos de parar de fumar (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010). O relacionamento familiar é um dos pilares para a superação de uma crise suicida e relações de amizade são fortes fatores de proteção para a depressão e o suicídio (Almeida & Maia, 2010; Figueiredo et al., 2015).

O trabalho realizado no município de Candelária, no Rio Grande do Sul, em que articulou-se as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), profissionais da Unidade Básica de Saúde (UBS), Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), além do SAMU, corpo de bombeiros e a polícia – por se tratarem dos primeiros profissionais a chegarem no atendimento de um caso de suicídio consumado – mostrou que as ações em equipe tem potencial de prevenção ao suicídio – que constitui ação de alta complexidade. Nesse município, os profissionais foram capacitados para realizarem avaliações de risco de suicídio, preparando-os para intervir junto às famílias, o que resultou na diminuição significativa dos casos de suicídio na região – da média de 21/100 mil óbitos por ano para 12/100 mil óbitos (Conte et al., 2012). Assim, o rastreamento de casos de ideação e risco de suicídio, a implementação de uma atenção integral efetiva, com plano terapêutico individual, visitas domiciliares constantes, orientações para familiares sobre controle de acesso a meios, e *follow-up* dos pacientes referenciados para atendimento no CAPS, produziu efeitos eficazes de prevenção do suicídio na população idosa (Conte et al., 2012). Tipos de intervenção como essa, ainda que caracterizem tratamento de alta

complexidade, são importantes para que se diminua os índices de suicídio na população idosa.

As universidades também têm um papel fundamental para a prevenção ao suicídio em pessoas idosas, não apenas pelo aprimoramento curricular – ao incluir o cuidado ao idoso como parte do currículo de profissionais de saúde –, como pelo desenvolvimento de atividades de extensão voltadas para esse público. Poucos programas que promovam fatores de proteção em idosos têm sido oferecidos à comunidade. As intervenções para preparação de aposentadoria, por exemplo, apresentam melhorias na qualidade de vida dos idosos, possibilitando que adotem comportamentos mais saudáveis após a aposentadoria (Leandro-França, Murta, & Villa, 2014). Mesmo a aposentadoria sendo apontada como fator de risco para idosos, tais programas não têm sido efetivamente testados quanto a sua eficácia na prevenção ao suicídio no contexto brasileiro.

A universidade é o ambiente propício para oferecer experiência profissional na área de intervenção em crise e prevenção ao suicídio, como, por exemplo, no estágio oferecido pelo Núcleo de Prevenção ao Suicídio vinculado ao Laboratório de Saúde Mental da Universidade de Brasília, que em parceria com o Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) ofereceu durante um ano (2015/2016), estágio supervisionado em psicologia com o foco na identificação, avaliação de risco e acompanhamento de pacientes em crise dentro do hospital. Caracterizado como proposta de alta complexidade, esse tipo de proposta não constitui uma ação preventiva ao risco de suicídio, mas sim de tratamento. É ainda incipiente os trabalhos de prevenção ao risco de suicídio nos diversos ciclos da vida realizados por centro universitários.

A eficácia dos programas de prevenção é diferente a depender da faixa etária (Okolie et al., 2017). Enquanto programas com foco na atenção primária e no rastreio da depressão são os mais eficazes para a terceira idade, a restrição de acesso a meios,

intervenções de instrução em salas de aula e o treinamento de agentes educacionais são os mais eficazes na prevenção do suicídio na adolescência e em jovens adultos (Okolie et al., 2017). Por esses motivos, as diretrizes de prevenção ao suicídio precisam incorporar as diferenças etárias na construção de estratégias de prevenção e políticas públicas. A questão que emerge ao final dessa revisão é “o que torna os programas de prevenção efetivos?”. Como revisado, a maior evidência de eficácia na prevenção do suicídio em idosos está baseada nas intervenções em atenção primária, que pode ser sintetizado em treinamento e trabalho em rede multiprofissional, com diversos agentes no acompanhamento do idoso em risco. Uma possível explicação teórica para a eficácia desses programas é o aumento do pertencimento experimentado pelo idoso no acompanhamento próximo e permeado de cuidado por parte dos agentes de saúde. Como propõe a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio, proposta por Joiner em 2005, a ideação suicida surge da frustração de duas necessidades psicológicas básicas: sentir-se pertencente e sentir-se efetivo (Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby & Joiner, 2010). A frustração de pertencimento é resultante de poucas interações sociais e de relações em que não há cuidado recíproco, que pode ser ilustrado por pensamentos como “eu não posso contar com outras pessoas em momentos de dificuldades” (Van Orden et al., 2010). Os fatores mais associados ao suicídio em idosos também se relacionam com essa proposta teórica, como o isolamento social e a mudança de *status* laboral. Dessa forma, é possível inferir que o apoio eficiente por parte dos profissionais de saúde na atenção primária reduz a frustração de pertencimento, o que leva consequentemente a redução da ideação suicida e de casos de suicídio consumados.

Ressalta-se ainda importância da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio quando se analisam os principais fatores de risco associados aos suicídios de idosos no contexto brasileiro: o isolamento social e a dependência física e financeira. Como

descrito, podemos interpretar o isolamento social como frustração de pertencimento. A dependência física e financeira está na raiz da sensação de fardo, por provocar nos idosos o sentimento de não-efetividade na condução de suas vidas de forma autônoma. Dessa forma, os dados epidemiológicos sobre o suicídio de idosos no Brasil sugerem que a supracitada teoria é capaz de explicar as motivações subjacentes aos casos. É importante, nesse sentido, que a teoria seja testada no contexto brasileiro.

Programas de prevenção ao risco de suicídio parecem ser ainda incipientes no contexto brasileiro, ainda que hajam trabalhos que promovem a saúde mental. Um dos impeditivos para o desenvolvimento desses programas é a dificuldade em endereçar o que constitui o foco de ação – o que evita a instalação de quadros de ideação e tentativa de suicídio. Os fatores de risco são apenas fatores correlatos aos casos de suicídio e não explicam como se constitui o risco – ainda que forneçam direcionamentos para a prevenção do suicídio. Nesse sentido, a incorporação de uma base teórica para o desenvolvimento de ações preventivas se faz necessário.

### **Conclusão**

O presente estudo apresenta a relação entre o suicídio entre idosos, as estratégias de prevenção e as políticas públicas, analisando criticamente como as ações de prevenção ao suicídio estão amparados pelas políticas públicas. As legislações relativas à saúde da pessoa idosa não direcionam ações específicas em relação ao suicídio nessa população, porém, amparados pelos princípios de integralidade e assistência em diversos níveis de atenção à saúde, ações que foquem a prevenção, identificação e tratamento de pessoas nessa faixa de idade são ferramentas indispensáveis para a diminuição do número de suicídios. Não só ações estritamente terapêuticas, mas de empoderamento e promoção do envelhecimento ativo dentro da comunidade, com a formação de novas redes de apoio

para os idosos, são ações previstas e, ainda que timidamente, implementadas em diversas regiões do Brasil dentro do Plano Nacional de Saúde da Família.

São necessárias mais ações de conscientização e formação profissional destinada ao tema de prevenção ao suicídio nessa população, sendo privilegiado o papel do psicólogo dentro das equipes da NASF como um facilitador do assunto e da identificação de casos de risco. O presente artigo tem como sugestão ampliar os estudos sobre o comportamento suicida na população dessa faixa etária, focando-se na incorporação de estudos que testem a eficácia de ações preventivas no contexto brasileiro, e não apenas na descrição epidemiológica do fenômeno. Ainda nessa direção, sugere-se a incorporação do referencial teórico da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio, por apresentar constructos compatíveis com os maiores fatores de risco apresentados nessa revisão. Essa perspectiva teórica também oferece medidas testáveis de avaliação de eficácia.

**Referências**

- Almeida, A. K., & Maia, E. M. C. (2010). Amizade, idoso e qualidade de vida: Revisão bibliográfica. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 743–750. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722010000400010>
- Alves, V. M., Maia, A. C. C. O., & Nardi, A. E. (2014). Suicide among elderly: A systematic review. *Medical Express*, 1(1), 9–13. <https://doi.org/10.5935/MedicalExpress.2014.01.03>
- Andrade, F. B., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., Silva, A. O., Costa, I. C. C., Lima, E. A. R., & Mendes, C. K. T. T. (2010). Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 19(1), 129–136. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072010000100015>
- Barrero, S. P., Nicolato, R., & Corrêa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In H. Corrêa, & S. P. Barrero (Eds.), *Suicídio: Uma morte evitável* (pp. 103-113). São Paulo: Atheneu.
- Bruce, M. L., Have, T. R., Charles F., R., Katz, I., Schulberg, H. C., Mulsant, B. H., ... Alexopoulos, G. S. (2004). Reducing Suicidal Ideation and. *Journal of American Medical Association*, 291(9), 1081–1091. Recuperado de [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list\\_uids=14996777](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=14996777)
- Carvalho, I. L. N., Lôbo, A. P. A., Aguiar, C. A. de A., & Campos, A. R. (2014). A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: Uma caracterização em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(1), 129-137. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de

- idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943–1954. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800002>
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2015). Estudo qualitativo sobre tentativas e ideias suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1655–1666. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. S., & Mangas, R. M. N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2985–2994. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023>
- Conselho Federal de Psicologia. (2009). *A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família*. Brasília: CFP.
- Connor, E. O., Gaynes, B. N., Burda, B. U., Soh, C., & Whitlock, E. P. (2013). Annals of Internal Medicine Review Screening for and Treatment of Suicide Risk Relevant to Primary, 158(10), 741-54. doi: 10.7326/0003-4819-158-10-201305210-00642..
- Conte, M., Cruz, C. W., Silva, C. G. da, Castilhos, N. R. M. de, & Nicolella, A. D. R. (2015). Convergence and Non-Convergence: Stories of elderly who have attempted suicide and the Integrated Care System in Porto Alegre/RS, Brazil. *Ciencia & saude coletiva*, 20(6), 1741–1749. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02452015>
- Conte, M., Meneghel, S. N., Trindade, A. G., Ceccon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., ... Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2017–2026. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800013>
- Costa, A. L. S. da, & Souza, M. L. P. de. (2017). Narrativas de familiares sobre o suicídio de idosos em uma metrópole amazônica. *Revista de Saúde Pública*, 51, 121.

<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007059>

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. da, Mangas, R. M. do N., Vieira, L. J. E. de S., Furtado, H. M. J., Gutierrez, D. M. D., & Sousa, G. S. de. (2012). Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1993–2002. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800010>

Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M. da, Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. do N., Sousa, G. S. de, Freitas, J. S., ... Sougey, E. B. (2015). Is it possible to overcome suicidal ideation and suicide attempts? A study of the elderly. *Ciência & saúde coletiva*, 20(6), 1711–9. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02102015>

Freire, M. B. M., & Polejack, L. (2015). Política nacional de atenção à saúde do idoso: Desafios para a psicologia. In L. Polejack, , A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interface e desafios* (pp. 355-364). Porto Alegre: Rede Unida.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Johannessen, H. A., Dieserud, G., De Leo, D., Claussen, B., & Zahl, P.-H. (2011). Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway. *BMC Public Health*, 11(81), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-81>

Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., de Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., ... Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88–98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>

Leandro-França, C., Murta, S. G., & Villa, M. B. (2014). Efeitos de uma Intervenção

- Breve no Planejamento para a Aposentadoria. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 257–270. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)
- Lei nº 8.080 de 19 de setembro do Ministério da Saúde. Diário Oficial da União: Seção 1:018055 (1990). Acedido em 20 abr. 2018. Disponível em <https://www.jusbrasil.com.br/diarios/DOU/>
- Manthorpe, J., & Iliffe, S. (2011). Social work with older people -- reducing suicide risk: A critical review of practice and prevention. *British Journal of Social Work*, 41(1), 131–147. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq117>
- Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M. da, Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983–1992. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>
- Meneghel, S. N., Moura, R., Hesler, L. Z., & Gutierrez, D. M. D. (2015). Suicide Attempts by Elderly Women - from a Gender Perspective. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1721–1730. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>
- Minayo, M. C. de S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicide in elderly people: A literature review. *Revista de Saude Publica*, 44(4), 750-757. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saude Publica*, 29(12), 2405–2415. doi: <https://doi.org/S0102-311X2013001700006>

- Minayo, M. C. S., Figueiredo, A. E. B., & Mangas, R. M. do N. (2017). O comportamento suicida de idosos institucionalizados: Histórias de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(4), 981-1002. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312017000400007>.
- Minayo, M. C. S., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicide of elderly men in Brazil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(10), 2665–2674. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001000016>
- Minayo, M. C. de S., Pinto, L. W., Assis, S. G. de, Cavalcante, F. G., & Mangas, R. M. do N. (2012). Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Revista de Saude Publica*, 46(2), 300–309. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000200012>
- Ministério da Saúde. (2008). *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: Atitudes de ampliação e acesso*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2010). Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. In *Série Pactos pela Saúde* (v.12). Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2012). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Muñoz, R. E., Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (1996). Institute of medicine report on prevention of mental disorders: Summary and comentary. *The American Psychologist*, 51(2), 1116–1122.
- Okolie, C., Dennis, M., Simon Thomas, E., & John, A. (2017). A systematic review of interventions to prevent suicidal behaviors and reduce suicidal ideation in older

people. *International Psychogeriatrics*, 29(11), 1801–1824.  
<https://doi.org/10.1017/S1041610217001430>

Organização Mundial da Saúde. (2000). Prevenção ao suicídio: Um manual para profissionais de saúde em atenção primária. Genebra: OMS. Disponível em [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/en/suicideprev\\_phc\\_port.pdf](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2013). Mental Health Action Plan 2013-2020. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data* *Library Cataloguing-in-Publication Data*, 1–44. [https://doi.org/ISBN 978 92 4 150602 1](https://doi.org/ISBN%20978%2092%204%20150602%201)

Organização Mundial da Saúde. (2014). Preventing suicide. *Canadian Medical Association Journal*, 143(7), 609–610. [https://doi.org/ISBN: 978 92 4 156477 9](https://doi.org/ISBN:9789241564779)

Organização Mundial da Saúde. (2016). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. *Who*, 77. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/attempts\\_surveillance\\_systems/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/attempts_surveillance_systems/en/)

Organização Mundial da Saúde (2018). World Health Statistics. Recuperado de : <http://apps.who.int/gho/data/view.sdg.3-4-data-ctry?lang=en>

Pinto, L. W., Pires, T. de O., Silva, C. M. F. P. da, & Assis, S. G. de. (2012a). Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1973–1981. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800008>

Pinto, L. W., Silva, C. M. F. P., Pires, T. O., & Assis, S. G. (2012b). Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2003–2009.

<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800011>

Polejack, L., Gomes, P. M. G., Miranda, M. R. N., & Machado, M. P. M. (2015). A psicologia na atenção básica: Descobertas, conquistas, considerações e desafios no NASF. In L. Polejack, A. M. A. Vaz, P. M. G. Gomes, & V. C. Wichrowski (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas na saúde: Experiências, reflexões, interface e desafios* (pp. 97-126). Porto Alegre: Rede Unida.

Portaria nº 154 (2008, 24 de janeiro). Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União, nº 18, Brasília-DF.

Portaria nº 1.876 (2006, 14 de agosto). Institui Diretrizes Nacionais para Prevenção do Suicídio, a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Diário Oficial da União, nº 65, Brasília-DF.

Raue, P. J., Ghesquiere, A. R., & Bruce, M. L. (2014). Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Current Psychiatry Reports*, 16(9). doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0466-8>

Rocha, I. A., Braga, L. A. V., Tavares, L. M., Andrade, F. B., Ferreira Filha, M. O., Dias, M. D., & Silva, A. O. (2009). A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 687–694. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000500006>

Santos, M. A. (2017). Câncer e suicídio em idosos : determinantes psicossociais do risco , psicopatologia e oportunidades para prevenção. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3061-3075. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.05882016>

Scazufca, M., & Matsuda, C. M. C. B. (2002). Revisão sobre a eficácia de psicoterapia

- vs. farmacoterapia no tratamento de depressão em idosos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(1), 64–69. doi: <https://doi.org/10.1590/S1516-44462002000500012>
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 22(1), 133–145. doi: <https://doi.org/10.9788/TP2014.1-11>
- Sérvio, S. M. T., & Cavalcante, A. C. S. (2013). Retratos de autópsias Psicossociais sobre suicídio de idosos em Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(spe), 164–175. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000500016&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Silva, R. M., Mangas, R. M. N., Figueiredo, A. E. B., Vieira, L. J. E. S., Sousa, G. S., Cavalcanti, A. M. T. S., & Apolinário, A. V. S. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideações e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1703–1710. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.01952015>
- Sousa, G. S., Silva, R. M., Figueiredo, A. E. B., Minayo, M. C. S., & Vieira, L. J. E. S. (2014). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface: Communication, Health, Education*, 18(49), 389–402. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>
- U.S. Surgeon General. (2012). National Strategy for Suicide Prevention:, 1–18. Recuperado de <https://www.surgeongeneral.gov/priorities/prevention/index.html>.
- Unützer, J., Tang, L., Oishi, S., Katon, W., Williams, J. W., Hunkeler, E., ... Langston, C. (2006). Reducing suicidal ideation in depressed older primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(10), 1550–1556. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2006.00882.x>

- Tavares. M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In M. Günther, J. S. Bucher-Maluschke, & K. Hermanns (Eds.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp. 231-257). Fortaleza: UNIFOR.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. doi: <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Victor, J. F., Vasconcelos, F. de F., Araújo, A. R. de, Ximenes, L. B., & Araújo, T. de. (2007). Grupo Feliz Idade: Cuidado de enfermagem para a promoção da saúde na terceira idade. *Revista da Escola de Enfermagem*, *41*(4), 724–730. doi: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000400026>

### **Apresentação do segundo artigo**

Levantadas as principais características associadas às mortes por suicídio de idosos, chama a atenção como as medidas de prevenção realizadas no contexto brasileiro são caracterizadas por ações de promoção à saúde, e não focadas especificamente na prevenção ao risco de suicídio. Nesse sentido, para que ações de prevenção possam ser desenvolvidas é necessário o embasamento teórico, ou seja, as bases que consolidem o trabalho como forma de prevenção direcionada ao risco de suicídio.

O suicídio é um fenômeno complexo e difícil de ser reduzido em termos gerais para explicar como se desenvolve o risco em cada caso. No entanto, como escreveu o proeminente estudioso do suicídio Karl Menninger: “Ter uma teoria, ainda que falsa, é melhor do que atribuir os eventos ao puro acaso. Explicações pelo acaso nos deixam no escuro; uma teoria vai levar à confirmação ou à rejeição”. Ter uma base teórica que explique o que leva uma pessoa ao suicídio é um passo para que se possa traçar medidas eficazes de prevenção. Nesse sentido, a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio, proposta por Thomas Joiner em 2005, oferece uma explicação teórica e com a possibilidade de testagem empírica.

O objetivo do segundo artigo foi apresentar a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio e a sua aplicabilidade para a compreensão do fenômeno do suicídio na população idosa. Foi feita uma revisão sistemática buscando-se artigos empíricos que testasse os conceitos da teoria na população idosa.

## **A teoria interpessoal-psicológica do suicídio aplicada a idosos: Uma revisão de literatura.**

### **Resumo**

As taxas de suicídio entre pessoas idosas correspondem às mais altas dentre todas as faixas etárias. A compreensão dos mecanismos psicológicos envolvidos no suicídio auxilia na elaboração de trabalhos preventivos e de intervenção. Existem diversos modelos teóricos que contribuem nesse sentido, porém poucos apresentam hipóteses testáveis empiricamente. A teoria interpessoal-psicológica do suicídio explica o suicídio a partir de construtos testáveis, havendo diversos trabalhos nos últimos anos apontando a validade da teoria. A pesquisa de revisão sistemática buscou nas bases de dados “BVS-Psicologia”, “SciELO”, “PsychNET” e “EBSCO-MEDLINE”, artigos que testassem a teoria diretamente na população idosa. No total, 9 artigos empíricos foram relatados. A discussão dos artigos indica a utilidade da teoria para a compreensão do suicídio na população idosa. No entanto, há ainda a necessidade de testes e refinamentos da teoria na população idosa.

Palavras-chave: Suicídio, Idosos, Teoria-interpessoal psicológica do suicídio, Revisão.

## Introdução

O suicídio é reconhecidamente um problema de saúde pública, com mais de 800 mil mortes anualmente (OMS, 2016). Estima-se que hajam 20 tentativas para cada suicídio consumado na população de jovens adultos em todo o mundo (Barrero, Nicolato, & Correa., 2006; Conwell & Thompson, 2008; Minayo & Cavalcante, 2010; OMS, 2016). No entanto, na população idosa a relação de tentativas por suicídio consumado é de dois até quatro tentativas para cada suicídio, o que denota maior letalidade nas tentativas executadas por idosos (Barrero et al., 2006; Cavalcante & Minayo, 2012; Conwell & Thompson, 2008; Mezuk, Lohman, Leslie, & Powell 2015; Minayo & Cavalcante, 2010; Tavares, Montenegro,& Prieto, 2004). Dados de 2011, por exemplo, apontam que a proporção de mortes por suicídio entre idosos foi de 15,26 por 100 mil habitantes, enquanto na população com idade inferior a 60 a proporção foi de 11,74 por 100 mil habitantes no mundo (Cheavens, Cukrowicz, Hansen, & Mitchell, 2016).

Há uma importante distinção entre risco estatístico e risco clínico. Considera-se risco estatístico as variáveis epidemiológicas do suicídio, isto é, as características ou grupos populacionais que estão mais frequentemente associados ao suicídio, por exemplo, pessoas com diagnóstico de transtornos psiquiátricos (Barrero et al., 2006). Deve-se destacar, no entanto, que a presença de variáveis epidemiológicas não é suficiente para identificar o risco agudo de suicídio. O risco clínico também pode ser classificado em grau de risco, como por exemplo, risco leve, moderado ou agudo – que variam de acordo com a intensidade da ideação suicida (Montenegro, 2012). A classificação de risco pode ser posta em termos temporais, como risco de longo prazo, que descreve os casos em que não há ideação suicida no momento da avaliação, mas que apresenta estressores crônicos no momento atual com potencial para o desenvolvimento de crise suicida (Montenegro, 2012). O risco iminente se refere à presença de fatores precipitadores, diretamente

associados à crise suicida, como exemplo, a presença atual de afetos intoleráveis, ideação suicida atual e eventos de vida estressores, o que predispõe uma pessoa ao risco agudo de suicídio (Montenegro, 2012).

O envelhecimento é considerado um fator de risco estatístico, uma vez que a prevalência de suicídios consumados nessa fase do desenvolvimento é maior do que nas populações mais jovens. Em outros termos, esta é considerada uma população vulnerável (Barrero et al., 2006; Cavalcante & Minayo, 2012; Conwell & Thompson, 2008; Tavares et al., 2004). A efetividade das tentativas de suicídio em pessoas idosas pode ser explicada pela fragilidade orgânica dos indivíduos, quem têm dificuldade para resistir a ferimentos e danos corporais (Conwell & Thompson, 2008). O isolamento do convívio social, além de não favorecer o auxílio psicológico preventivo antes que o quadro de ideação e planejamento suicida se instale, dificulta o pronto atendimento nos momentos de crise e tentativas de suicídio em tempo hábil (Cavalcante & Minayo, 2012). Dado o pouco investimento em programas de prevenção, é importante apontar que estes são potencialmente mais efetivos do que intervenções pós-tentativa, por evitar o desenvolvimento de transtornos mentais e ideações que possam evoluir para planejamento e tentativas, com tendência a provocar danos físicos significativos, perda de qualidade de vida e desfechos fatais (Tavares, Montenegro, & Prieto, 2004).

A avaliação de risco de suicídio é fundamental para a formulação de políticas de prevenção (OMS, 2016) e diversos fatores devem ser considerados para a avaliação do risco de suicídio (Barrero et al., 2006; Camarotti, 2009; Montenegro, 2012). Existem dificuldades para a avaliação de risco de suicídio na população idosa. Dentre elas encontra-se a desqualificação das queixas relacionadas ao humor, muitas vezes percebidas como típicas do processo de envelhecimento, o que dificulta à familiares e profissionais de saúde considerarem a seriedade dos sintomas depressivos (Barrero et al.,

2006). Isso também ocorre com a comunicação suicida, muitas vezes taxada como “normal” entre pessoas idosas (Tavares et al., 2004). Além disso, os fatores de risco e de proteção para o comportamento suicida em pessoas idosas diferem daqueles relacionados a outras faixas etárias (Fiske & O’Riley, 2015). Nesse sentido, a avaliação de risco de suicídio em idosos deve levar em conta as especificidades do fenômeno nessa população etária.

A descrição epidemiológica do comportamento suicida em idosos não é suficiente para compreender as razões subjacentes que expõem esse grupo etário ao maior risco de suicídio em relação a outras faixas etárias. Ainda que a compreensão clínica de cada caso de suicídio se dê a partir do contexto de vida individual (Botega & Werlang, 2004), se faz necessária uma fundamentação teórica que possa explicar e ampliar a compreensão sobre o fenômeno, de modo a nortear as ações de avaliação de risco, estruturar intervenções e programas de prevenção. Modelos teóricos sobre o suicídio que sejam baseados em evidência possibilitam testagem empírica e são úteis para a avaliação da eficácia terapêutica de intervenções (Joiner, 2005; Van Orden, Bamonti, King, & Duberstein, 2012).

Existem poucos modelos que se proponham a formular uma teoria explícita do risco de suicídio (Stanley, Hom, Rogers, Hagan, & Joiner, 2016). A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio (TIPS) é composta por variáveis capazes de explicar a evolução do risco de suicídio em idades avançadas (Stanley et al., 2016). Além disso, possibilita análises baseadas em evidências empíricas. Proposta por Joiner (2005), vem sendo amplamente referida pela literatura internacional, e é apontada como uma das teorias sobre o suicídio de maior impacto (Spencer-Thomas & Jahn, 2012).

O objetivo do artigo é apresentar a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio (TIPS), e através de uma revisão sistemática com o foco direcionado para a população

idosa, analisar sua aplicabilidade à compreensão do suicídio em idosos. Antecipando em parte nossa conclusão, essa jovem teoria vem se firmando como estratégia preventiva relevante, apresenta um potencial importante na compreensão do sofrimento e risco na população idosa, mas ainda é pouco estudada, até mesmo no exterior. A nosso ver, estas três características da TIPS tornam o estudo que se segue ainda mais necessário.

### **A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio**

A Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio (TIPS) foi proposta por Joiner (2005), e compreende o suicídio em termos de relações interpessoais (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011; Van Orden et al., 2010). De acordo com o modelo teórico, o desejo de morrer emerge quando duas necessidades psicológicas básicas são frustradas: sentir-se pertencente e sentir-se efetivo (Joiner, 2005). Baseia-se em dois constructos, a “frustração de pertencimento” (*Thwarted belongingness*) e a “sensação de fardo” (*Perceived Burdensomeness*). Entende-se que o risco de suicídio é maior – quadros mais graves – quando há a presença simultânea de ambos os constructos (Conwell et al., 2011; Donker, Batterham, Van Orden, & Christensen, 2014). Além dos dois constructos cognitivos, a “capacidade adquirida para o suicídio” (*Acquired Capacity of Suicide*) é um constructo comportamental imprescindível para o indivíduo se engajar em comportamentos suicidas, segundo a TIPS (Donker et al., 2014; Van Orden et al., 2010).

A frustração de pertencimento (FP) está relacionada à necessidade de pertencimento, proposta por Baumeister e Lary (citado em Conwell et al., 2011). Segundo essa teoria, quando a necessidade de pertencimento não é correspondida, caracteriza-se a “frustração de pertencimento”, e o desejo de morrer se torna latente (Donker et al., 2014; Van Orden et al., 2010). O pertencimento não se refere apenas a fazer parte de um grupo ou de manter relações interpessoais, é necessário que essas relações cumpram alguns aspectos, como: a relação deve se dar em um contexto de suporte mútuo e permeado por

sentimentos positivos (Van Orden et al., 2010). Quando a relação não é capaz de ser reciprocamente cuidadosa e gera reações negativas, a relação deixa de fornecer o sentimento de pertencimento (Harrison et al., 2010). Assim, o construto da frustração de pertencimento engloba duas facetas: a solidão e ausência de cuidado recíproco nas relações (Ma, Batterham, Callear, & Han, 2016).

A sensação de fardo (SF) diz respeito ao sentimento de “peso” que o indivíduo experimenta nas relações com outros indivíduos e grupos dos quais faz parte, em decorrência da incapacidade percebida de ser efetivo, de contribuir para os outros (Joiner, 2005; Ma et al., 2016). Pensamentos como “os outros estarão melhor sem mim” caracterizam a sensação de fardo (Joiner, 2005; Ma et al., 2016), associada a dois aspectos do funcionamento interpessoal: crenças de si mesmo como tão “falho” que se torna dependente e oneroso para os outros e cognições afetivas de ódio autodirigido (Van Orden et al., 2010). Quanto maior for a sensação de “fardo” experimentada, maior será a ocorrência de sentimentos de desvalia e maior será a presença de ódio autodirigido, o que consequentemente leva a ideação suicida (Van Orden et al., 2010). Segundo Donker et al. (2014), há indícios de que haja diferenças de gênero na prevalência do sentimento de não pertencimento e da percepção de fardo, por exemplo, idosos do sexo masculino experimentam mais sensação de fardo durante a aposentadoria. Pessoas do sexo feminino tendem a estar mais afetadas pela frustração de pertencimento por conta da importância atribuída às relações familiares em sua vida (Donker et al., 2014).

Ambos os construtos são dinâmicos, de caráter dimensional, variando ao longo do tempo, das relações e dentro de um espectro de gravidade, isso é, os níveis em que são observados podem variar de um sentimento sutil até quadros graves (Van Orden et al., 2010). No entanto, a presença de um ou de ambos os construtos, não é o suficiente para levar uma pessoa a se matar.

Segundo a teoria, tais constructos estão ligados ao surgimento e consequente aumento do desejo de morte, mas é necessário outro aspecto que explique a superação do instinto básico de autopreservação (Donker et al., 2014; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Os seres humanos já nascem com uma predisposição biológica para temer estímulos que possam provocar dor ou a morte - e o suicídio é algo que gera medo, exatamente por ser entendido como um estímulo perigoso (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). De acordo com a teoria, é possível “adquirir” a capacidade de se matar (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). A capacidade adquirida para o suicídio (CAS) é um constructo comportamental, caracterizado pelo aumento da tolerância à dor física e da diminuição do medo de morrer, através da habituação e ativação de processos contrários, em resposta à repetida exposição à dor física e/ou experiências que induzam ao medo (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Dessa forma, a exposição contínua à dor e a situações de risco levariam a pessoa a habituar-se com a dor física e com aspectos amedrontadores da agressão autodirigida, o que aumenta as chances de que se engaje em comportamentos cada vez mais dolorosos e letais (Van Orden et al., 2010).

Como proposto por Joiner (2005), não apenas comportamentos que provocam dor estão ligados à diminuição do instinto de autopreservação, mas a habituação à situações de risco – aquelas induzam o medo de morrer –, diminuem o efeito aversivo dessas experiências. A teoria propõe, por exemplo, que indivíduos que abusam de substâncias estão em maior risco de suicídio por desenvolverem maior resistência à dor. Da mesma forma, a contínua exposição de profissionais de saúde à situações dolorosas e o convívio cotidiano com a morte de outras pessoas, levariam os indivíduos a estarem habituados às ideias amedrontadoras em relação à morte, diminuindo seu efeito aversivo. Aspectos biológicos individuais também se relacionam com as experiências comportamentais, como por exemplo, indivíduos que naturalmente tem menor sensibilidade à dor também

estão mais propícios a engajarem-se em comportamentos de maior risco para o suicídio. Vale ressaltar que “adquirir” a capacidade para se matar não significa que a pessoa irá de fato cometer suicídio, mas alguém que morre por suicídio só o pôde fazer por ser “capaz” de consumir o ato. A capacidade adquirida para o suicídio está associada a um aumento do risco de comportamentos suicidas, mas, não está associado à ideação suicida ou desejo latente de morrer (Van Orden, Smith, Chen, & Conwell, 2016).

Os “processos contrários”, que compõem o constructo de capacidade adquirida para o suicídio, são parte da teoria do processo opositor de Solomon e Corbit (citado em Van Orden et al., 2010). De acordo com essa teoria, as respostas emocionais observadas sobre comportamentos inicialmente aversivos resultam do somatório entre dois processos opostos subjacentes (Van Orden et al., 2010). Com a exposição repetida a certo estímulo, a resposta emocional primária permanece estável, ao passo que o “processo contrário” passa a se manifestar mais intensamente (Van Orden et al., 2010). Em outras palavras, a resposta emocional, eliciada inicialmente, diminui seu valor através da habituação, enquanto a resposta subjacente passa a estar mais diretamente associada àquele estímulo (Van Orden et al., 2010). Assim, o ato de se automutilar, por exemplo, que tem o valor primário de dor e medo, passa a apresentar o sentimento relacionado ao “processo contrário”, de alívio e analgesia (Van Orden et al., 2010).

Stanley et al. (2016) revisaram diferentes teorias sobre o suicídio e apontaram a aplicabilidade de cada uma para a compreensão do comportamento suicida em idosos. As teorias revisadas foram, além da teoria interpessoal-psicológica do suicídio: a teoria sociológica de Durkheim, a teoria da desesperança, a teoria da fuga, a teoria da desregulação emocional, teoria da dor psicológica (*psyache*), modelo integrado motivacional-volitivo do comportamento suicida. Os resultados indicaram que as diferentes teorias contribuem em algum nível para a compreensão do envelhecimento e o

risco de suicídio, porém poucas foram testadas empiricamente, principalmente na população idosa. A teoria interpessoal-psicológica do suicídio apresenta uma estrutura conceitual passível de testagem empírica, e apresenta resultados positivos nas diferentes faixas etárias, incluindo a população idosa (Ma et al., 2016).

A TIPS não está diretamente relacionada à abordagem terapêutica conhecida como Terapia Interpessoal (TIP), porém, ambas atribuem importância às relações interpessoais. A TIP foi desenvolvida em 1970, como um tratamento breve direcionado à depressão maior (Mello, 2004). O tratamento é composto de três fases, com previsão de duração de até 12 sessões com frequência semanal: o início (de uma a três sessões), meio (em média seis sessões) e fim (três sessões) (Markowitz & Weissman, 2004). A fase inicial envolve a identificação de um alvo diagnóstico, e a análise sobre o contexto interpessoal no qual ocorre (Markowitz & Weissman, 2004). É feito também um inventário interpessoal, no qual o paciente deve listar pessoas com quem tem relações próximas, capacidade de intimidade e uma avaliação particular sobre o estado atual da relação (Markowitz & Weissman, 2004). O terapeuta então deve fazer a ligação entre o sintoma e a formulação interpessoal, que pode envolver problemas em um dos quatro domínios interpessoais: a) luto; b) disputa de papéis interpessoais, isso é, desentendimento com alguém significativo; c) transição de papéis – quando o paciente passa por uma mudança importante na vida; d) déficits interpessoais (Markowitz & Weissman, 2004; Mello, 2004).

### **Método**

Para analisar o estado da arte da TIPS na população idosa, foram realizadas buscas com os descritores: “Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio” OU “Teoria Interpessoal do Suicídio” e “*Interpersonal-Psychological theory of suicide* OU *Interpersonal theory of suicide*”. O período pesquisado foi de janeiro de 2005 até

setembro de 2017, considerando que a TIPS foi inicialmente publicada por Joiner em 2005. As bases de dados consultadas foram: BVS-Psicologia, Scielo, PsychNET e EBSCO-MEDLine. Como critério de seleção, procurou-se incluir artigos em inglês ou português, que fossem relatos de pesquisa empírica, pesquisas que utilizaram a TIPS, e incluíssem pessoas acima de 60 anos – tendo a faixa-etária como critério de análise. No primeiro critério de exclusão foram removidos artigos que não tratassem sobre a teoria em questão. No segundo critério de exclusão, foram retiradas as dissertações ou teses, cartas editoriais e capítulos de livros. O terceiro critério excluiu artigos que não utilizavam amostras de participantes com mais 60 anos ou a faixa etária não foi critério de análise. Finalmente, foram eliminados artigos que não fossem empíricos, ou se referissem exclusivamente sobre o desenvolvimento de escalas para o modelo da TIPS. Os artigos selecionados foram analisados a partir (i) dos constructos e suas interações testadas e (ii) dos resultados em cada artigo.

### **Resultados**

Nas bases de dados BVS-Psicologia e Scielo nenhum artigo foi encontrado com esses descritores. As bases de dados PsychNET e EBSCO-MEDLine retornaram, respectivamente, 470 e 203 artigos. Somando-se os artigos das duas bases de dados, sem duplicação dos artigos repetidos, obteve-se o total de 495 artigos. Aplicando o primeiro critério de exclusão, removeu-se os artigos que não tratavam sobre a teoria específica ( $495 - 134 = 361$ ). No segundo critério de exclusão, onde retirou-se os capítulos de livros, cartas editoriais e dissertações ou teses, obteve-se o total de ( $361 - 60 = 301$ ). Adiante com o terceiro critério de exclusão, excluiu-se os artigos que não utilizavam a terceira idade como categoria de análise estatística ( $301 - 287 = 14$ ). Por fim, o quarto critério de exclusão eliminou os artigos teóricos e de desenvolvimento ou validação de escalas ( $14 - 5 = 9$ ).

Os constructos e resultados de cada artigo estão na Tabela 1. A seguir, serão discutidos os resultados encontrados, organizados a começar pela discussão das interações entre os fatores da TIPS, seguido de seus efeitos principais. Outras variáveis mediadoras serão consideradas.

### **Interação entre Sensação de Fardo (SF), Frustração de Pertencimento (FP) e Desesperança**

O efeito da interação entre os constructos sensação de fardo e frustração de pertencimento na ideação suicida foi testado em apenas 2 artigos (Christensen, Batterham, Soubelet & Mackinnon, 2013; Cukrowicz, Jahn, Graham, Poindexter & Williams, 2013). Consideraremos primeiramente a interação com as variáveis mediadoras, como depressão e desesperança, porque a presença de interação modifica a interpretação dos efeitos principais observados. Cukrowicz et al. (2013) testaram um modelo utilizando SF, FP e desesperança na identificação da ideação suicida. Nenhuma interação foi capaz de prever variações em severidade da ideação em idosos. Porém, utilizando métodos estatísticos avançados para avaliar a interação entre SF e FP (regressão Binomial Negativa com excesso de zeros - *zero-inflated negative binomial regression*), demonstraram que o aumento simultâneo dessas variáveis está associado à diminuição da probabilidade de que a pessoa esteja fora do grupo de risco, ou seja, SF e FP juntos que podiam identificar falsos negativos – pessoas que não relatam ou negam a ideação suicida, ou por estarem em uma situação instável que pode mudar a qualquer momento ou simplesmente porque evitam ou se negam reportar o risco. Os idosos nesta amostra estavam ainda em maior risco quando havia elevação na desesperança. Este resultado é valioso por indicar a importância de preventivamente avaliar sensação de fardo, frustração de pertencimento e desesperança em idosos, *mesmo quando não há risco de suicídio identificado*.

Christensen et al. (2013) não encontraram interações significativas entre SF e FP, nem para prever ideação nem comportamento suicida (planos ou tentativas) em uma grande amostra de coorte que incluía idosos (N=2551). Porém, encontraram apenas interação entre cada um destes construtos com desesperança para prever ideação suicida e apenas interação entre SF e desesperança para plano ou tentativa de suicídio. Estes achados apontam para o fato de que a interpretação de SF e FP depende consideravelmente do nível de desesperança em idosos.

### **Sensação de Fardo (SF)**

O efeito direto de SF foi testado em todos os nove artigos (Cheavens et al., 2016; Christensen et al., 2013; Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain & Cook, 2011; Cukrowicz et al., 2013; Guidry & Cukrowicz, 2016; Jahn, Poindexter & Cukrowicz, 2015; Van Orden, Wiktorsson, Duberstein, Berg, Fässberg & Waern, 2015; Van Orden et al., 2016; Van Orden et al., 2012), tendo apresentado efeito significativo em oito artigos, sendo em seis artigos testaram com ideação suicida (Cheavens et al., 2016; Christensen et al., 2013; Cukrowicz et al., 2011; Jahn et al., 2015; Guidry & Cukrowicz, 2016), em um artigo com ideação de morte (Cukrowicz et al., 2013), em um artigo com casos de suicídio consumado (Van Orden et al., 2016) e um artigo testou SF com o constructo de sentido da vida (Van Orden et al., 2012). Os resultados serão detalhados abaixo.

Apenas um estudo não mostrou efeitos significativos da SF (Van Orden et al., 2015). A pesquisa testou os constructos da TIPS em idosos que haviam realizado tentativas recentes de suicídio. Partiu-se da hipótese que a motivação principal das tentativas de suicídio seriam os conflitos interpessoais, e que os idosos que reportassem tais motivações estariam em maior risco de uma nova tentativa durante o *follow-up*, o que não foi sustentado nos resultados dessa pesquisa. O estudo, no entanto, utilizou uma pergunta aberta e direta ao idoso internado sobre a motivação da tentativa de suicídio. Os

autores sugerem que uma possível explicação para os resultados seja a dificuldade emocional que os idosos tiveram na hora de responderem à questão aberta sobre a motivação suicida, de forma que os idosos não conseguiram elaborar emocionalmente as respostas.

Os efeitos de SF também foram avaliados tomando algumas outras variáveis importantes para intervenções destinadas ao público idoso. Os efeitos da interação entre sensação de fardo e sintomas de depressão foi positivamente associado à ideação de morte (Guidry & Cukrowicz, 2016). O constructo mostrou efeitos significativos para a ideação suicida mesmo quando controlados os efeitos de solidão, depressão, gênero e idade (Cukrowicz et al., 2011). SF foi significativo mediador do risco de suicídio em pessoas com transtornos de personalidade (Jahn et al., 2015), o que significa afirmar que sensação de fardo é fator determinante para que idosos com transtornos de personalidade apresentem ideação suicida. SF também demonstrou efeitos significativos na diminuição do sentido da vida, constructo que representa as motivações do sujeito para permanecer vivo, descrito como essencial para o bem-estar mental e importante fator de proteção para o suicídio, de maneira que altos níveis de SF predisseram a posterior diminuição do sentido da vida (Van Orden et al., 2012).

A SF também foi analisada em sua interação com a desesperança, outro constructo importante para a compreensão do risco de suicídio, apresentando efeito significativo em relação à ideação suicida (Christensen et al., 2013; Cukrowicz et al., 2013). No entanto, SF não demonstrou efeito significativo para a ideação suicida além dos efeitos da interação com a desesperança, o que significa afirmar que desesperança é necessária para o efeito da SF na ideação suicida (Cukrowicz et al., 2013).

Em estudo utilizando-se a metodologia de autópsia psicológica (Van Orden et al., 2016), SF, FP e CAS foram testados como preditores para diferenciar os casos de suicídio

consumado em comparação com casos controle, covariando com o diagnóstico de depressão no modelo de regressão logística condicional. Três modelos utilizando cada um dos constructos da TIPS junto com depressão foi inserido no modelo condicional de regressão. Todos os constructos foram positivamente associados à predição dos casos de suicídio. Um quarto modelo inseriu os três constructos juntos e depressão. No quarto modelo, o efeito significativo só apareceu para SF e CAS. Os autores sugerem com os resultados que a depressão influencia no suicídio pelo aumento dos níveis de SF e FP, sendo SF mais fortemente associado ao risco de suicídio. Ressalta-se, no entanto, que o estudo utilizou medidas indiretas para os constructos da TIPS.

Fatores de resiliência foram testados junto com o modelo teórico da TIPS. O autoperdão é definido como o processo pelo qual sentimentos negativos direcionados a si (como vergonha e raiva) são substituídos pela benevolência e aceitação de si (Cheavens et al., 2016). O constructo foi testado como mediador da SF e a ideação suicida. Estes autores encontraram que o autoperdão desempenha papel fundamental na atenuação da raiva e vergonha associado a sentir-se um fardo para os outros. Os resultados mostraram que baixos níveis de autoperdão, sensação de fardo e a interação entre os dois constructos foi significativamente associado à ideação suicida. O autoperdão moderou a relação entre sensação de fardo e risco de suicídio, de modo que níveis mais baixos de autoperdão significavam níveis mais altos de sensação de fardo e ideação suicida. Assim, o autoperdão é peça importante para a avaliação de risco de suicídio na perspectiva da TIPS.

### **Frustração de Pertencimento (FP)**

A frustração de pertencimento foi testada em sete artigos (Cheavens et al., 2016; Christensen et al., 2013; Cukrowicz et al., 2013; Guidry & Cukrowicz, 2016; Jahn et al., 2015; Van Orden et al., 2015; Van Orden et al., 2016) tendo obtido resultados significativo em seis pesquisas, das quais três foram testadas para ideação suicida (Christensen et al.,

2013; Cukrowicz et al., 2013; Jahn et al., 2015), uma para a ideação de morte (Guidry & Cukrowicz, 2016), uma para tentativas de suicídio (Van Orden et al., 2015) e uma para casos de suicídio consumado (Van Orden et al., 2016).

A FP foi testada em diversos modelos de interação, havendo significância em pelo menos um modelo estatístico dos artigos supracitados. No entanto, a FP não obteve resultado significativo em nenhum modelo testado por Cheavens et al. (2016). Nesse estudo, os autores pretenderam testar o constructo da esperança com FP para a ideação suicida. O constructo esperança é definida como a habilidade percebida de determinar os caminhos para se alcançar um objetivo, e a motivação e habilidade perceptível de alcançar o objetivo com sucesso (Cheavens et al., 2016). Esperança não foi significativamente relacionada como moderadora entre FP e ideação suicida, tão pouco a FP foi significativa para a ideação suicida. A conclusão dos autores é a de que FP desempenha um papel menos importante no risco de suicídio de pessoas idosas que a SF.

A interação entre FP e desesperança foi testada em dois estudos para a ideação suicida, obtendo resultados significativos (Christensen et al., 2013; Cukrowicz et al., 2013). Essa interação, no entanto, não apresentou o mesmo resultado quando comparada com ideação de morte (Cukrowicz et al., 2013). O resultado sugere que a FP está relacionada a ideação ativa de morte – diferente de ideação suicida por se tratar do desejo de morrer, mas sem que o próprio sujeito seja o causador da morte.

FP também foi significativamente associado como um dos moderadores entre transtornos de personalidade e ideação suicida, assim como SF (Jahn et al., 2015). A interação entre FP e depressão foi testada em um estudo (Guidry & Cukrowicz, 2016), e não apresentou resultados significativos para a ideação de morte, apesar do constructo isolado ter apresentado resultados significativos. Os resultados desse estudo indicam

diferenças nos estudos e conclusões que relacionaram frustração de pertencimento e ideação de morte (Cukrowicz et al., 2013; Guidry & Cukrowicz, 2016).

Quando FP foi testada para a predição de casos de suicídio, FP isolada no modelo de regressão logística condicionada, covariando para depressão, obteve resultado significativo (Van Orden et al., 2016). Porém, quando somados os efeitos de SF e CAS, frustração de pertencimento não foi significativo para a predição dos casos de suicídio em relação aos casos controle (Van Orden et al., 2016). Esse resultado sugere que a SF tem maior poder preditivo para os casos de suicídio, dessa forma, é maior fator de risco em idosos que FP.

A hipótese de que os constructos da TIPS seriam os principais motivos atribuídos às tentativas de suicídio de idosos não foi confirmada no estudo de Van Orden et al. (2015). No entanto, FP foi significativamente associada aos casos de tentativa que utilizaram métodos mais letais e aos sujeitos que fizeram nova tentativa ao longo do *follow-up* de 6 meses do estudo (Van Orden et al., 2015). Apesar das dificuldades metodológicas impostas pelo tipo de estudo – perguntas abertas sobre a motivação da tentativa de suicídio no momento em que os idosos estavam internados –, o resultado desse estudo sugere que FP esteja relacionada à gravidade da ideação, e não na origem. Dessa forma, FP é moderador do risco, enquanto SF é causador da ideação suicida.

### **Capacidade Adquirida para o Suicídio (CAS)**

A CAS foi testada em apenas um estudo (Van Orden et al., 2016). O estudo indica que CAS e SF obtiveram resultados significativos para a predição dos casos de suicídio quando comparados a casos controle. A CAS também obteve resultados significativos quando isolado na regressão logística condicionada, covariando para depressão, e quando adicionados SF e FP na regressão logística condicionada (Van Orden et al., 2016).

### **Depressão e Desesperança**

Os constructos da TIPS foram testados em sua relação com a depressão na explicação para o comportamento suicida em dois artigos (Cukrowicz et al. 2011; Guidry & Cukrowicz 2016). Os demais artigos utilizaram a depressão como controle, de forma a analisar a influência dos constructos da TIPS para além dos sintomas de depressão na ideação suicida. Cukrowicz et al. (2011) testaram a SF controlando os efeitos dos sintomas de depressão e desesperança para a ideação suicida. O modelo estatístico encontrou resultados significativos para a SF influenciando a ideação suicida para além dos efeitos da depressão e desesperança. Em outro trabalho, Cukrowicz et al. (2013) encontrou resultados significativos para SF e desesperança na ideação de morte e a interação entre SF e desesperança para ideação suicida. O estudo, no entanto, não encontrou resultado significativo para depressão e não testou os efeitos da interação entre FP e SF junto à depressão. Guidry e Cukrowicz (2016) encontraram resultados significativos sobre a interação da SF e depressão na ideação de morte. O mesmo resultado não foi encontrado na interação entre FP e depressão.

A desesperança foi testada enquanto variável independente apenas em um estudo. Christensen et al. (2013) encontraram que as interações entre desesperança e FP, a interação entre desesperança e SF, e a interação dos três constructos juntos foram significativos para a variação na ideação suicida. Dessa forma, os resultados dessa pesquisa sugerem que a desesperança tem forte influência nos constructos da TIPS para o risco de suicídio.

### **Discussão**

O presente artigo apresenta uma revisão sistemática de uma teoria do comportamento suicida aplicada a idosos. Não foram encontrados artigos sobre a TIPS – teórico, empírico ou de revisão – em língua portuguesa, o que aponta para a necessidade

de compreensão e incorporação dessa base teórica para o estudo do comportamento suicida no Brasil. A incorporação de um referencial teórico é essencial para a elaboração de intervenções de prevenção e tratamento de pessoas com ideação suicida. O número restrito de artigos que existem aplicando a teoria junto a população idosa implica em limites sobre as análises de: (a) a interação dos três constructos fundamentais da teoria (SF x FP x CAS); (b) as análises sobre o constructo capacidade adquirida para o suicídio.

Os artigos encontrados apresentam algumas limitações, como a utilização de medidas proximais para os constructos (Christensen et al., 2013; Van Orden 2016) ou o uso de métodos estatísticos como *bootstrap* (Jahn et al., 2015; Cukrowicz et al., 2013), que limitam o poder de generalização dos resultados. Além disso, apenas um estudo utilizou o *desing* longitudinal: essa falta de estudos prospectivos não favorece a generalização dos achados de modo mais seguro. O desenvolvimento de estudos quantitativos longitudinais que testem a teoria no Brasil é importante para estabelecer a teoria interpessoal-psicológica como uma base teórica útil para a compreensão do comportamento suicida no nosso contexto cultural, uma vez que a revisão foi limitada por artigos no contexto europeu e norte americano. É interessante também a realização de estudos qualitativos que possam investigar a vivência subjetiva do idoso em relação aos constructos de sensação de fardo, frustração de pertencimento e capacidade adquirida para o suicídio, além do aprimoramento do conhecimento acerca dos mecanismos que atuam junto a esses fatores de risco para o suicídio, como a desesperança, a depressão e outras variáveis de controle que foram discutidas acima.

Apesar de termos encontrado poucos estudos empíricos sobre a TIPS para os idosos, os resultados apontados indicam que a teoria interpessoal-psicológica do suicídio tem obtido resultados significativos e importantes para a compreensão do risco de suicídio entre idosos. Os estudos apontaram que a sensação de fardo é o constructo mais relevante

para o risco de suicídio entre idosos (Cukrowicz et al., 2011; Cukrowicz et al., 2013; Guidry & Cukrowicz, 2016; Van Orden et al., 2012; Van Orden et al., 2016). A frustração de pertencimento aparece como fator agravante do risco de suicídio, mais do que como fator ligado a origem da ideação suicida (Cukrowicz et al., 2013). Isso aponta para a TIPS como um o modelo teórico que pode contribuir significativamente para a condição de compreensão e testagem dos determinantes do comportamento suicida em idosos.

Por outro lado, a maneira como outras variáveis de controle suprimiu ou mediou a relação entre SF e FP sugere que os determinantes do suicídio entre idosos é bem mais complexo. Alguns destaques importantes que devem ser mais estudados e talvez incluídos como parte do modelo, são as variáveis desesperança e transtornos psiquiátricos, especialmente os transtornos de humor. A maior parte dos estudos, no entanto, utilizou a depressão e desesperança como variáveis de controle, havendo poucos estudos que testam a interação entre tais elementos e as variáveis da TIPS. Ainda que os poucos estudos que analisaram depressão e desesperança como variáveis tenham encontrado resultados positivos na associação com as variáveis da TIPS para a ideação suicida, é arriscado fazer generalizações sobre o papel dessas interações para o risco de suicídio em idosos. Novos estudos precisam ser feitos para ampliar a compreensão da depressão e desesperança na relação com a TIPS.

Outros fatores que não foram testados com os constructos teóricos propostos são também relevantes para a compreensão do risco de suicídio em idosos. Em estudo de revisão sobre dores crônicas e suicídio, Hooley, Franklin e Nock (2014) sugerem que a presença de dor crônica pode criar um contexto no qual os indivíduos experimentem uma redução no sentimento de conexão social, o que caracteriza frustração de pertencimento. As pessoas que sofrem de condições médicas, que provocam dor, também podem sentir-se um peso para os outros membros da família por demandar cuidados especiais – algo

ligado à sensação de fardo (Hooley et al., 2014). Assim, é plausível imaginar que idosos que convivam com dores crônicas estejam em risco de suicídio, sendo necessário ampliar as pesquisas sobre a teoria interpessoal-psicológica do suicídio para esse fator de risco em idosos.

Seguindo os preceitos da Terapia Interpessoal, Van Orden et al. (2012) propõem que o direcionamento da terapia interpessoal com base nos construtos da TIPS pode ser eficaz na intervenção com idosos em risco de suicídio. Utiliza-se então os construtos da TIPS como alvos do tratamento – frustração de pertencimento e sensação de fardo. Entende-se que a remissão dos sintomas da crise suicida está associada a diminuição da frustração de pertencimento, da percepção de fardo e o manejo da capacidade adquirida para o suicídio. Dessa forma, a área relativa ao luto pode ser relacionada com a frustração de pertencimento, assim como a área de transição de papéis, quando idosos experimentam a sensação de fardo, por mudar de posição do cuidador para a pessoa dependente de cuidado. Van Orden et al. (2012) então apresentam um caso bem-sucedido, no qual empregou-se a meta baseada na percepção do indivíduo de ser um fardo para a família quando não foi capaz de mediar o conflito dos filhos – não exercendo o papel esperado como pai.

A teoria interpessoal-psicológica do suicídio também fornece *insights* úteis para a sua incorporação na elaboração de estratégias de prevenção. O Centro de Controle e Prevenção de Doenças (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC) dos Estados Unidos identificou que a promoção e o fortalecimento de vínculos sociais entre os indivíduos, as famílias e a comunidade são estratégias fundamentais para a prevenção do suicídio (Van Orden, Stone, Rowe, McIntosh, Podgorski, & Conwell, 2013). Os vínculos sociais são ainda mais proeminentes no trabalho com idosos, tendo em vista as evidências

de que estar socialmente desconectado está relacionado com diversas doenças, além do próprio risco de suicídio (Van Orden et al., 2013).

Baseado nas ideias da TIPS, espera-se que uma intervenção preventiva que favoreça a formação de vínculo social tenha efeito ao evitar que se estabeleça tanto da frustração de pertencimento quanto da sensação de fardo, e conseqüentemente o risco de suicídio. O *Retirement and Senior Volunteer Program* (RSVP) é um programa destinado a treinar voluntários, que devem ter idade superior aos 55 anos, para manterem contato com outra pessoa por pelo menos duas vezes na semana, sendo pelo menos uma vez presencialmente. O tipo de interação e a frequência ficam a critério da dupla, podendo também envolver a realização de atividades diárias, cujo objetivo é oferecer uma forma de interação social de suporte para o participante (Van Orden et al., 2013). Ainda que não tenha sido testado para a sua eficácia, um desenho de pesquisa já foi esboçado com a finalidade de testar o impacto dessa forma de intervenção preventiva (Van Orden et al., 2013).

Idosos estão mais propensos a experimentarem desconexão social, perda de pessoas significativas em suas vidas e relações sociais menos saudáveis com a rede de apoio, percebendo-a menos como fonte de suporte social (Harrison et al., 2010). Também é característico dessa faixa etária vivenciar limitações físicas, psicológicas e financeiras, além de exigirem maior necessidade de cuidados, o que contribui para se sentirem incapazes e se perceberem como um peso aos demais. Isso leva a crer que a teoria interpessoal-psicológica do suicídio é potencialmente fértil para o desenvolvimento de intervenções preventivas contra o risco de suicídio entre idosos. É fundamental pensar na visão cultural associada ao envelhecimento, a perda do seu papel produtivo na sociedade e como tudo isso contribui para que os idosos introjetem essa percepção de inaptos à vida em sociedade.

### **Conclusão**

Em síntese, a TIPS é uma jovem teoria, compatível com características fundamentais para a compreensão do risco de suicídio entre idosos. Em consequência do pouco tempo de existência, não encontramos nenhum trabalho em língua portuguesa, e poucos trabalhos em língua inglesa que consideram o risco de suicídio entre os idosos. Ainda que a TIPS precise ser mais pesquisada quanto ao seu poder preditivo, especialmente entre idosos, os achados preliminares que encontramos merecem ser considerados pela produção de pesquisa em suicidologia no Brasil. Sensação de fardo aparece como a principal variável associada ao risco de suicídio em idosos, enquanto frustração de pertencimento aparece como fator agravante para o quadro de risco. A capacidade adquirida para o suicídio é o constructo que demanda maior número estudos, uma vez que quase nenhum dado foi encontrado sobre a sua relação no contexto de risco em idosos. Dessa forma, sugerimos que as próximas pesquisas busquem a validação dessa teoria para a população brasileira. Em especial, devem ser privilegiadas as metodologias que possibilitam análises sobre como os construtos da TIPS se manifestam na vivência das relações interpessoais dos idosos.

### Referências

- Barrero, S. P., Nicolato, R., & Corrêa, H. (2006). Fatores de risco para o suicídio durante o ciclo da vida humana. In: *Suicídio: Uma morte evitável* (pp. 103-113). (Corrêa, H. et al. Eds.). São Paulo: Atheneu.
- Botega, N. J., & Werlang, B. (2004). Avaliação e manejo do paciente. In B. Werlang & N. J. Botega (Org.), *Comportamento suicida* (pp. 123-140). Porto Alegre: Artmed.
- Camarotti, J. (2009). *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Cavalcante, F. G., & Minayo, M. C. S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954. doi: 10.1590/S1413-81232012000800002
- Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Hansen, R., & Mitchell, S. M. (2016). Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide: The role of hope and self-forgiveness in an older adult sample. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 58-69. doi: 10.1002/jclp.22230.
- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 144(3), 225-234. doi: 10.1016/j.jad.2012.07.002.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356. doi: 10.1016/j.psc.2008.01.004.
- Conwell, Y., Van Orden, K. A., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468. doi: [10.1016/j.psc.2011.02.002](https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002).
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: Evaluating model of risk and predicting excess

- zeros in a primary care sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(4), 1021-1030. doi: 10.1037/a0034953.
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Order, K. A., Ragain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging*, 26(2), 331-338. doi: 10.1037/a0021836
- Donker, T., Batterham, P. J., Van Orden, K. A., & Christensen, H. (2014). Gender-differences in risk factors for suicidal behaviour identified by perceived burdensomeness, thwarted belongingness and acquired capability: Cross-sectional analysis from a longitudinal cohort study. *BMC Psychology*, 2(1), 2-20. doi: 10.1186/2050-7283-2-20.
- Fiske, A., & O'Riley, A. A. (2015). Toward an understanding of late life suicidal behavior: The role of lifespan developmental theory. *Aging & Mental Health*, 20 (2), 123-130. doi: 10.1080/13607863.2015.1078282.
- Guidry, E. T., & Cukrowicz, K. C. (2016). Death ideation in older adults: Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20(8), 823-830. doi: 10.1080/13607863.2015.1040721
- Harrison, K. E., Dombrowski, A. Y., Morse, Q. J., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds III, C. F., & Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, 22(3): 445–454. doi: [10.1017/S1041610209991463](https://doi.org/10.1017/S1041610209991463).
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18(8), 435-441. doi: 10.1007/s11916-014-0435-2.

- Jahn, D. R., Poindexter, E. K., & Cukrowicz, K. C. (2015). Personality disorder traits, risk factors, and suicide and ideation among older adults. *International Psychogeriatrics*, 27(11), 1785-1794. doi: 10.1017/S1041610215000174.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide?*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ma, J., Batterham, P. J., Caley, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.008.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2004). Interpersonal psychotherapy: Principles and applications. *World Psychiatry*, 3(3), 136-139. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1414693/pdf/wpa030136.pdf>
- Mello, M. F. (2004). Terapia interpessoal: Um modelo breve e focal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(2), 124-130. doi: 10.1590/S1516-44462004000200010
- Mezuk, B., Lohman, M., Leslie, M., & Powell, V. (2015). Suicide risk in nursing homes and assisted living facilities. *American Journal of Public Health*, 105(7), 1495–1502. doi: [10.2105/AJPH.2015.302573](https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302573)
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão de literatura. *Revista Saúde Pública*, 44(4), 750-757. doi: 10.1590/S0034-89102010000400020
- Montenegro, B. F. S. P. (2012). *O julgamento clínico do risco de suicídio*. Dissertação de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- OMS. (2016). Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm. Organização Mundial de Saúde: Genebra. Retrieved

from: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/208895/1/9789241549578_eng.pdf?ua=1)

Spencer-Thomas, S., & Jahn, D. R. (2012). Tracking a movement: U.S. milestones in suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 78–85.doi: 10.1111/j.1943-278X.2011.00072.x

Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner, T. E. Jr. (2016) Understanding suicide among older adults: A review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging and Mental Health*, 20(2), 113-122.doi: 10.1080/13607863.2015.1012045.

Tavares. M., Montenegro, B., & Prieto, D. (2004). Modelos de prevenção do suicídio: princípios e estratégias. In M. Günther, J. S. Bucher-Maluschke, & K. Hermanns (Eds.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp. 231-257). Fortaleza: UNIFOR.

Van Orden, K. A., Bamonti, P. M., King, D. A., & Duberstein, P. R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults?. *Aging & Mental Health*, 16 (7), 855-860.doi: 10.1080/13607863.2012.657156.

Van Orden, K., Smith, P. N., Chen, T., & Conwell, Y. (2016). A case controlled examination of the interpersonal theory of suicide in the second half of life. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 323-335.doi: 10.1080/13811118.2015.1025121.

Van Orden, K. A., Stone, D. M., Rowe, J., McIntosh, W. L., Podgorski, C., & Conwell, Y. (2013). The Senior Connection: Design and rationale of a randomized trial of peer companionship to reduce suicide risk in later life *Contemporary Clinical Trials*, 35 (1), 117-126. doi: 10.1016/j.cct.2013.03.003.

- Van Orden, K. A., Talbot, N., & King, D. (2012). Using the interpersonal theory of suicide to inform interpersonal psychotherapy with a suicidal older adult. *Clinical Case Studies, 11*(5), 333-347. doi: 10.1177/1534650112457710.
- Van Orden, K.A., Wiktorsson, S., Duberstein, P., Berg, A. I., Fässberg, M.M. & Waern, M. (2015). Reasons for attempted suicide in later life. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 23*(5), 536- 544.doi: 10.1016/j.jagp.2014.07.003.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), 575- 600. doi: [10.1037/a0018697](https://doi.org/10.1037/a0018697).

### **Apresentação do terceiro artigo**

O primeiro artigo apresentou o problema e o que tem sido feito sobre prevenção ao suicídio na população idosa brasileira. A revisão bibliográfica da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio do segundo artigo apontou para a relevância da teoria na compreensão do suicídio entre idosos. No entanto, todos os estudos foram realizados no contexto europeu e norte americano. Dessa forma, a testagem da teoria no contexto brasileiro se faz necessária.

Nas pesquisas dos artigos sobre suicídio de idoso, percebi que a maioria dos trabalhos tinham o foco na descrição epidemiológica do fenômeno. Mesmo os trabalhos que faziam autopsias psicossociais se restringiam a apresentar os principais fatores de risco, as vivências interpessoais e motivações para o suicídio dos idosos. Acredito que uma base teórica ajudaria na interpretação sobre os dados encontrados nas pesquisas, e a teoria interpessoal-psicológica do suicídio tem ideias capazes de ampliar a compreensão do comportamento suicida em idosos.

A sensação de fardo e frustração de pertencimento, os componentes cognitivos da teoria, são quase sempre testados em estudos quantitativos. Obviamente, é fundamental a análise quantitativa para o estabelecimento de uma teoria, no entanto, a aproximação qualitativa pode fornecer respostas sobre a vivência dos indivíduos em relação aos constructos da teoria. Nesse sentido, optou-se pela metodologia qualitativa por fornecer *insights* sobre a vivência de idosos e sobre a utilização clínica da teoria. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com perguntas disparadoras de temas que se aproximam dos constructos da teoria. Buscou-se analisar as vivências subjetivas de idosos em relação aos constructos da TIPS por via de estudos de caso.

**Envelhecimento, relações interpessoais e risco de suicídio: Uma aproximação a partir da teoria interpessoal-psicológica do suicídio**

**Resumo**

O presente artigo teve como objetivo analisar a vivência de idosos sobre os constructos da teoria interpessoal-psicológica do suicídio em suas relações interpessoais. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro idosas provenientes de grupos de terapia e de acolhimento. Os conteúdos da entrevista foram analisados e estruturados como estudos de caso, com o objetivo de descrever as vivências subjetivas dos idosos ao longo do curso de vida e identificar fatores relacionados a TIPS. A sensação de fardo esteve mais presente nos casos críticos. O pertencimento esteve associado ao agravamento dos quadros. Destaca-se a interação entre os constructos e a depressão. Novos estudos junto à idosos em risco são necessários para ampliar o conhecimento sobre a teoria e ideação suicida.

Palavras-chave: Relações Interpessoais; Suicídio; Idosos.

## Introdução

A apresentação da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio (TIPS) no segundo capítulo dessa dissertação buscou demonstrar a utilidade dos conceitos teóricos para a compreensão do risco de suicídio em idosos: a sensação de fardo, a frustração de pertencimento e a capacidade adquirida para o suicídio. Partindo-se desse ponto de vista, o presente artigo buscou compreender a vivência subjetiva de pessoas com mais de 55 anos sobre os constructos teóricos da TIPS.

A sensação de fardo caracteriza-se como uma cognição distorcida sobre si como um peso dentro das relações sociais, oriunda da autopercepção de si como falho e incapaz de cuidar de si e dos outros (Van Orden et al., 2010; Stellrech et al., 2006). Falas como “eu sou incapaz de cuidar de mim mesmo”, “eu causo um peso excessivo para os outros”, “os outros estariam melhor sem mim” são características desse constructo.

Frustração de pertencimento refere-se às necessidades psicológicas de Murray, que estabelece a necessidade de sentir-se pertencente a grupos sociais (Joiner, 2005). Dessa forma, sentir-se pertencente envolve ter relações sociais (não se sentir sozinho) e que essas relações cumpram alguns requisitos, como serem permeadas de sentimentos positivos e de mutuo cuidado (Ma, Batterham, Calear, & Han, 2016). Quando esses dois requisitos não são satisfatoriamente cumpridos, ocorre a frustração de pertencimento. Falas comuns a esse constructo são “eu me sinto só”, “ninguém se importa comigo”, “não tenho ninguém com quem possa contar”.

A capacidade adquirida para o suicídio está relacionada às características genéticas e comportamentais do indivíduo. De acordo com a teoria, experiências relacionadas à habituação de estímulos dolorosos e/ou que remetam à própria morte são capazes de diminuir o instinto básico de autopreservação (Van Orden et al., 2010). Além disso, a característica genética relacionada a maior resistência à dor também é fator

determinante para a capacidade adquirida para o suicídio (Joiner, 2005). Dessa forma, a capacidade adquirida para o suicídio diz respeito a maior propensão dos indivíduos a se engajarem em comportamentos de risco para o suicídio, porém o desejo de morrer não viria desse constructo (Van Orden, Smith, Chen, & Conwell, 2016). Nem todo indivíduo que quer se matar é capaz de realizar tal ato, e nem toda pessoa capaz de se matar quer se matar (Joiner, 2005). Vale ressaltar que o constructo da capacidade adquirida para o suicídio é relativamente constante e estático, havendo poucas possibilidades de ações que possam amenizá-lo (Joiner & Van Orden, 2008).

Além da TIPS, é relevante para a análise dos casos alguns outros conceitos relacionados às relações sociais. A rede de apoio é apontada na literatura como forte fator protetivo, por apresentarem um efeito “amortecedor” em relação aos estressores aos quais a pessoa é eventualmente exposta (Krause & Jay, 1991; Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010; Silveira, & Carvalho, 2011; Conwell, Van Orden, & Caine, 2011). Idosos em geral recebem menos suporte social quando expostos a altos níveis de estresse (Krause & Jay, 1991). Existem duas formas de suporte social: o suporte social que é realmente provido e o suporte que é percebido – quando a pessoa percebe efetivamente como fonte de apoio e cuidado (Harrison et al., 2010). A ausência de ambos são fortes indicadores do risco de suicídio, especialmente a falta de suporte social perceptível (Harrison et al., 2010; Antonucci, Ajrouch, & Birditt, 2013).

Estudos indicam que o suporte social promove maior bem-estar quando percebido como recíproco, sendo que dar suporte promove mais bem-estar do que receber – algo que se alinha com a TIPS (Holt-Lunstad et al., 2010; Antonucci et al., 2013). Vale ressaltar, como descrevem Harrison et al. (2010), que a qualidade do suporte oferecido é afetada pelo nível de dependência e independência do idoso em relação a sua rede de apoio.

Por fim, as interações negativas são um aspecto correlacionado com a TIPS relevante para as análises. As interações negativas são contatos sociais desagradáveis, caracterizados por conterem crítica, rejeição, competitividade, violação de privacidade e falta de reciprocidade, além de ajuda ineficaz e excesso de cuidados (Krause & Rook, 2003). É mais provável que uma pessoa experimente interações negativas em relações familiares do que em relações de amizade, por se tratarem de vínculos difíceis de serem cortados – o que explica o fato de idosos vivenciarem mais interações negativas (Krause & Rook, 2003). A dificuldade em romper com relações familiares permeadas por interações negativas faz com que esse convívio seja fonte de tensão crônica (Krause & Rook, 2003).

### **Método**

A fim de compreender as vivências de idosos em relação aos conceitos da TIPS, utilizou-se o método de entrevistas semiestruturada, com mulheres idosas (idades entre 60 e 74 anos) e uma mulher de 55 anos, incluída por seu relato conter elementos importantes para a análise sobre o processo de envelhecimento e risco. Os conteúdos da entrevista foram analisados e estruturados como estudos de caso, com o objetivo de descrever as vivências subjetivas dos idosos ao longo do curso de vida e identificar fatores relacionados a TIPS.

### **Participantes**

Os participantes foram selecionados por meio de convite de participação voluntária, distribuídos em grupos de psicoterapia ou de acolhimento em Brasília. Dessa forma, era necessário que os participantes estivessem em acompanhamento terapêutico ou participassem dos grupos de acolhimento (no estilo mútua ajuda), visando encontrar idosos que estivessem vivenciando dificuldades emocionais e estivessem amparados por profissionais de psicologia. No total, foram analisadas as entrevistas de quatro

participantes com idades entre 55 e 74 anos, provenientes de 3 grupos psicoterapêuticos e de acolhimento. Não houveram critérios de exclusão.

### **Instrumentos**

O convite de participação voluntária na pesquisa encontra-se em anexo (Anexo 1.1). Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1.2), autorizando a gravação das entrevistas e uso dos dados para o estudo em questão. O roteiro de entrevista semiestruturada composta por doze questões, visam abordar as relações dos idosos com a sua rede de apoio e autoimagem – buscando explorar a quantidade e qualidade das interações que o sujeito estabelece, além de pessoas significativas na vida do participante. Conta também com perguntas que incentivem o relato sobre experiência de crise suicida. O roteiro de entrevista encontra-se em anexo (Anexo 1.3).

### **Procedimento**

Os convites de participação voluntária foram distribuídos nos grupos terapêuticos, e os participantes manifestaram o desejo de participar por meio de e-mail ou telefone. Após o contato, agendou-se as entrevistas, que ocorreram nas salas do Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP-UnB). Na sala do CAEP, os participantes assinavam o TCLE e concordavam com a gravação das entrevistas antes do início da entrevista. Ao término da entrevista, o participante era convidado a falar sobre seus sentimentos após a entrevista e recebia informações sobre serviços de saúde mental dentro da rede de saúde do Distrito Federal que poderia buscar para complementar seu tratamento. O entrevistador se mantinha disponível para contato posterior por meio de telefonemas, a fim de garantir o bem-estar psicológico dos participantes. As entrevistas foram conduzidas por um psicólogo (primeiro autor desse artigo), e duraram entre uma

hora e meia e três horas. As entrevistas foram transcritas, analisadas e transformadas em estudos de caso.

## **Resultados**

Os casos apresentados estão estruturados de acordo com a cronologia de vida das idosas, seguidos de análises e conclusões sobre cada caso. O primeiro caso, no entanto, está dividido no que toca às temáticas proeminentes na narrativa, de modo a tornar mais fácil a compreensão das análises. Os nomes e dados que pudessem identificar o participante foram alterados sem prejuízos para as análises.

### **Caso 1 - Regina, 72 anos**

Regina tinha 72 anos no período da entrevista, reside em Brasília desde os 20 anos, oriunda de uma cidade de interior. Mudou-se para Brasília com o objetivo de estudar. Concluiu duas graduações na área de ciências humanas. Casou-se logo após o graduar-se com um homem bem mais velho que ela. Trabalhou como educadora, e se aposentou há cerca de 10 anos, passando a estar mais presente no lar. Após aposentar-se, Regina perdeu o marido, pai de seus filhos, em decorrência de uma doença degenerativa comum ao envelhecimento.

Tem dois filhos com mais de 30 anos, e apenas o mais novo mora com ela. Este se envolveu com drogas na adolescência e passou por reabilitação depois de adulto, quando pediu ajuda para a mãe. Regina mantém atualmente poucas relações com pessoas além da família. Após a morte de uma amiga próxima no ano anterior a entrevista, passou a estar mais reclusa e convivendo mais com sua família. Afirma já ter tido ideação suicida.

### **Família**

Regina afirma que ter um cônjuge, primeiramente, e uma família são essências para a sua identidade enquanto mulher:

*Eu acho que a mulher é, é, precisa ter família, gente. Sabe? Eu, eu sempre sonhei com a família. Sempre valorizei muito a companhia de um homem. Porque eu valorizava muito o meu pai, eu acho que por isso, sabe? Eu, então, eu acho que o homem é uma pessoa importantíssima na vida de uma mulher.*

A figura paterna parece refletida no ideal de relacionamento, o que leva Regina a relacionar-se com um homem mais velho e recém separado (o falecido marido). Regina afirma que o divórcio do ex-marido foi litigioso, acreditando que isso levou à destruição de uma família: “(...)essa destruição dessa família, agora eu entrei no meio disso, né?”. Presenciar essa separação, e os conflitos entre o marido e sua ex-esposa, levaram Regina a experimentar afetos intensos, como desespero. Deixa transparecer essa ansiedade até pela maneira confusa com que ela se expressa quando fala sobre esse episódio: “muito bom, um homem bom, honesto, destruiu, ambos se destruíram, e fui morar com ele, a filha veio, eu, então, tive momentos assim de intenso desespero.”

Estar inserida nesse conflito que gera, na concepção de Regina, a destruição de uma família, faz com que ela tenha pensamentos sobre pôr fim a própria vida, como forma de escapar do conflito em que se inseriu: “então, eu sentia pela família, (gaguejando) é, sofrimento com a gente, aí..... Me perdi. Aí, foi quando eu tinha todos esses conflitos, eu tinha vontade de... Acabar com a minha vida (sussurrando)”. Relata possuir tendência à depressão, essa explicação aparece como forma de racionalizar a ideação suicida passada. Recorre à explicação de que o pai possivelmente teve depressão: “é, mas, eu tenho tendências, parece que eu também tenho uma tendência à depressão. Sabe? Meu pai tinha depressão. Minha mãe brigava com ele. Depois, eu falei, falo com as minhas irmãs: será que o nosso pai tinha depressão?”

Não relatou, no entanto, ter recebido o diagnóstico de depressão e negou possuir ideação suicida atualmente. Apesar disso, em alguns trechos da entrevista deixa

transparecer que ocasionalmente se sente abatida, mas que não possui o direito de “*pensar coisa ruim*”:

*Eu me sinto feliz, eu, ah, mas de vez em quando eu caio, mas isso, eu me arrependo amargamente (de seu humor deprimido), eu não tenho esse direito! (...) tanta coisa ruim que já passou, e eu tô agora bem, não posso. (...) não posso ter direito de ficar triste, pensar coisa ruim.*

Afirma que o marido era uma pessoa boa, que lhe ensinou muito da vida, mas ao mesmo tempo afirma que o relacionamento era triste. Mesmo com conflitos, não deixou o marido, pois isso significava acabar com a sua família, assim como a outra família que ela presenciou o fim durante o divórcio. Além disso, esse homem representava uma figura de poder que a intimidava, à medida que poderia lhe afastar dos filhos, como já havia ocorrido com as filhas do casamento passado. Essa figura masculina igualmente afastou os filhos do restante da família, como afirma:

*Eu não deixava ele porque eu pensava assim, eu acho assim: ter um companheiro é a coisa mais importante da vida. (O marido era) muito mais forte que eu intelectualmente e mais dinheiro. Eu pensava que ele podia tomar meus filhos. (...) o meu marido, ele era meio genioso, então, ele afastou meus filhos da minha família materna, da minha família.*

Os conflitos que acompanham essa relação levam-na a se afastar do convívio familiar, dedicando-se ao trabalho de maneira aplicada. Dessa forma a família passa para o segundo plano: “*E os meus filhos, como eu tinha dois empregos, trabalhava à noite, não me lembro dos meus filhos crianças, nossa vida foi muito tumultuada.*” Esse afastamento, no entanto, trouxe culpa para Regina enquanto mãe, e afetou sua relação com o filho, que mais tarde passou a usar drogas:

*Muito apreensiva. Há muito tempo. Há muitos anos, desde que ele começou... Muito. Só quem passa por isso sabe, entende? Muito complicado. Muito. Mas é difícil. Mas, a gente. Cada pessoa tem sua vida, sua história, essa é a minha. Entendeu? (...) têm mães que sabem levar uma vida com mais firmeza quando tem um filho, depende da história, né.*

O pesar com que fala do passado e o afastamento de sua família como consequência de sua dedicação ao trabalho faz com que Regina tente atualmente compensar a falta de cuidado que acredita não ter dado aos filhos. Recentemente o filho mais novo separou-se e passou a morar com ela:

*(...)e, então, os meus filhos, eu sinto bem com eles, eu quero, sabe? É, resgatar, e eu tô muito feliz com os meus filhos. (Em relação ao filho recém separado) então eu tô muito feliz, tenho conversado com ele, pra ele refazer a vida, não logo, e... Essas coisas.*

Manter o filho por perto, de modo que ele refaça a vida, mas “*não logo*”, é uma forma de recuperar esse cuidado que acredita não ter dedicado anteriormente aos filhos. Uma forma de compensação ao dano que ela acredita ter causado ao filho, e que entende como fator que contribuiu para que ele se tornasse usuário de drogas. O cuidado que Regina não pôde dar no passado, enquanto dedicava-se ao trabalho, também é direcionado ao marido, que com o agravamento de sua doença degenerativa passa a necessitar de cuidados mais próximos. Cuidar desses familiares faz com que ela novamente se aproxime, e passe a dedicar seu tempo como aposentada para o cuidado familiar. Não só se dedica ao cuidado do marido e filhos, ela também se dedica para outras pessoas:

*(...)como ele (marido) teve a doença, quando ele ficou pior, tudo, aí eu me sentia útil dentro de casa pra cuidar, não cuidar dele, pra estar ao lado dele, tudo, né?*

*(...) aí quando ele faleceu, eu me senti assim: Fazer o quê? Eu não tenho. Eu não sou de tá limpando, essas coisas, entende? (...) depois que ele faleceu, é que eu fui me sentir, é assim, menos útil. O dia que eu sinto bem é quando faço algo de bem. Simples, viu? Não faço nada grandioso. Levo uma pessoa ali, vou buscar um resultado de exame ali. Sabe? É. Coisas simples, não faço nada.*

### **Aposentadoria**

Regina aposentou-se de maneira voluntária. O trabalho aparece na narrativa de Regina com parte dos conflitos atuais. Afirma que sua maior tristeza é o fato de não ser uma pessoa que auxilia nas tarefas de casa: *“uma das coisas tristes assim na minha vida, porque eu não fui...assim, dona de casa, sabe? De cuidar. Administro. Eu não sou de tá limpando, essas coisas, entende? Não é meu jeito, infelizmente. Limpo, mas não sou aquela (pessoa dedicada)”*. Enquanto afirma sentir-se triste por não ser “dona de casa”, Regina por outro lado dedicou-se intensamente ao trabalho. Ela afirma que seu valor estava atrelado ao trabalho, mais do que com o cuidado dos filhos. O resultado disso é culpa, acentuada pelo fato do filho mais novo ter se envolvido com drogas:

*(...)eu achava que meu valor todo estava ali, trabalhando, sabe? Mais do que em casa, mais que com os filhos, é. Eu com dois empregos. O de dia e à noite, ele (marido) trabalhando em cargo público, que era tudo pra ele, aquele Departamento. Olha a confusão que esses filhos foram criados. Acredita que ele entrou pras drogas? Adolescente! Inteligente, tal, tal, foi pras drogas. (Já adulto) ele falou: mãe, eu preciso de apoio, preciso, tô no fundo do poço.*

A aposentadoria significava a transição do trabalho para o cuidado dentro do ambiente familiar, lugar aonde não sentia que teria valor e poderia contribuir, o que traz

angústia. Essa angústia é aliviada por atividades relativas à rotina de trabalho, como forma de não se separar inteiramente desse ambiente

*Eu podia ter passado minha conta bancária pra aqui, perto de casa, né? Não, eu deixei o banco regional, uma maneira de continuar no vínculo. Você sabe que às vezes eu saía de carro na hora do almoço, ou na hora, assim, pra sentir que eu ia pro trabalho, que eu tava ali fazendo parte.*

### **Envelhecimento**

Relata sua maior dificuldade atualmente é aceitar as limitações físicas que a idade lhe impõe, especialmente a falta de energia para realizar as atividades de rotina:

*No meu processo de envelhecimento o que tá me deixando mais, é difícil de aceitar, é isso. Não envelhecer fisicamente, sabe? (...)é isso que me deixa mais triste é eu não fazer o que eu estava fazendo, como eu fazia antes. (...) envelhecer pra mim foi o seguinte: porque eu sempre fui muito ativa. É, e, assim, em alguns setores, muita ativa. (...) e, eu sempre tomei decisões nas minhas coisas.*

A perda progressiva da autonomia traz sofrimento, afeta sua autoestima e gera cobranças em relação a si mesma: “*Eu não me sinto bem, porque, muito bem em relação a mim mesma, porque eu cobro muito de mim, sabe? Tudo eu cobro de mim. Eu penso que eu podia fazer melhor. Sabe?*”. Essa cobrança gera sofrimento em Regina, que tenta compensar a sua falta de disposição. Com o avanço da idade, é provável que Regina sintasse ainda mais limitada, o que gera maior sofrimento e risco.

O envelhecimento naturalmente acarreta a diminuição da rede de suporte social de amigos. Quando questionada sobre suas relações de amizade, Regina relata ter sido impactada pelo recente falecimento de uma amiga muito próxima, o que tem lhe imposto dificuldade para se relacionar com os demais amigos, atualmente:

*É, agora aos amigos, eu não tô me dedicando muito a eles mais. Já dediquei muito, mas não estou mais. (...) porque o ano passado eu perdi uma amiga. Sabe, isso me deixou muito.... É... abalada. Uma pessoa que me, a gente trocava muito ideias, é, idas, vindas, eu aprendia muito com ela, sabe? E... é.... E, perdi essa amiga. E com os outros amigos assim eu, não é que, eu gosto, são pessoas importantes, já me dediquei muito a elas, mas não dedico muito às minhas amigas.*

O impacto do súbito adoecimento e morte da referida amiga a afeta de forma semelhante à morte do marido. Essas perdas relacionais a levam a se afastar de sua rede social mais próxima, como forma de evitar um novo sofrimento – ou possivelmente do seu próprio processo de envelhecimento e morte:

*Assim, eu não gosto de sair de casa pra passear, pra ir, assim, com aquela outra amiga que faleceu sim, eu sentia muito prazer, nós íamos assistir aos filmes bons e depois do filme a gente ficava passando assim horas sentadas, conversando, sobre a vida, sabe uma mulher inteligente, culta, é, assim muito honesta, sabe? Então eu gostava, sentia prazer em estar conversando com ela. (Depois do falecimento da amiga) fiquei meio apática, cansada, é. Abalada, não é abalada, mas, essa perda, sabe? Dessa minha amiga, uma pessoa super saudável, ia viver até cento e dez anos, ela dizia, né? (...) sou sem saúde, e é, embora eu tenha, mas ela super saudável, soube de repente, adoeceu, um mês faleceu. História meia triste.*

Outras mudanças de vida, próprias do processo de envelhecimento, também fizeram com que amigas próximas se afastassem. Tudo isso dificulta a manutenção dos vínculos de amizade, e possivelmente lhe remetem às lembranças da doença do marido:

*É, tenho duas amigas. Uma, éramos quatro na quadra. Uma já está com Alzheimer, a outra tá cuidando dos netos com muito afinco, e a outra tem seus oitenta e três*

*anos, nem sempre tá bem, então, eu acho que isso também, e eu sou assim também, a pessoa tem que me buscar, tem que falar: vamos sair! Tem que me chamar, sabe? E eu não tenho essa liberdade de dizer: vamos sair. Agora, a outra tinha, a que faleceu.*

Ao ser questionada sobre o que gostaria de mudar em relação as suas amizades, relata desejar ter mais contato com amigos e, quando questionada sobre o que a impedia de desenvolver essas relações responde:

*O que me impede? É que eu tô muito cansada, eu me sinto cansada. Eu gosto, eu estou... Há muito tempo, eu estou gostando de ficar em casa, sabe?*

### **Conclusão**

O caso de Regina apresenta os dois constructos de relevância para a TIPS. O pertencimento, nesse caso, está ligado à manutenção do lar e seu papel enquanto mãe. Observa-se no relato que o fato de não contribuir para a vida dos outros enquanto cuidadora do lar afetava a autoestima de Regina no período em que trabalhava. Assim, não cumprir o papel de cuidadora significava para ela tornar-se um peso, enquanto ela acredita que os outros “esperam” esse papel ativo. Ela então supre essa demanda através do comportamento obsessivo em cuidados com os filhos e dos poucos amigos que ainda mantêm algum contato. No entanto, como parte natural do envelhecimento, Regina passará cada vez mais a precisar de amparo dos outros em vez de fornecer cuidado. Enquanto a falta de cuidado para o outro for acompanhada de culpa, sua autoestima será afetada. Com isso, é fundamental o trabalho terapêutico direcionado para que aceitar ajuda seja visto como positivo.

Regina vivencia as relações interpessoais como fonte de apoio, baseando-se nelas para garantir o sentido atual de sua vida. No entanto, os conflitos relacionais do passado levaram-na a evitar o convívio familiar em determinado momento, o substituindo pelo

foco no trabalho, mesmo afirmando que a família é o ponto mais importante para a vida de uma mulher. Enquanto o trabalho exerce um papel fundamental para sentir-se valorizada na vida, ao se deparar com o fim dessa fase, tem de passar por uma resignificação das relações de cuidado familiar e de sua função para a vida dos outros – antes baseada na manutenção financeira através do trabalho.

Inicialmente, experimenta sentimento de culpa pelo período em que abdicou do empenho nas relações familiares para se dedicar ao trabalho. Encontra uma forma de aliviar essa culpa quando o marido adoece e passa a precisar de cuidados mais frequentes. Após a morte do marido, encontra no cuidado dos filhos, especialmente do filho que se envolveu com drogas, o seu lugar de pertencimento dentro da família. Observa-se como sua necessidade de sentir-se efetiva e útil, que era baseada no envolvimento com seu trabalho, se transfere para sua capacidade de cuidar do outro, dentro e fora de casa.

Ressente-se por não ter sido mais presente na vida dos filhos e ter se dedicado mais ao trabalho. Parece também responsabilizar-se pela dependência química do filho mais novo. Sentimentos esses que a levam a retomar o cuidado desse filho como forma de amenizar sua sensação de culpa. O exercício deste papel de cuidadora nessa relação tem a importante função de manter seu senso atual de eficácia (sentir-se ativa e efetiva) e importante na vida dos outros, o que é fundamental para não se sentir um fardo. No entanto, basear sua vida e rede de apoio a poucos vínculos predispõe Regina a enfrentar dificuldades caso tais relações sejam fragilizadas. Nesse sentido, é importante a ampliação e manutenção dos vínculos sociais saudáveis para Regina, promovendo qualidade de vida e saúde mental, nesse sentido.

A entrevista sugere que o relacionamento com o falecido marido e o fato de perceber-se como a causa do conflito entre ele e sua ex-esposa fez com que Regina pensasse sobre suicídio. Na perspectiva da TIPS, Regina sentia-se um fardo enquanto

sentia-se o “problema” que causou a desestruturação de uma família. Sentir-se um peso ou um problema é algo também experienciado na relação com o filho mais novo, de forma que ela igualmente se sente responsável pela drogadição do mesmo. Ter a chance de amenizar essa culpa parece ser o que a mantém afastada dos “pensamentos ruins” – possivelmente ideação suicida – atualmente.

Como previsto pela teoria, o movimento contrário ao sentir-se um peso ocorre por meio da manutenção da efetividade sobre o cuidado de si e do outro, aumentando a sensação de ser útil no caso de Regina. A capacidade de cuidar dos filhos e gerenciar o lar permite que ela se sinta ativa e importante para a vida de outras pessoas. Assim, sentir-se útil na relação com os outros é o que a motiva a se manter ativa e a resistir em momentos de tristeza, permitindo a manutenção de sua estabilidade mental.

O envelhecimento traz a diminuição da rede de apoio, especialmente no caso de Regina, que presencia o adoecimento e falecimento de pessoas próximas, o que representa um fator de risco importante entre idosos. O movimento de evitação de Regina afeta a manutenção dessa rede. Tais fatores contribuem para que pessoas idosas estejam mais propensas a se sentirem frustradas em relação ao pertencimento

### **Caso 2 - Luzia, 55 anos**

Luzia tinha 55 anos na época da entrevista. Nascida no interior do Nordeste, viveu a infância em uma fazenda. O casamento de seus pais foi arranjado pela avó materna, e dessa relação nasceram Luzia e um irmão mais velho. Perdeu o pai quando ainda era recém-nascida. Após a morte do pai, sua mãe se mudou com o irmão mais velho para a cidade, onde estabeleceu uma nova família e teve mais quatro filhos. Foi deixada para ser criada pela avó. Posteriormente viveu por quatro anos na casa da mãe para estudar, mas Luzia recorda que *“eu nunca fiquei assim, me sentindo que era minha casa e eu sempre*

*voltava pra casa da minha vó*”. Durante sua criação não teve um lar em que percebesse como um lugar ao qual pertencia:

*Eu fiquei sempre assim né, meio jogada no mundo né. Esse é um dos problemas, as vezes eu choro com essa parte. Porque assim... fiquei meio jogada, não tinha um lugar certo para ficar né? Ora eu estava com meus tios ora estava com minha vó e não me sentia acolhida em lugar nenhum, mas assim...eu cresci assim nesse meio.*

A falta de um lar percebido como acolhedor fez com que Luzia não criasse vínculos afetivos que lhe permitissem sentir-se pertencente dentro da família. A falta de pertencimento experimentado na infância agravou-se na adolescência. Nesse período, mudou-se para a capital do estado afim de estudar e entrar na faculdade. Passou a morar na casa de um tio, e nessa casa viveu como “*curica*” – prestando serviços domésticos em troca da sua estadia. A dificuldade em criar laços afetivos a levou a manter-se afastada emocionalmente das outras pessoas, o que gerou os primeiros sintomas de dificuldades emocionais ainda na adolescência:

*Acabou que foi ficando muito difícil pra mim relacionamento, essas coisas. E com 17 anos, depois de passar por muitos problemas familiares, eu comecei a me sentir mal. Desde então, eu não contava para as pessoas que eu me sentia muito, muito, muito mal... e muito angustiada, né?*

As dificuldades emocionais a influenciaram a consumir álcool e nicotina assim que entrou na faculdade. Sofreu de insônia durante esse período, buscando automedicar-se para dormir. Por volta dos 18 anos ocorreu uma superdosagem, que Luzia percebe como uma tentativa de descansar, ao passo que as outras pessoas lhe disseram na época que se tratava de uma tentativa de suicídio. Logo após esse episódio, recebeu o diagnóstico de depressão profunda, e chegou a iniciar o tratamento farmacológico, tendo

interrompido pouco tempo depois, como forma de demonstrar aos outros que estava bem: *“você sabe que quem está nesse estado termina dizendo assim pro outro ‘estou bem’. ‘Olha eu estou bem’, justamente para as pessoas não ficarem te olhando diferente, né?”*. A possibilidade de receber apoio é vivido de forma angustiante para Luzia, que não deseja se sentir um peso para os outros: *“não gostava de pedir nada pra ninguém, nunca gostei”*. Essa impossibilidade de aceitar ajuda perdura até os dias de hoje.

O diagnóstico foi um ponto crucial em sua vida, de forma que Luzia passa a carregar o estigma do transtorno mental, que afeta sua autoestima ainda mais. Como em outros momentos, não recebeu apoio de sua família para enfrentar essa nova condição. A família não se mostrou complacente com a situação de Luzia, que é estigmatizada pelos familiares: *“minha vó mesmo que me criou falava assim ‘na minha família não tem ninguém doido, né? Não tem ninguém doida na minha família’”*.

A falta de pertencimento nas relações familiares e a busca desse lugar em que se sinta acolhida levam Luzia a se manter em relações que não são saudáveis, como foi seu primeiro casamento, aos 20 anos de idade. Conheceu o primeiro ex-marido ainda na faculdade, e se casou antes de completar os estudos, indo morar juntos nessa época. Esse relacionamento foi abusivo, onde o marido mantinha comportamentos coercitivos e controladores, como impedir que Luzia fosse para a faculdade. Afirma que ele lhe fazia ameaças de morte constantes. Após as diversas ameaças de morte do primeiro marido, Luzia trancou a faculdade e mudou de estado. Mesmo com o relacionamento violento por parte do ex-marido, ela compreende que um dos fatores associados ao fracasso do relacionamento foi seu diagnóstico: *“(…) não deu certo por causa do meu jeito também. Eu acho que a pessoa não aguenta conviver muito com esse problema (o diagnóstico de depressão), né?”*. Ela se percebe dentro dessa relação como um peso que *“as pessoas não*

aguentam conviver muito” e se culpa pela violência vivida. Esse sentimento se repete em outras relações pessoais na vida de Luzia.

Fugindo dessa relação abusiva, veio para Brasília para morar na casa de um tio. Após conseguir um emprego no serviço público na cidade, tentou voltar aos estudos. As dificuldades em conciliar os estudos com o trabalho, bem como as dificuldades em conviver com os sintomas depressivos, levaram Luzia a desistir de vez da faculdade. Esse fato lhe causa muito pesar até hoje, e se soma a uma série de insucessos que teve na vida. A falta de apoio emocional dificultou que Luzia pudesse reelaborar os eventos que compreende como fracassos. Essa impossibilidade de ressignificar os insucessos afeta autoestima, na medida em que confirmam sua crença de ser incapaz de cumprir as próprias expectativas. Assim, não ter uma rede de apoio que pudesse “amortecer” o impacto dos insucessos levaram-na a descrença quanto a sua capacidade de alcançar seus objetivos: *“É assim, tudo pra mim foi muito difícil e tudo era um baque quando eu recebi...porque eu me esforçava muito e parece que tudo meu ia e não dava certo”*.

Aos 30 anos, casou-se novamente e esteve casada por mais de 20 anos. Dessa relação nasceram seus três filhos, que atualmente estão com mais de 20 anos. Encontrou nessa relação a possibilidade de pertencer à algum lar, mesmo que houvessem problemas dentro da relação. Relata que seu segundo marido não lhe ajudava nas tarefas domésticas e era emocionalmente displicente com Luzia. Esses fatos, no entanto, não a fizeram terminar o casamento, mas afetou seu modo de encarar o relacionamento: *“e aí eu comecei a não confiar mais nele porque ele não levantava pra nada, né? E fui levando o casamento assim, né?”*. Relata ter se sentido angustiada em diversos momentos pelo fato de seu companheiro não lhe ajudar a cuidar dos filhos e nas atividades de casa, como por exemplo, quando estava grávida e precisou cuidar do filho doente e cuidar das tarefas domésticas: *“eu não queria passar muito pra ele, né? Mas aquilo me deu um ódio tão*

*grande dele. Daquela situação, de eu estar grávida, passando mal, meu filho passando mal e ele não se mexer”.*

Um casamento ruim ainda é uma relação estável, de modo que o estabelecimento de uma família a colocou em um lugar em que se sentia pertencente. Nesse período, o marido se afastava do lar com a desculpa de viajar à negócios. No entanto, há dois anos descobriu que o ex-marido vinha lhe traindo haviam alguns anos. A separação é o conflito que mais aparece no discurso de Luzia, tendo afetado ainda mais sua capacidade de confiar nas pessoas, como afirma em seu relato: *“Isso é horrível, a pior coisa do mundo, que ele fez comigo não foi nem (trair)...se ele tivesse dito assim ‘eu vou sair’. Foi essa confiança que eu não tenho mais, entendeu?”*. A falta de confiança se justifica não só pela traição do marido, mas também pelo fato de diversas pessoas saberem da situação e não a terem lhe contado.

A separação faz com que o lugar que Luzia tanto buscara para se sentir pertencente desapareça. A sua rede de apoio atualmente limita-se aos filhos e poucos amigos, e ainda assim, recusa a ajuda dos outros, mesmo no momento crítico da separação. O histórico de Luzia mostra que receber ajuda nunca foi algo natural para ela, se considerado sempre um peso sobre as pessoas ao seu redor. A destituição de seu ambiente familiar mantenedor do sentimento de pertencimento, e a solidão afetiva agravada pelo fim do relacionamento estão no cerne da ideação suicida de Luzia:

*Aí a pessoa pensa e diz assim, você tem que se acostumar a viver sozinha. Eu digo eu não consigo, não consigo e não sei o que que eu faço. Eu sei que um momento da vida da gente vai ser, eu vou ter que ter esse momento só. Mas eu não consigo, eu não consigo. Isso dói muito. E aí o estar só vem os problemas também do marido, pensar o que ele fez. Aí vem os pensamentos ruins, toda da minha história, né? A minha história com ele, do que eu achava quem era ele, que eu sabia que não é a*

*pessoa que eu convivi, que era uma mentirosa, não é a pessoa que eu imaginei. Eu tinha uma imagem de uma pessoa e não é ela pra mim, né?*

Luzia buscou terapia só recentemente, por conta da separação. Relata que logo após o término, teve de cuidar de uma amiga que estava com câncer, e afirma que: *“durante 2016 eu até que não senti muito porque eu me senti bastante útil nessa ajuda”*. Ajudar é, para Luzia, sentir-se útil. Esse sentimento é responsável por afastá-la, mesmo que momentaneamente, das dificuldades que a separação lhe trouxera. Dar ajuda, mais do que receber, é fator de proteção em sua história.

As pessoas mais importantes na vida de Luzia são seus três filhos, que moram com ela atualmente. A relação de Luzia com os filhos não é conflituosa, porém, relata se sentir culpada pela situação atual deles. Acredita que tenham depressão, apesar de não terem recebido nenhum diagnóstico psiquiátrico. Atribui a si mesma a culpa pela “depressão” dos filhos, uma vez que ela mesma é portadora. Também relata sentir que os filhos não retribuem o esforço que teve para a criação dos mesmos, dizendo que *“ultimamente eu estou lascada e muitas vezes eu vejo meus filhos não agradecendo o que eu dei pra eles”*. Além disso, sente que os filhos deveriam ter alcançado melhores condições de vida, e o fato de não terem obtido sucesso é interpretado por ela como uma falha sua:

*Então se eu proporcionei tudo pra você hoje ser uma funcionária pública, trabalhar, ter sua renda ou já estar independente. Então eu me vejo como que eu tinha falhado nessa parte entendeu? Porque a outra parte (o ex-marido) diz que é culpa minha mesmo, porque eu dei boa vida*

A filha mais velha trancou a faculdade, assim como Luzia fizera. O filho do meio não estudou em universidade federal, no entanto, é o único que se formou. Atualmente

trabalha e ajuda financeiramente em casa. A filha mais nova tem sintomas depressivos e passa por dificuldades na faculdade. O fato de não terem alcançado o sucesso profissional que Luzia planejava para eles afeta a possibilidade de todos ajudarem financeiramente em casa. Luzia entende que os filhos são a sua fonte de ajuda mais próxima: *“Mas no momento eu estou precisando de ajuda de todos, dos filhos principalmente, né? Porque são as pessoas mais próximas. E eu acho que não ajudam suficiente, eles falam que ajudam, né?”*. Ainda que afirme precisar da ajuda de “todos”, busca esse apoio somente na relação com os filhos. Não só do ponto de vista financeiro, mas também emocional, projetando sua razão de viver nos filhos *“porque às vezes eu penso assim, se eu não tivesse filhos eu já teria me matado, porque a dor é grande, né?”*.

Assim como em sua convivência com sua amiga com câncer, ajudar os filhos a enfrentarem os problemas é fator de proteção para Luzia, o que a motivou a buscar tratamento psicoterápico, uma vez que afirma: *“eu vou procurar ajuda, se não estou conseguindo me ajudar, como eu vou ajudar meus filhos, né?”*. Ainda que possa ser compreendido como um elo fraco com a vida, uma vez que qualquer mudança nesses relacionamentos pode agravar o estado emocional crítico que Luzia vivencia, a ajuda que presta aos filhos é atualmente um fator de proteção.

### **Análise**

Luzia apresenta diversos fatores de risco para o suicídio, fato agravado pelo histórico familiar de parentes distantes que morreram por suicídio. Relata ideação suicida atual e recorrente, com algumas características de pensamento intrusivo, o que fica explícito quanto relata: *“Eu fico naquele momento(sozinha), aí começa a vir o pensamento, aquilo ali me prostra, eu tenho medo de me matar”*. Não se sente confortável com a possibilidade de ser ajudada, pois isso reforça a ideia de ser um peso para os outros:

*Acho que não adianta, porque eu conto pras pessoas que possam me ajudar, até mesmo, às vezes escutar. Porque tem algumas amigas que até enjoaram de tanto escutar. Às vezes eu passo um tempo sem ir lá porque eu sei que a lamuria tá grande e é cansativo, né?*

As experiências emocionais que teve desde cedo estão ligadas a percepção que Luzia tem de ser um peso para as outras pessoas. Sua mãe a deixou para ser criada pela avó, e sempre que era recebida na casa de parentes, tinha de “pagar” pela sua estadia com trabalho. Ser acolhida é, nesse sentido, precisar oferecer algo em troca para o outro. A vivência subjetiva das relações interpessoais a levam a fechar-se. Dessa forma, é difícil para ela aceitar receber ajuda de sua rede de apoio. O isolamento social potencializa o risco de suicídio de Luzia, uma vez que sozinha ela tem pensamentos intrusivos de autoextermínio.

Quando fala sobre a possibilidade de contar com a ajuda de amigos e familiares, relata sentir que “*não vou estar vivendo, vou estar atrapalhando alguém*”. Além disso, o convívio com as outras pessoas de sua rede é constantemente permeado por julgamentos e críticas, fato que contribui para que não se sinta pertencente e acolhida por essa rede. Quando conversa com outras pessoas sobre as dificuldades dos filhos em alcançar o sucesso profissional e sobre sua separação, Luzia relata:

*Quase todas as pessoas que eu conheço e falam desse jeito. Diz assim, você não devia ter feito isso (separação). (...)E diz que ele não queria nem sair de casa, ‘que tu que mandou, né?’ Como se dissesse assim, você que está errada. Eu digo gente, isso é muito ruim eu ficar ouvindo isso direto, entendeu? Digo, tá, eu posso ter feito errado, igual às vezes, eu tentei fazer o bem para os meus filhos e todo mundo fala assim, mas a errada foi tu...tu que é a errada.*

O relato de Luzia mostra que ela passou por diversas situações de insucesso, que foram encaradas por ela como fracassos. Esses fracassos são sentidos por ela como sendo um peso para os outros, na medida em que ela não é capaz de cumprir as expectativas e acaba por “causar” mal para as outras pessoas. Tal crença agrava o sentimento de desvalia e o seu desejo de morrer. Culpa é um fator frequentemente atrelado ao fracasso por Luzia. Sente-se culpada pela situação dos filhos, que julga como fracasso. Culpa-se até mesmo por tê-los tido enquanto pessoa portadora de uma condição psiquiátrica, uma vez que acredita ter passado essa condição para os filhos *“até isso eu me culpo, por causa da minha doença, porque eu não consegui ficar tranquila, essas coisas todas. Tem hora que eu digo assim, meu Deus porque eu tive filho, né? Porque eu sabendo quem eu era”*. Assim, a família que constituiu, enquanto lugar que a permitisse se sentir pertencente, é ambiente gerador de angústia, como relata: *“Eu olhar pra minhas filhas que nasceram perfeitas e de repente estão parecendo um botijão de gorda, né? Isso me faz mal(...)O outro do meu filho, a... ele foi pra maconha. Isso me afeta”*.

No entanto, o cuidado com os filhos lhe mantém focada na recuperação de seu estado mental e conseqüentemente na vida, como afirma *“eu vou procurar ajuda, se não estou conseguindo me ajudar, como eu vou ajudar meus filhos, né?”*. A relação com os filhos a mantém motivada enquanto projeta neles o sucesso que acredita não ter tido, além de compensar o apoio que ela não recebeu na infância. Percebe-se, dessa maneira, que o pertencimento atua como fator de proteção ao suicídio para Luzia, quando relata: *“se eu não tivesse filhos eu já teria me matado, porque a dor é grande, né? Então, na maioria das vezes eu penso assim”*. Ressalta-se que esse elo é frágil por basear-se na expectativa sobre os outros. Qualquer insucesso dos filhos será percebido como seu insucesso, e pode, conseqüentemente, agravar seu estado já crítico de culpa e sensação de fardo.

O diagnóstico de depressão tem peso importante na história de Luzia, pois ela acredita que esse transtorno faz dela uma pessoa de difícil convivência, uma vez que manifesta comportamentos agressivos e tem sentimentos de extrema tristeza com a vida. Tudo isso a leva a perceber que sua doença afeta tanto a si mesma quanto às outras pessoas. A depressão faz com que se sinta um fardo e torna mais difícil que Luzia aceite ajuda, que acaba por preferir oferecer ajuda a receber. A depressão é, nessa perspectiva, indicador de risco não só pelas oscilações de humor em si, mas pela forma que afeta a sua percepção sobre si e seu papel na vida dos outros. Dessa forma, sente-se um peso por não ser capaz de estar bem para desempenhar suas atividades. Acredita que a doença foi fator importante para o insucesso de ambos os casamentos que teve, como afirma:

*Que é um problema, se você ver assim, que você vai viver eternamente, quem está do seu lado tem que saber. Uma hora e vou estar bem outra hora eu estou mal, né? Não eu, que...isso é bom nem pra mim, imagina para outra pessoa, né?*

O diagnóstico de depressão a leva a se martirizar como culpada pelo fim das relações, especialmente o casamento com o pai de seus filhos. O fato de o segundo marido ter mantido uma relação extraconjugal duradoura, é entendido como resultado do convívio e das cobranças que fazia: “e eu não fiquei satisfeita com o que eu tinha, então eu comecei a cobrar, ao invés dele melhorar, ele fez foi se afastar mais, né? Mas aí eu fui levando”.

O convívio com a depressão dificulta que ela possa desempenhar as atividades do dia-a-dia de maneira satisfatória, o que resulta em sensação de fardo. No entanto, ser capaz de ajudar alguém lhe permite sentir-se útil e diminui a sensação de ser um peso. É mais importante para ela oferecer apoio do que estar na condição de quem recebe ajuda: “então a gente ajuda quando está precisando de ajuda. Esse é um tempo que você precisa de ajuda que você tem que aceitar a ajuda de outras pessoas, (...)pra mim é difícil aceitar

*a ajuda das pessoas, entendeu?*”. A possibilidade de ajudar é, nesse sentido, uma via pela qual o trabalho terapêutico com Luzia poderia conduzir à amenização da sensação de fardo e risco de suicídio.

### **Conclusão**

Percebe-se ao longo do relato, elementos que compõem os constructos da TIPS e o risco de suicídio. A frustração de pertencimento e a sensação de fardo são capazes de explicar a ideação suicida atual de Luzia. Os eventos de vida relatados na entrevista se somam à crença de que Luzia é um peso aos demais. A depressão confirma, para Luzia, a ideia de ser incapaz de cuidar de si e dos outros, o que a leva a se perceber falhando enquanto estudante, mãe e esposa. O resultado é culpa por não ser capaz de cumprir as expectativas sobre si e dos outros. A cadeia de eventos se soma até culminar na grave situação atual de ideação suicida. Dessa forma, a entrevista fornece informações heurísticas para se pensar o risco de suicídio em pessoas no processo de envelhecimento como parte de um processo cumulativo de vivências frustrantes e provocadoras de sensação de fardo ao longo da vida, culminando na ideação de morte e risco de suicídio aumentados na terceira idade.

Conviver com sintomas depressivos e ideação frequente por anos expõe os indivíduos à dessensibilização do medo de morrer, fator relevante para o risco de suicídio segundo a TIPS. Luzia se refere constantemente aos sintomas depressivos como uma “dor”. A exposição prolongada à dor aumenta as chances de a pessoa passar da ideação suicida para uma tentativa, o que implica em risco de suicídio aumentado.

O que mantém Luzia longe de uma tentativa é, segundo a mesma, a relação com os filhos. Não por essa relação ser necessariamente permeada por sentimentos mútuos de afeto, mas por ela perceber seus filhos como única fonte de pertencimento. Poder dar

suporte aos filhos também é, no caso, fator de proteção, uma vez que reafirma à Luzia sua capacidade de ser útil e eficaz no cuidado de outras pessoas. Porém, depender apenas da relação com os filhos fragilizam Luzia, uma vez que qualquer oscilação nessas relações implicaria em frustração de pertencimento. Assim, não é suficiente possuir relações que forneçam sentimento de pertencimento, é imprescindível para a prevenção do risco de suicídio que o indivíduo tenha um número considerável de relações que possam satisfazer essa necessidade. Tal fato provoca a reflexão sobre a possibilidade de medidas de proteção ao suicídio, onde Luzia seja estimulada a perceber sua capacidade de cuidado e eficácia na vida dos outros, bem como mudar sua percepção e estimular que ela tenha novas relações que possam fazê-la sentir-se pertencente, amenizando as cognições de desvalia.

O caso fornece *insights* sobre como a depressão interage com os conceitos da TIPS, a forma como a frustração de pertencimento e fardo, enquanto cognições disfuncionais, podem ser precursores para desencadear depressão, ou como a depressão pode provocar o surgimento e agravamento de tais cognições. A sensação de fardo leva os indivíduos a se sentirem culpados e provoca ódio autodirigido, sentimentos similares aos experimentados durante a depressão. A frustração de pertencimento faz com que a pessoa se sinta sozinha e desamparada, algo similar à vivência de quadros depressivos. No caso em questão, a necessidade de pertencimento foi afetada por experiências traumáticas na infância, que estão na raiz do quadro depressivo atual de Luzia. Não se sentindo pertencente aos grupos relacionais dos quais faz parte, vivência dificuldades de aceitar ajuda dessa rede de apoio, o que ocasiona sentir solidão. Os objetivos frustrados são vivenciados por Luzia como fracasso, e levam-na a se sentir culpada e um peso para os demais.

Não há uma resposta definitiva sobre o caráter patogênico que os conceitos da TIPS têm sobre a depressão. Sentir-se um fardo seria um sintoma depressivo ou cognição disfuncional que desencadeiam o processo da depressão? O que há de conhecimento teórico até o momento permite apenas afirmar que ambas as condições se somam para a gravidade do risco de suicídio.

### **Caso 3 - Glória, 64 anos.**

Glória nasceu no Mato Grosso do Sul, tinha 64 anos na época da entrevista. Servidora pública aposentada, atualmente mora em uma cidade do interior junto ao marido, que ocupa cargo político na cidade. Cresceu e viveu a vida toda em Brasília, tendo se mudado da cidade há cerca de 10 anos. Foi criada pelos pais e tinha três irmãos, tendo perdido um irmão mais novo falecido quando ainda era criança. Seu pai era militar, e segundo ela muito rígido e exigente com os filhos. Glória afirma ter tido conflitos com o mesmo, mas dentro do que julga serem conflitos normais de família. A mãe, por outro lado, sempre foi calma e *“nunca contrariava os filhos”*. Relata que seus pais utilizavam o diálogo e não a violência para educar os filhos: *“o meu pai e minha mãe interferiam às vezes, mas nunca assim, não batiam, era mais de conversar mesmo, de falar as coisas né? E de orientar a gente, né?”*.

Desde os 18 anos é concursada, e sempre foi incentivada pela família a buscar uma boa condição financeira, tendo completado os estudos superiores e de pós-graduação. Acredita ter uma boa estrutura psicológica para encarar adversidades, mas atribuí a situação financeira como fator primordial para essa capacidade de enfrentamento: *“então eu sinto assim, que eu tenho uma estrutura psicológica e financeira e de saúde que me dá uma boa, uma boa solidez eu penso, né? É claro que a gente... sente muita coisa né?”*

Aos 19 anos se casou com o primeiro marido, com quem teve dois filhos, que atualmente estão com mais de 40 anos. Saiu de casa assim que se casou, e viveu com esse marido até o momento em que o mesmo começou a ter surtos esquizofrênicos. Relata que esse foi o período mais crítico de sua vida, pois seu cônjuge teve de passar por diversas internações, que abalaram o casamento e fez com que nunca mais fosse o mesmo: *“foi o momento mais crítico pra mim, é, a questão da esquizofrenia dele né, porque a pessoa vira outra pessoa né, com a doença, então isso aí, e eu ter ficado só com as crianças, e ter que enfrentar isso, apesar da minha família me apoiar”*. Ter a responsabilidade de criar os filhos e reestabelecer a estabilidade financeira foi uma situação difícil de enfrentar. A consciência de que os vínculos familiares fortes poderiam ajudar Glória tornaram esse momento menos crítico e a ajudaram a reconstruir sua vida, como afirma na entrevista. Nessa época também começou a fazer psicanálise para ajudá-la a enfrentar esse momento de crise.

Reestruturada após o término do primeiro casamento, viveu até os 30 anos como mãe solteira. Após se reestabelecer financeiramente, decidiu casar-se novamente, afirmando *“que acho que eu demorei um pouco pra decidir isso de novo, né?”*, possivelmente por receio de enfrentar novamente a situação difícil que foi o primeiro casamento. Casou-se então pela segunda vez, em um matrimônio que dura até hoje. O atual marido possui uma filha de outro casamento, que tem três filhos os quais Glória considera seus netos também. Além disso, o filho mais velho de Glória tem um filho. Seu neto de sangue na época da entrevista estava internado após uma tentativa de suicídio, o que trouxe Glória para Brasília e para o grupo de apoio. Questionada sobre esse momento crítico, disse sentir-se impactada pelo ocorrido e ter medo de perder o neto, mas pôde contar com a ajuda de familiares e amigos, além de ter buscado a ajuda de sua psicóloga

para enfrentar esse momento. Essa ajuda em uma situação crítica dá indícios de uma rede de apoio que oferece suporte emocional adequado.

Em relação a sua trajetória de vida, relata sentir-se realizada, e segue mantendo uma vida ativa. Trabalhou até os 62 anos, temia se aposentar e perder a estabilidade financeira que havia alcançado. Procurou ajuda profissional para enfrentar esse momento: *“Mas aí eu consegui, eu tomei homeopatia, e a homeopatia eu acho interessante, porque ela parece que, não sei se trabalha ou se é coincidência, num nível que parece que você consegue resolver esses conflitos”*. Relata estar se adaptando à vida de aposentada, uma vez que Glória acredita que *“a fase de aposentadoria é um pouco, é solitária né? Você desfaz vários vínculos, né? Você tem que reelaborar esses vínculos, né?”*. Após a aposentadoria, Glória procurou se reinserir em ambientes em que pudesse criar vínculos. Passou a praticar atividades físicas regulares, além de estar realizando trabalho voluntário em sua cidade. Diz ter interesse em voltar a estudar, fazer outro curso de graduação no futuro.

Quando perguntada sobre sua rede de apoio, citou pelo menos dez amigos pelo nome e a circunstância em que os conheceu. Seus amigos estão espalhados pela cidade em que vive e Brasília, e ainda mantêm contato constante com a maioria. Diz ser uma pessoa bastante procurada por amigos e familiares para ouvir e dar conselhos, além de sua autonomia financeira lhe possibilitar ajudar as pessoas com dinheiro também. Conta que em momentos de dificuldade procura ajuda de profissionais de saúde, como psicólogo. Acredita haver um limite entre o que pode conversar com seus amigos e familiares. Relata já ter feito psicanálise em mais de um momento, tendo ao total cerca de 6 anos de análise.

Questionada sobre ideação suicida, relata nunca ter tido tais pensamentos, mas em certa ocasião teve constante sensação de que iria morrer. Conta que quando seu marido

se reeleger, começou a sentir que morreria. Atribui essa sensação ao cansaço e desgaste emocional que a vida política do marido acarreta para a família. Nota-se que, mesmo convivendo com essa sensação e interpretando esse sentimento com base em sua crença religiosa no espiritismo, Glória procurou ajuda profissional para amenizar seu estado emocional:

*Não que eu quisesse morrer, então assim... 'eu acho que eu já vou morrer', não sei porque passou isso na minha cabeça (rindo), 'eu acho que eu vou morrer, não vou ficar mais tempo aqui na terra não'. Aí como a gente é espírita, né, embora já há muito tempo que eu não mexo com espiritismo, então eu falava assim 'não, eu acho que eu vou morrer, eu vou passar, cabou, cabou minha vida'. Mas eu não, aí depois passou isso, eu fiz um tratamento homeopático, aliás eu fui até numa psiquiatra.*

### **Análise**

Glória possui fatores de proteção importantes em sua vida, o que a leva a ver o processo de envelhecimento de maneira saudável. O envelhecimento saudável proporciona à Glória o sentimento de possuir uma vida ativa e de se sentir útil: *“E daí eu me sinto bastante realizada, que eu acho que eu ainda posso, eu gosto muito de estudar e de ler, então eu acho que eu tenho assim ainda uma, uma capacidade pra trabalhar se eu quisesse ainda trabalhar, né?”*. Busca manter uma vida ativa com exercícios físicos e hobbies como pintura e leitura. Mantém atividades que estimulam o contato e vínculo com outras pessoas, e encontra no trabalho voluntário uma forma de manter-se contribuindo ativamente para a sociedade: *“então eu trabalho em um projeto social (...) então aí, foram os dois momentos difíceis foram esses, né, e... esse refazer os vínculos todos né, de quando você aposenta, né”*.

A rede de apoio de Glória é fator imprescindível para sua qualidade de vida. Ressalta-se a forma como as pessoas a percebem enquanto fonte de apoio financeiro e emocional. Esse papel importante que acredita ter na vida das pessoas é fundamental para que continue sentindo-se útil para amigos e parentes. Interpreta-se esse sentimento como pertencimento, que nesse sentido se manifesta como fator promotor de saúde mental para Glória. As pessoas a procuram para conselhos sobre diversos assuntos, o que reforça sentimento de utilidade e de que é uma pessoa importante na vida dos outros enquanto referência de sabedoria e experiência de vida:

*Agora, eu também dou muito suporte assim de conversar, de conversar, de orientar, as pessoas me ligam às vezes, as minhas netas vão lá em casa pra saber se ela deve namorar um rapaz lá. (...)aí, eu tenho assim muito essa coisa de informação, de dar apoio às pessoas, e também de conversar. As pessoas ligam pra conversar, pra bater papo, falar das coisas delas, então eu acho que eu apoio muito nesse aspecto né, financeiro, com mais cuidado, e o emocional, me procuram muito pra pedir opinião.*

Nota-se na narrativa de Glória que a estabilidade financeira é fator determinante para o seu bem-estar e enfrentamento das dificuldades. É possível afirmar que sua independência financeira é fator de proteção. Os dois momentos mais críticos que cita – a separação do primeiro marido e aposentadoria –, tem relação com a situação financeira que poderia ser abalada:

*Porque eu perdi meu companheiro, né, pela doença, eu tinha medo de... eu fiquei com uma instabilidade, eu não queria perder uma renda, sabe? Como se eu saísse do mercado de trabalho e de repente eu falei assim, como se essa renda fosse desaparecer, de repente ela pudesse diminuir, desaparecer, e eu ter que enfrentar*

*de novo aquela situação da busca da renda e da estabilidade econômica que eu acho que é uma das coisas bastante difíceis, né?*

Relata ter uma “*solidez*” psicológica que lhe permite enfrentar as situações adversas, até mesmo o fato de o neto ter tentado suicídio. Chama a atenção como a rede de apoio forte envolve também profissionais de saúde, já que Glória prefere buscar ajuda profissional quando tem problemas. Reconhece que os amigos e familiares podem lhe ouvir, mas prefere buscar apoio na sua psicóloga, por sentir que pode se aprofundar nas questões que lhe afligem. Atribui-se a isso os anos em que esteve em análise, que possibilitaram a Glória desenvolver *insights* relevantes sobre o processo de enfrentamento das adversidades: “*olha, eu prefiro contar com o psicólogo, sabe? Porque às vezes, por exemplo, meus filhos né, levar pra eles assim determinadas coisas são mais difíceis de levar, o nível assim mais profundo, né?*”. Sempre que passa por momentos de dificuldade busca algum profissional que possa lhe ajudar, como o homeopata quando estava aflita pela aposentadoria e a psiquiatra quando lhe vinha os pensamentos de morte. Ressalta-se, dessa forma, a importância do acompanhamento profissional como parte da rede de apoio.

### **Conclusão**

A entrevista leva à reflexão sobre aspectos ligados à qualidade de vida na terceira idade. A aposentadoria aparece na narrativa como um dos momentos de maior dificuldade na vida de Glória, encarado como o momento de mudanças impactantes, com a perda do *status* financeiro e de vínculos. Percebe-se que a entrevistada buscou se inserir em atividades que estimulassem tanto a manutenção de vínculos quanto o papel social de sentir-se contribuindo às pessoas. Aposentar-se exige do idoso ressignificar seus papéis sociais, e auxiliá-los nesse momento é uma forma de promover qualidade de vida. Obviamente o caso em questão exemplifica apenas uma parte da população que envelhece

e mantem-se ativa, de forma que Glória tem a possibilidade de desempenhar outras atividades laborais, o que nem sempre é possível para outros idosos por questões de saúde.

Glória foi a única das entrevistadas a citar mais de cinco amigos e relatar o nível de contato que tem com os amigos. Não por acaso, também é a pessoa que relata melhor qualidade de vida. Sentir-se importante para as pessoas é, dentro da TIPS, fundamental para a autoestima e o caso retrata isso. Ao relatar que as pessoas lhe percebem como fonte de sabedoria e apoio – algo que reforça seu papel de relevância na vida de outras pessoas – lhe faz se sentir num lugar privilegiado na relação com aqueles que são importantes em sua vida. Percebe-se como as relações de Glória são permeadas por sentimentos positivos que reforçam sua autoestima, algo importante para que o indivíduo, e especialmente o idoso, não vivencie a frustração de pertencimento e a sensação de fardo – quando tem papel fundamental dentro da sua rede de apoio.

Pontua-se a importância de Glória ter tido acompanhamento de diferentes profissionais em momentos de dificuldade na vida, o que lhe possibilitou maior desenvoltura frente aos problemas e estresses diários. Isso aponta como o auxílio de profissionais de saúde é fundamental para o envelhecimento com qualidade e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. Glória até mesmo prefere a ajuda profissional que a dos amigos em momentos de dificuldade, talvez por entender que problemas difíceis demandam auxílio profissional específico. A possibilidade de contar com tais auxílios está diretamente relacionado ao fato de Glória ter estabilidade financeira, o que nem sempre é a realidade para a boa parte da população que envelhece.

Sentir-se útil para os outros é, de certa maneira, perceber-se como capaz de cuidar de si mesma, mesmo quando se cuidar significa buscar ajuda profissional. Cuidar de si engloba também saber a hora de buscar ajuda. A abertura para reconhecer os momentos em que o indivíduo precisará de ajuda é influenciado pela sensação de fardo, no sentido

de que precisar de ajuda profissional pode ser vivenciado subjetivamente como ser um peso e afetar a autoestima. No caso de Glória, buscar ajuda profissional é algo natural, já que ela se sente capaz de retribuir à ajuda que recebe em outras relações e conseqüentemente não se sente um fardo. Esses são aspectos importantes para o estado atual de Glória, porém, o avanço da idade exige que busque e aceite cada vez mais auxílio de outras pessoas, além de ter de se adaptar ao fato de que não conseguirá ser tão disponível para oferecer ajuda. Tais mudanças podem afetar a sua autoestima, uma vez que agora ocupa um lugar privilegiado de figura cuidadora e fundamental na vida das pessoas próximas. Sair do lugar de quem fornece para o de quem recebe cuidado pode fragilizar vínculos e a própria percepção sobre si mesma, ocasionando a sensação de que a pessoa se tornou um fardo. Ações terapêuticas preventivas, nesse sentido, podem ajudar Glória a colocar-se nesse lugar de receber apoio, mais do que fornecer, de maneira a diminuir os impactos na autoestima.

#### **Caso 4 - Vilma, 61 anos.**

Vilma tinha 61 anos na época da entrevista. Nascida no interior do Nordeste, mora em Brasília há 30 anos. Seu pai era viúvo quando se casou com sua mãe, e tinha alguns filhos do antigo casamento que foram deixados para viver com parentes distantes. Relata que: *“não tive relação de irmãos, porque eles eram bem mais velhos(...)eu me sinto filha única, eu me sentia filha única”*. Vilma acredita que a mãe não gostava do casamento: *“eu tinha aquela sensação assim, de que minha mãe não gostava do meu pai, meu pai gostava dela”*. A mãe se manteve casada por questões culturais da época, em que o divórcio não era comum. Além disso, dependia financeiramente do marido. As questões financeiras ficaram marcadas para Vilma: *“ela tinha uma coisa que até me ajudou nesse momento aí, que ela dizia assim que o melhor marido era um bom emprego”*.

O casamento de sua mãe ocorreu tardiamente para os padrões da época, se casou e engravidou por volta dos 40 anos. Vilma acredita que esse casamento foi imposto à mãe, na medida em que ela seria a única da família a não se casar. Vilma crê que a mãe não gostava dela, e por isso relata ter dificuldades com essa relação: *“muito dessa cobrança comigo mesma, eu achava assim, que, eu tinha uma sensação de que ela não gostava de mim. Porque ela dizia que eu era parecida com meu pai, tinha umas coisas assim, né?(...)Eu pareço com meu pai, então ela não gosta de mim, porque sou parecida com meu pai e ela não gosta dele”*.

Descreve seu pai como carinhoso e calado. O pai era alcoolista, mas não apresentava comportamentos agressivos. Vivia uma relação mais afetuosa com o pai, preferindo-o à mãe. Essa preferência gerava culpa em Vilma: *“A relação com ele eu achava mais fácil do que com ela. Eu me sinto muito culpada por isso, porque eu achava que era ruim fazer isso”*. Vilma descreve a mãe como rígida e autoritária, era a pessoa que tomava as decisões da casa. Relata que a relação com a mãe era conflituosa por conta do seu jeito teimoso: *“Minha mãe falava que eu era teimosa. ‘Aquela teimosa’, e olha que eu apanhava, ela me batia”*.

Aos 10 anos Vilma foi enviada, por determinação da mãe, para a casa de um tio para continuar o ensino fundamental. Viveu quatro anos nessa casa. Logo após terminar a oitava série, mudou-se para a capital do estado, onde morou na casa de parentes. O intuito era continuar os estudos. Desde criança relata sonhar em estudar, afirmando: *“Assim eu gosto, eu acho. Eu me sinto bem quando estou fazendo isso”*.

No ensino médio, começou a se relacionar com seu primeiro marido. Casaram-se após terminarem o ensino médio, motivados principalmente pela necessidade de morarem sozinhos – uma vez que Vilma ainda morava na casa de parentes. Desse relacionamento nasceram seus quatro filhos, todos atualmente com mais de 40 anos. A relação conjugal

foi permeada por abusos físicos e psicológicos. Desde o início da relação, Vilma havia deixado claro a sua intenção de seguir com os estudos e não ter filhos, ao menos naquele momento. O marido, no entanto, a pressionou para construírem uma família, como uma forma de mantê-la dentro de casa:

*E tive filho até né... numa pressão, eu até queria construir uma família normal, mas não naquele momento, e aí eu acabei tendo filho. Com seis meses eu engravidei, né (...) e eu tendo filho, eu tendo filho, porque um dos objetivos era me encher de filhos.*

Afirma que após se casar, descobriu que o marido era alcoolista e violento, tendo vivenciado diversas situações de agressão. Conta que no período em que esteve casada, o então marido não a deixava trabalhar fora de casa. Relata recorrentes situações em que o marido a chantageava e a agredia:

*'Ou eu ou o emprego', aí tudo que ele fazia, me batia, quebrava as coisas, aí enfim. Aí ele dizia que era porque eu trabalhava, 'porque eu perco a cabeça, porque né, se você largar esse emprego, a vida da gente vai ser diferente, porque eu quero que você fique em casa, cuidando das crianças, eu trabalho, não sei o que'. E enfim foi piorando, piorando.*

Vilma então, temia por sua vida e decidiu se mudar. Encontrou um padre, amigo de uma prima que era freira, e ambos se dispuseram a ajudá-la a sair dessa situação de violência. Ambos organizaram para que Vilma e os filhos viessem para Brasília, viver provisoriamente em um convento. Vilma vem “fugida” da cidade em que morava, sem ter avisado nenhum familiar próximo, com medo de que o ex-marido a encontrasse: “Como é uma situação de violência, eu fiquei fugindo muito tempo, assim ninguém podia saber onde eu estava. Quem ficou sabendo na época, foi tipo assim cinco pessoas”.

Cortou relações até mesmo com o pai, alguém que era significativo em sua vida. O pai veio a falecer sem ter tido notícias novamente de Vilma. Tal fato lhe traz pesar: *“Então eu vim saber que ele (pai) morreu três meses depois que ele tinha morrido. Eu senti muito e ainda sinto muita saudade dele, eu gosto dele, sabe assim”*.

Morava na cidade havia apenas um ano quando conseguiu estabelecer-se financeiramente e sair de sua residência provisória no convento. Nessa mesma época conseguiu ser aprovada no vestibular. Formou-se em duas graduações, tendo trabalhado nas áreas de formação, o que lhe permitiu estabilidade financeira. Atualmente é servidora pública aposentada.

Durante a graduação, conheceu o seu segundo marido. Casaram-se quando tinha 24 anos, e se separou após 16 anos de relação. Relata que o então companheiro era mais jovem e entrava em conflito com seus filhos, o que se agravou quando eles entraram na adolescência. As dificuldades com o relacionamento entre seu marido e os filhos, em especial a percepção que Vilma tinha de que o marido fazia questão de coloca-la contra os filhos, a levaram a terminar a relação:

*Quando teve esse choque com eles, estragou demais a minha relação com os meninos, porque ele ficava colocando pilha pra gente brigar. Dizendo essa coisa né? Que quando eles tivessem dezoito anos tinham que pular fora, que queria ficar só comigo.*

O término do segundo casamento leva Vilma a se fechar para novas relações, motivada pela dor que a separação lhe causará. Relata ter tido outros relacionamentos depois dessa segunda separação, mas não chegaram a ir para a frente. Diz se sentir bem sozinha, apesar de sentir falta de um companheiro: *“Me sinto só, mas eu tenho um nível de exigência, que inclusive dificulta muito, né? (...) eu digo caramba, eu acho que, está*

*pra assim. E eu fico bem sozinha, não fico desesperada, né? ”. A narrativa de Vilma conta com passagens em que ela busca se afirmar independente dentro das relações. Desde a infância afirmava “pensar por mim mesma” e não aceitar as ideias prontas na relação com os pais. Acredita que sua personalidade independente seja um dos motivos para estar solteira atualmente:*

*Talvez eu tenha a sensação de que eu sempre tivesse que me cuidar, né? Eu mesma cuidar de mim e, e aí, talvez eu tenha até mantido relações assim, né? Que ajudaram a esse desfecho de estar com 60 anos, divorciada, né? (...) não sei se eu trabalhei essa carência, dentro dessa coisa que eu penso de independência. Mas eu fico bem, não me relaciono só pra relacionar.*

Vive atualmente sozinha, e conta com três filhos que ainda moram em Brasília. A relação com os filhos não é boa, segundo afirma. Vilma deixa transparecer nos relatos que era exigente com os filhos, impondo-lhes o seu jeito de encarar a vida, por exemplo, quando fala sobre a falta de organização financeira do filho mais novo: “Então o padrão que eu tenho comigo e que eu gostaria que eles tivessem e ele (filho mais novo) não tem, né?(...)ele não lida com o dinheiro da forma como eu lido, da forma que eu acho que é o correto”. Ainda que permeada por pequenos conflitos, a relação com os filhos manteve-se estável até o momento que eles reencontraram o pai.

Os filhos nunca tiveram contato com o pai quando eram crianças, e Vilma não lhes contou a história sobre sua separação. A cerca de quatro anos, enquanto Vilma esteve viajando, os filhos reencontraram o pai. O pai, percebendo que Vilma não havia contado sobre as violências ocorridas, mudou a história, fazendo parecer que ela havia fugido por conta de relações extraconjugais. Tal fato afetou a convivência dos filhos com a mãe, que se afastaram e cortaram relações com Vilma. Só recentemente os filhos voltaram a falar com a ela, que não sabia exatamente o que havia ocorrido. Esse episódio foi crítico para

Vilma, que relata: *“Eu me senti violentada de novo”*. As consequências dessa quebra na relação com os filhos foi o afastamento afetivo de Vilma dos mesmos. Relata não confiar nos filhos: *“Foi uma coisa muito pesada, muito pesada mesmo. (...) sabe aquela coisa quando você leva uma rasteira de um sócio, uma coisa assim? Que você não consegue mais confiar”*.

O rompimento da relação com os filhos levou Vilma a não sentir-se protegida ou apoiada por eles, que são sua principal rede de apoio: *“Assim eu não conto com eles, a nossa relação não foi boa. Eu me sinto completamente só. Como é que eu vou contar com filho desse jeito né?”*. Relata sentir-se traída pelos filhos, e isso a afeta até hoje e está na origem de sintomas depressivos: *“E isso (se sentir traída) me fez muito mal e até hoje eu não estou bem. Olha, se eu não entrei em depressão, eu fiquei muito perto. Porque eu tive sintomas de desânimo com a vida, que não é uma característica minha”*. A situação traumática com os filhos resultou no afastamento de Vilma de sua rede de apoio, na medida em que não sente atualmente que possa confiar e contar com as pessoas em momentos de dificuldade. Esse trauma dificultou a Vilma se relacionar afetivamente:

*Mas assim eu não sei se o baque foi muito grande que até pra essas pessoas eu comecei a olhar com outros olhos. (...) durante esse período apareceram pessoas até interessantes que eu podia ter mantido um relacionamento. Sabe, eu não dei, eu não me dei oportunidade, eu fiquei muito ruim mesmo.*

Questionada sobre suas amizades, diz ter amigos dispostos à ajuda-la em situações mais difíceis, mas Vilma diz preferir não contar com tais pessoas. Influenciada pelo trauma de sentir-se traída pelos filhos, relata não confiar mais nas pessoas de seu convívio: *“O ser humano é assim, cuidado, mas nem sempre. Eu perdi, é como se né? Como se eu não pudesse confiar até em amigos”*. Além disso, crê que sua rede de apoio

deveria ser baseada nos filhos, de tal forma que precisar dos amigos é constrangedor para Vilma:

*Uma solteirona, as pessoas vão ficar de olho. 'Aquela senhorinha ali, ela é sozinha e tal'. Mas não, 'ela tem quatro filhos, eles aparecem de vez enquanto, né?' Então assim, as pessoas, eu não posso contar. E eu até me envergonho de, digamos assim, de me abrir com a pessoa. (...) contar isso para uma amiga (sobre a situação com os filhos), né? Não me sinto bem. É muito pesado. Eu até gostaria de uma outra estrutura, de montar uma outra estrutura.*

Ainda fragilizada pela situação com os filhos, Vilma reafirma em diversas passagens a sua independência como traço de personalidade. Essa característica tem se manifestado de maneira mais evidente após o episódio com os filhos, o que a leva a pensar sobre a possibilidade de direcionar o seu processo de envelhecimento de maneira a preservar a independência:

*Sei não, acho melhor construir minha vida de outra forma, a minha velhice de outra forma. Porque não dá pra confiar nesses filhos não. Mas assim, eu não tenho a sensação de proteção deles. Pra mim esse jogo pode virar de novo.*

### **Análise**

Vilma apresenta fatores de risco em sua trajetória de vida. As primeiras relações afetivas com pai e mãe, apesar de próximas, levam a tornar-se cada vez mais independente, muito por conta do conflito com a mãe. Ao perceber-se parecida com o pai, e por silogismo acreditar que sua mãe não gostava dela, busca tornar-se independente. Afirmar ter sido criada nesse contexto de independência, em que prefere não pedir ajuda, entendendo que isso seria incomodo: “*E acho que talvez tenha a ver com essa minha mania de independência, de não incomodar. Mas sei lá, eu fui criada assim, não sei*”.

Precisar do outro, na experiência de Vilma, é frustrante. Evita depender das outras pessoas como forma de se defender dessa frustração de pertencimento. Essa independência afetiva se reflete nos relacionamentos:

*Se o mundo desabar e ficar só você, como é que vai ser? Você tem que estar bem com você e não depender das outras pessoas. Você pode gostar das outras pessoas, você não pode... Você tem que ter uma relação com você de uma forma que, que você consiga ser uma pessoa sozinha em qualquer parte do mundo.*

Quando relata a necessidade de ter uma relação consigo mesma de forma a viver sozinha aonde quer que vá, Vilma busca reafirmar o seu desejo de não depender afetivamente das outras pessoas. Um nível de independência é necessário e saudável para as relações. Vilma busca constantemente reafirmar que a independência psicológica é necessária para o desenvolvimento:

*Pelo menos a construção que eu faço da vida, a dependência eu acho algo assim ruim. Tanto a dependência psicológica, né? Porque as vezes a gente vê casos de mulheres, que até tem como sair de uma relação e tal. Mas elas se mantem ali por uma escravidão que não é a financeira, não é.*

No entanto, na narrativa Vilma deixa transparecer a sua vontade de ser igualmente cuidada e protegida, algo que não teve na relação com sua mãe e nem em seus casamentos. Enquanto tenta se manter afetivamente independente, manifesta a necessidade de receber cuidado por parte dos filhos. Os conflitos com os filhos a levam a sentir-se insegura nas relações: “Ninguém contava as histórias que podem ter ocorrido, mas eu me senti assim traída por aquilo. Eu penso que eu me sentiria mais apoiada. É difícil. E é ruim pra caramba, assim, porque é dolorido dizer isso, mas eu sinto”. Esse relato exemplifica bem

o constructo da frustração de pertencimento, onde as expectativas de cuidado recíproco não são atendidas, gerando sofrimento.

A forma de se defender da frustração de pertencimento é um padrão relacional de Vilma mais controlador. Tenta impor que seus filhos sigam os padrões que considera a melhor forma de agir: *“Então o padrão que eu tenho comigo e que eu gostaria que eles tivessem e eles não tem, né?”*. Quando os filhos não agem dentro das expectativas, prefere cortar relações e negar a necessidade dos vínculos afetivos. Mesmo buscando estar “independente” afetivamente – isso é, negar a necessidade de apoio dentro das relações – , Vilma é afetada pela falta de apoio e suporte emocional por sua rede de apoio. Quando o relacionamento com os filhos não foi pelos caminhos que Vilma desejava, quis buscar uma nova rede de apoio: *“Eu até gostaria de uma outra estrutura, de montar uma outra estrutura”*. Isso denota o quanto sentir-se pertencente e apoiada dentro das relações é importante em sua vivência.

### **Conclusão**

O caso de Vilma aponta a importância das relações interpessoais na qualidade de vida, reafirmando a relevância dos conceitos da TIPS para a compreensão dos fatores de risco. Vilma vivencia a frustração de pertencimento em suas relações sociais, quando ela tenta negar a necessidade dos outros no momento em que essa relação sai do controle. A frustração de pertencimento ainda é afetada pelo conflito com os filhos, e a leva a desenvolver sintomas depressivos – que afirma não ter convivido com tais sintomas em outro momento da vida. A sensação de fardo é menos aparente, mas se relaciona ao fato do afastamento afetivo que os filhos lhe impõem após reencontrarem o pai. Todos esses fatores se somam para a compreensão do estado atual de Vilma.

Mesmo dizendo estar satisfeita com sua vida sem um companheiro, deseja sentir-se amparada pela família. Quando essa necessidade é frustrada, como no episódio com os filhos, isso acarreta em sofrimento psicológico, como afirma: “*E é ruim pra caramba, assim, porque é dolorido dizer isso, mas eu sinto*”. Vilma tem vivências de frustração de pertencimento, como sua relação distante e conflituosa com a mãe, seu casamento violento e abusivo, a relação com os filhos. Todas relações que Vilma esperava encontrar cuidado e apoio mútuos. Esses marcos em sua trajetória a fazem relacionar-se de modo controlador, o que causa dificuldades para que possa estabelecer e manter novas relações. Inclina-se, desse modo, a negar a necessidade de sentir-se pertencente e corta os vínculos que não se adequam à sua forma de se relacionar.

Toda relação envolve algum grau de dependência e independência. No entanto, ser independente no caso de Vilma é negativo. Vilma nega a necessidade de apoio como mecanismo de defesa, dentro das relações, para que não se sinta um fardo. Na perspectiva da TIPS, negar a importância dos cuidados e vínculos positivos é fator de risco, na medida em que as pessoas naturalmente dependem de relações afetivas para o bem-estar. Evidência da importância das relações afetivas para sua saúde mental são os sintomas depressivos que Vilma experimenta após sentir-se traída pelos filhos.

Os de sintomas depressivos no momento dos conflitos interpessoais de Vilma leva a reflexão sobre a relação entre depressão e TIPS. É possível que a frustração de pertencimento seja precursora da depressão, na medida em que sujeita a pessoa a sentir-se afastada emocionalmente das outras pessoas. Essa incapacidade de estar satisfatoriamente dentro dos círculos sociais leva ao isolamento afetivo, como no caso de Vilma, que passa a afastar-se inclusive dos amigos após sentir-se traída pelos filhos. Ainda nesse sentido, a sensação de fardo vivenciada nas relações afeta a autoimagem dos sujeitos (ainda que não seja o caso de Vilma, segundo seu relato), sintoma comum

também à depressão. No caso em questão, não há informações suficientes para que sejam traçados paralelos de maneira contundente, mas sugere questões a serem investigadas empiricamente.

Pensando em vias de tratamento, uma linha de tratamento psicoterápico orientado pela TIPS estaria focada na resolução dos conflitos de Vilma com sua rede, auxiliando-a a perceber seu padrão relacional e como isso afeta a qualidade das relações que estabelece. Além disso, é importante ampliar a quantidade de vínculos, bem como fortalecê-los.

### **Discussão**

Os conceitos da TIPS aparecem nos casos estudados de alguma forma. A vivência subjetiva das mulheres entrevistadas sugere que os conceitos são vivenciados de formas diferentes, e que se relacionam à história de vida das pessoas. Esperava-se encontrar de maneira proeminente os constructos da TIPS relacionados às limitações impostas pelo envelhecimento, no entanto, percebe-se que tais constructos são extensamente vivenciados de diferentes formas nas relações das pessoas entrevistadas. Em outras palavras, os casos parecem indicar que não é ao final da vida que a pessoa irá se sentir um peso, frustrada quanto ao pertencimento e apresentando culpa ou raiva autodirigida, mas é parte de um processo que se repete nas relações desde a infância e vai se acumulando ao longo da vida, culminando em um envelhecimento com maior ou menor risco de suicídio à depender da forma como estabeleceram-se as relações ao longo da vida.

A capacidade adquirida para o suicídio, ainda que fator fundamental para o risco de suicídio, tem sido pouco explorado na literatura em suicidologia. Na população idosa, a convivência com dores crônicas é mais constante e contribui para a habituação com a dor. Além disso, é a fase da vida em que o indivíduo está mais frequentemente pensando sobre sua finitude, o que contribuiria à uma maior habituação sobre a própria morte. Em

se tratando de um estudo qualitativo, captar nuances desse constructo se torna tarefa difícil, uma vez que estaria associado às vivências concretas de habituação à dor. Somente no relato de Luzia vemos alguma menção sobre o convívio com a dor psicológica constante causada pelos anos de convivência com a depressão, mas poucos apontamentos podem ser traçados que relacionem tal fato com uma maior probabilidade de uma tentativa de suicídio, como propõe a teoria.

A sensação de fardo tem sido o constructo mais significativamente correlacionado com comportamentos suicidas nos estudos sobre a TIPS (Van Orden, 2010; Van Orden et al., 2016). É característico do processo de envelhecimento que a pessoa vivencie sucessivas limitações físicas, psicológicas e financeiras, que a levam a demandar mais cuidados, o que contribui para que se sintam incapazes e se percebam como um peso nas relações. Dessa forma, esperava-se encontrar nos casos estudados que as pessoas idosas vivenciassem a sensação de fardo relacionadas às limitações impostas pelo envelhecimento. No entanto, a análise dos casos mostra que a sensação de fardo vivenciada pelas mulheres em processo de envelhecimento relaciona-se com experiências que reforçaram a visão de peso ao longo da vida. Não obstante, a sensação de fardo aparece nos casos estudados mais frequentemente associada ao sofrimento psíquico, refletindo em sentimentos como culpa, raiva e desvalia. Exemplifica esse constructo o caso de Luzia, de maneira que sua percepção de “fracasso” ao longo de várias experiências de vida resulta em culpa, raiva e ideação suicida. Menos acentuado, o caso de Regina mostra em momentos mais críticos como o sentir-se um peso dentro das relações a levou a pensar sobre suicídio, quando ainda era jovem. De maneira oposta, Glória desde a infância se percebia como útil e importante para as pessoas ao redor, o que a mantém até hoje motivada e engajada nos projetos de vida. Assim, a sensação de fardo

parece ser um reflexo subjetivo das experiências negativas de vida que reforçam percepções de desvalia e levam o sujeito ao risco de suicídio.

A frustração de pertencimento, como sugere Joiner (2005), tem papel menos direto na ideação suicida. Como sugere o autor, a frustração de pertencimento modera o risco de suicídio, de forma que sentir-se pertencente seria um fator de proteção para o suicídio. Assim, enquanto sentir-se um peso estaria mais diretamente ligado aos sentimentos negativos, pertencer está associado ao enfrentamento de tais sentimentos. Van Orden et al. (2016) corroboram com a ideia de que a percepção de fardo tem um papel mais acentuado no risco de suicídio para os idosos do que a frustração de pertencimento. De maneira geral, idosos tendem a ter uma rede de apoio diminuída, o que aumenta as chances de experimentarem frustração de pertencimento. Os casos estudados corroboram com a hipótese, como no caso de Vilma, que por conta de conflitos interpessoais se afasta das pessoas significativas de sua rede, e ainda que esse fato tenha a levado a experimentar sintomas de depressão, não resultam em ideação suicida. Regina vivência a necessidade de sentir-se pertencente nas relações familiares, de maneira a manter os filhos o mais próximo de si. Luzia, por outro lado, passa por diversas experiências desde a infância que culminam numa relação frágil com a rede de apoio, de maneira que o pertencimento não lhe dá suficiente amparo para que possa reelaborar as vivências frustrantes, levando-a a experimentar tanto sensação de fardo quanto frustração de pertencimento. Assim, os casos parecem corroborar com a ideia do pertencimento enquanto fator de proteção e não fator precipitador para o risco de suicídio. Ressalta-se a importância que sentir-se cuidado e amparado nas relações, que aparece nos relatos como fator fundamental para o pertencimento eficaz e protetivo. Destaca-se, nesse sentido, o caso de Glória, em que o pertencimento é fator primordial para a saúde mental da idosa.

Nos casos das quatro mulheres estudadas haviam parentes e amigos que compunham sua rede, ainda que em alguns relatos não fossem percebidos como fonte de apoio. O estudo de Harrison et al. (2010) indica que a percepção da rede de apoio como fonte de suporte social é influenciada pelo diagnóstico de depressão. Os idosos participantes do estudo de Harrison et al. (2010) que não tinham diagnóstico de depressão maior e nem histórico de tentativa de suicídio apresentaram maiores índices de percepção de suporte social em relação àqueles idosos com diagnóstico de depressão e tentativas de suicídio. Dessa forma, os autores concluem que a depressão afeta diretamente a necessidade de pertencimento, uma vez que dificulta ao portador a relacionar-se de forma saudável com sua rede. Assim, é possível inferir que a depressão tenha afetado a percepção de algumas idosas entrevistadas em relação a sua rede de apoio, como é no caso de Luzia que tem diagnóstico de depressão e se sentia desamparada pelas pessoas ao seu redor, afirmando sobre os filhos: “*eu acho que não ajudam suficiente, eles falam que ajudam, né?*”. Também é o caso de Vilma, que apesar de não ter o diagnóstico de depressão, não percebia sua rede de apoio como fonte genuína de cuidado. É relevante pensar, no entanto, como os conceitos da TIPS estão inter-relacionados com a depressão, ou seja, o quanto tais constructos estão relacionados à origem e agravamento do quadro depressivo.

A TIPS é proposta como instrumento de avaliação de risco para o suicídio (Stellrecht et al., 2006). Como Cukrowics, Jahn, Graham, Pointdexter e Williams (2013) demonstraram usando a abordagem quantitativa, idosos que negam o risco de suicídio durante a avaliação podem estar vivenciando sintomas de crise relacionados aos constructos da TIPS. Dessa maneira, idosos que não reportam ideação suicida, mas vivenciam sensação de fardo e frustração de pertencimento, estariam mais propensos ao risco de suicídio. No caso de Vilma é possível notar que, ainda que negue ideação suicida,

os conflitos com a sua rede de apoio parecem expô-la ao risco, especialmente quando afirma ter vivenciado algo próximo a depressão.

As idosas entrevistadas afirmavam contar com seus familiares como fonte de apoio principal, porém, apenas Glória descreve uma rede extrafamiliar ampla, com amigos com quem poderia contar. Nos demais casos observa-se uma rede de apoio esvaziada e quase completamente baseada em relações familiares, contando com poucas amizades. Isso nos remete novamente à questão das interações negativas descritas por Krause e Rook (2003), no que se refere à maior incidência desse tipo de relação junto à familiares. No caso de Vilma percebe-se esse tipo de relação, onde a mesma recebe pouco ou nenhum apoio de seus filhos. Luzia relata em diversos momentos sentir-se julgada por amigos e familiares sobre a sua forma de criar os filhos, afirmando que “*isso é muito ruim eu ficar ouvindo isso direto*”. Dessa forma, as interações negativas representam potencial de risco para as mulheres em processo de envelhecimento estudadas. Intervenções que mirem mudanças dentro das relações familiares e a ampliação da rede de apoio tem potencial para prevenir o suicídio, nesse sentido.

Cheavens, Cukrowicz, Hansen e Mitchell (2016) propõe a incorporação de conceitos relativos à resiliência dentro da TIPS, tendo encontrado resultados significativos entre o autoperdão e a sensação de fardo. O autoperdão é o processo pelo qual sentimentos adversos direcionados a si (como vergonha e culpa) são substituídos pela benevolência e aceitação de si. Nesse sentido, o autoperdão desempenha papel fundamental na atenuação da raiva e vergonha associado a se perceber enquanto um peso nas relações. Autoperdão foi associado independentemente com a ideação suicida, moderando a relação entre sensação de fardo e ideação suicida. Assim, o trabalho sobre o autoperdão junto às pessoas vivenciando sensação de fardo tem potencial protetor para o risco de suicídio, algo evidente no caso de Luzia. O caso de Luzia chama a atenção pelo

sentimento de culpa que emergem na narrativa, e não obstante, é o caso que apresenta maior risco de suicídio. Pode-se relacionar à baixa capacidade que Luzia tem de autoperdão com a sensação de fardo e consequente risco.

Joiner e Van Orden (2008) propõe três ações importantes para a intervenção em crise, orientadas pela TIPS, focadas no tratamento da frustração de pertencimento. Primeiro, o profissional de saúde no atendimento de pacientes em crise suicida deve focar na relação terapêutica como fonte de pertencimento, fazendo apontamentos que levem a percepção dessa relação como permeada de cuidado, suporte e livre de tensão, além de apontar como os *insights* dessa relação podem ser generalizados para outras relações. Em segundo lugar, os autores propõem que os profissionais utilizem estruturas e protocolos de trabalho clínico orientados para a relação terapêutica. Por fim, os autores recomendam que os clínicos frequentemente proponham tarefas que estimulem o pertencimento, como atividades culturais e de convívio social, para seus pacientes.

Conjuntamente com o foco no pertencimento, os profissionais devem avaliar os níveis de sensação de fardo expressos pelo paciente e trabalhar em cima dessa percepção (Joiner & Van Orden, 2008). Nesse sentido, os autores recomendam o trabalho da sensação de fardo através de estratégias cognitivas que visem demonstrar a percepção distorcida sobre si e como ela faz com que o paciente se sinta um peso. Além disso, os autores recomendam que os pacientes possam se engajar em trabalhos voluntários, uma vez que estimulam a pessoa a sentir-se útil. Traçando um paralelo com os casos estudados, no caso de Glória, que a aposentadoria aparecia como um fator estressor, a possibilidade de realizar trabalho voluntário lhe deu novamente a sensação de sentir-se ativa e útil. No caso de Luzia, intervenções terapêuticas focadas na mudança de percepção em relação ao “fracasso” que sente – que pode ser traduzido em sensação de fardo –, atestando a sua

importância para a vida de outras pessoas e confrontando sua visão de si com dados da realidade que corroborem com a ideia de que é importante para as pessoas.

Percebesse uma característica de gênero na análise dos casos em relação a TIPS. Donker, Batterham, Van Orden e Christensen (2014) já propunham que a TIPS apresenta diferenças de gênero na relação com o risco de suicídio. Chama a atenção nessa perspectiva de gênero o *status* laboral como fator de risco. Pensando no constructo de sensação de fardo, a aposentadoria é para os idosos do sexo masculino um fator de risco, uma vez que destitui o idoso de seu papel social de provedor, especialmente os do sexo masculino, que valorizaram a contínua contribuição à comunidade como parte significativa para a vida (Van Orden, Smith, Chen, & Conwell, 2016). Com o declínio funcional, as pessoas idosas estariam mais propensas a se perceberem como um peso por não contribuírem socialmente através da atividade laboral remunerada, no entanto, idosas em geral tendem a manter-se ativas enquanto cuidadoras, cumprindo um papel social pré-estabelecido, e por isso experimentariam menos sensação de fardo (Van Orden et al., 2016; Zanello, Silva, & Henderson, 2015). Nos quatro casos estudados percebe-se a manutenção do papel social como responsável pelo cuidado, o que as valoriza dentro da família, ainda que hajam alguns conflitos. Glória, a título de exemplo, afirma que seus parentes a percebem como fonte de apoio, o que é fundamental para a sua autoestima. Dessa forma, as relações de gênero influenciam na vivência subjetiva dos constructos da TIPS, uma vez que os papéis sociais de cuidado familiar são fator de proteção para idosos do sexo feminino durante a aposentadoria, algo que não se observa na maioria dos casos em idosos do sexo masculino.

Outro fator de gênero que chama a atenção são os relatos de relacionamentos abusivos. Dois casos (Luzia e Vilma) apresentam relatos explícitos de violência conjugal em algum momento da vida. Um caso (Regina), ainda que não relate violência de maneira

clara, deixa transparecer um relacionamento controlador e autoritário, com o falecido marido tendo afastado os filhos e Glória de seus familiares. Esses dados corroboram com as análises de gênero propostos por Menghel et al. (2012), em que mulheres vivenciam situações opressivas desde a infância, chegando à terceira idade afetadas pelas diversas relações violentas – e que ainda se reproduzem nas relações com os filhos. Nas análises de cada caso, aponta-se como essas relações de violência conjugal são vivenciadas do ponto de vista da TIPS.

Uma limitação do estudo do ponto de vista das análises de gênero é o fato das participantes serem todas do sexo feminino. Essa ausência de idosos do sexo masculino, no entanto, está de acordo com os estudos a respeito do comportamento suicida, onde idosos do sexo masculino apresentam menor abertura para falar sobre seus sentimentos (Meneghel et al., 2012). Para os homens, colocar-se em lugar de vulnerabilidade emocional vai contra o paradigma de masculinidade vigente, fazendo com que estejam menos aptos a aceitar ajuda (Zanello et al., 2015). Dessa forma, a seleção de idosos em grupos terapêuticos filtrou um número considerável de idosos do sexo masculino que não costumam buscar ajuda profissional em momentos de crise.

Outra limitação é o número de casos de idosos com ideação suicida. O convite de participação voluntária na pesquisa reafirmava o intuito do estudo em conhecer e ouvir a experiência da pessoa em relação ao risco de suicídio, o que pode ter afastado idosos que estivessem com quadros mais graves de crise.

### **Conclusão**

O presente trabalho de pesquisa aponta para paralelos entre os conceitos da Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio e o risco de suicídio na terceira idade, oferecendo *insights* importantes para a compreensão do fenômeno do suicídio em idosos. Os constructos da TIPS sugerem ser úteis enquanto base teórica para o desenvolvimento de

medidas de avaliação de risco, intervenções psicoterápicas e programas de prevenção ao suicídio. As pesquisas utilizando o arcabouço teórico da TIPS ainda é incipiente no contexto brasileiro, especialmente no contexto da terceira idade, sendo o presente trabalho o primeiro a ser realizado nesse sentido. Para que se possa aprimorar o conhecimento e aumentar a relevância e incorporação da teoria no desenvolvimento de intervenções, novos estudos devem ser conduzidos no contexto brasileiro, especialmente os estudos empíricos quantitativos. Outro tipo relevante de estudo seria o acompanhamento de idosos pós-tentativa de suicídio, avaliando a vivência dinâmica dentro da perspectiva da TIPS. Sugere-se que novas pesquisas longitudinais, com acompanhamento de casos sejam realizadas no contexto brasileiro. A ampliação do conhecimento na área possibilita o desenvolvimento de trabalhos de intervenção em prevenção ao suicídio, fomentando ações que sejam baseadas em evidências.

### Referências

- Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2013). The convoy model: Explaining social relation from a multidisciplinary perspective. *The Gerontologist*, *54* (1), 82–92.
- Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Hansen, R., & Mitchell, S. M. (2016). Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide: The role of hope and self-forgiveness in an older adult sample. *Journal of Clinical Psychology*, *72*(1), 58-69. doi: 10.1002/jclp.22230.
- Conwell, Y., Van Orden, K. A., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, *34*(2), 451-468.
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: Evaluating model of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*(4), 1021-1030.
- Donker, T., Batterham, P. J., Van Orden, K. A., & Christensen, H. (2014). Gender-differences in risk factors for suicidal behaviour identified by perceived burdensomeness, thwarted belongingness and acquired capability: Cross-sectional analysis from a longitudinal cohort study. *BMC Psychology*, *2*(1), 2-20. doi: 10.1186/2050-7283-2-20.
- Harrison, K. E., Dombrowski, A. Y., Morse, Q. J., Houck, P., Schlernitzauer, M., Reynolds III, C. F., & Szanto, K. (2010). Alone? Perceived social support and chronic interpersonal difficulties in suicidal elders. *International Psychogeriatrics*, *22*(3), 445–454.

- Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., & Layton, J.B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7): e1000316.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide?*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., & Van Orden, K. A. (2008). The Interpersonal–Psychological Theory of Suicidal Behavior Indicates Specific and Crucial Psychotherapeutic Targets. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1(1), 80-89.doi: <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.1.80>
- Krause N., & Jay G. (1991). Stress, social support, and negative interaction in later life. *Research on Aging*, 13(1), 333–363.
- Krause, N., & Rook, K. S. (2003). Negative interactions in late life: Issues in the stability and generalizability of conflict across relationships. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58(2), 88-99.
- Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the Interpersonal-Psychological Theory of Suicidal Behavior. *Clinical Psychology Review*, 46, 34-45. doi: 10.1016/j.cpr.2016.04.008.
- Meneghel, S. N., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M. da, Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983–1992. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800009>
- Silveira, E. A. A., & Carvalho, A. M. P. (2011). Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com aids: O modelo de comboio e a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 645-650.

- Stellrecht, N. E., Gordon, K. H., Van Orden, K., Witte, T. K., Wingate, L. R., Cukrowicz, ... Joiner, T. E. (2006). Clinical applications of the interpersonal-psychological theory of attempted and completed suicide. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(2), 211-222.
- Van Orden, K., Smith, P. N., Chen, T., & Conwell, Y. (2016). A case controlled examination of the interpersonal theory of suicide in the second half of life. *Archives of Suicide Research*, 20(3), 323-335. doi: 10.1080/13811118.2015.1025121.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A., & Joiner, T. E. Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575- 600. doi: 10.1037/a0018697.
- Zanello, V., Silva, L. C.&, & Henderson, G. (2015). Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(4), 543-550. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-37722015042444543550>

### **Considerações finais**

A presente dissertação apresenta um trabalho ainda incipiente no contexto brasileiro sobre prevenção ao suicídio em idosos. A motivação principal para a concepção desse trabalho foi exatamente a escassez de artigos e trabalhos focados nessa que é uma das populações de maior risco para o suicídio. O foco das pesquisas brasileira está mais diretamente ligado a estudos epidemiológicos. A *International Association for Suicide Prevention* (IASP) tem um Grupo de Interesse sobre suicídio entre idosos, que congrega pesquisadores de todo o mundo interessados nos vários temas ligados à prevenção do suicídio de idosos. “Por que pouca atenção é dada ao fato de idosos morrerem por suicídio?” é uma questão tão importante quanto “o que leva um idoso a pensar sobre suicídio?”. Não haveria uma ligação entre as duas questões?

O primeiro artigo se focou em identificar “o que leva os idosos a pensar sobre suicídio”, se deparando com a questão da pouca atenção dada aos casos de suicídio em idosos. Reflexo da pouca atenção dada a esses casos é quantidade limitada de artigos sobre o tema, e menor ainda o número de trabalhos que focavam na prevenção do comportamento suicida nessa população. Nesse sentido, as políticas públicas sobre idosos e prevenção ao suicídio preveem ações de promoção à qualidade de vida, que poderia ser interpretado como prevenção ao risco de suicídio. No entanto, não possibilitam a avaliação de eficácia sobre a prevenção ao risco e ao suicídio, uma vez que esse não é o objetivo final das ações de promoção a saúde. Novas questões surgem: “O que é capaz de prevenir o risco de suicídio?”.

O segundo artigo ofereceu um olhar analítico sobre uma teoria do comportamento suicida – aqui abreviada como TIPS. Na minha concepção, pensar sobre prevenção e eficácia passa por compreender o que leva um idoso a pensar sobre suicídio. Numa primeira reflexão pessoal, pensei que a diminuição da rede de apoio pela morte de amigos

e parentes próximos, seria o principal fator de risco para o suicídio. Quando os dados mostraram que a depressão, isolamento e dependência estavam associados ao risco de suicídio na terceira idade, busquei por uma teoria que pudesse integrar todas essas questões. A explicação para o comportamento suicida proposto pela TIPS leva em consideração exatamente esses elementos, isolamento (frustração de pertencimento) e dependência (sensação de fardo), sendo moderado por outros fatores subjacentes, como depressão e desesperança – discutidos no capítulo 2. Os resultados do segundo artigo sugerem que a teoria é útil para a compreensão do risco de suicídio, ainda que hajam algumas falhas típicas da metodologia quantitativa – isso é, os resultados variam de acordo com o tipo de amostragem e análise estatística e os modelos utilizados em cada estudo. Ainda que eu reitere a importância dos métodos quantitativos, é preciso expandir o horizonte teórico e entender como a teoria funciona na prática, na vivência do idoso.

A experiência acadêmica desses dois anos de mestrado me levou a conhecer em detalhes a Teoria Interpessoal-Psicológica do Suicídio. Ainda que se trate de uma teoria baseada na psicologia cognitiva, penso que seus *insights* são úteis à prática clínica independente da abordagem. Nesse sentido, a proposta dessa dissertação não se restringe a indicar a incorporação da teoria nos estudos sobre suicídio, mas também a fornecer *insights* sobre a expansão de seus conceitos e sua articulação com outros constructos para a compreensão do suicídio. Quando descritos nos estudos empíricos quantitativos, na maioria das vezes, os fatores da TIPS são mensurados por medidas em escalas autoaplicáveis, com perguntas fechadas sobre os constructos. A proposta do trabalho foi explorar mais a fundo como esses constructos são vivenciados, mais do que simplesmente sentir, a pessoa age de acordo com seus sentimentos e pode retroalimentar a existência dessa sensação de fardo e frustração de pertencimento. Trata-se de uma teoria em estágio de desenvolvimento, com base em evidências, pautado pela incorporação e exclusão do

que é ou não é “empiricamente” comprovado. Por exemplo, nos estudos de 2005 até 2012, a teoria ainda se apoiava na ideia de que era necessário a presença dos dois constructos cognitivos simultaneamente para originar os pensamentos suicidas. Atualmente, compreende-se que a sensação de fardo está mais fortemente ligada à ideação suicida, de modo que frustração de pertencimento aparece como modulador da gravidade da ideação e risco de suicídio.

Na concepção do último artigo, imaginei que encontraria os constructos da TIPS no discurso dos idosos em risco de maneira rígida – a pessoa se sentiria um peso e desconectada das pessoas –, e que não encontraria tais constructos no discurso dos idosos fora de risco. Seria pura ingenuidade acreditar que os dados saltariam tão claramente aos olhos, e o esforço para perceber como os constructos eram manifestados no discurso de todos os idosos me fez aprimorar o olhar como clínico. Os principais resultados das entrevistas são, o fato de as relações interpessoais estarem ligadas ao risco – ou não – de suicídio nas idosas, e como os constructos da TIPS vão se acumulando na vivência ao longo da vida, de maneira a causar maior influência para o risco na terceira idade.

A primeira vez em que refleti sobre a questão do suicídio na terceira idade, pensei em como a visão culturalmente construída sobre o idoso influenciava no risco de suicídio. A visão coletiva sobre o idoso, na maioria das vezes, está associada à decadência e ao período que compreende o fim da vida. Não há mais um espaço a ser ocupado pelo conhecimento adquirido dos cabelos brancos, a experiência de vida já se encontra obsoleta em uma sociedade moderna e de mudanças drásticas à cada meia década. Os idosos já estão, nesse sentido, mortos aos olhos da produtividade capitalista, onde ocupam o lugar apenas de pessoas que não têm mais nada para produzir. Se relacionarmos essa visão com a construção teórica da TIPS, o idoso não tem um lugar ao qual pertença à

nível social, e é igualmente um fardo a ser carregado pelos que ainda podem produzir e contribuir para a vida em sociedade.

O reflexo dessa visão cultural é o fato do isolamento social e a dependência física e financeira aparecerem nos estudos epidemiológicos como segundo e terceiro maior fator associado às mortes por suicídio de idosos: são achados empíricos coerentes com os fundamentos da TIPS, como apresentado no primeiro artigo. A depressão, igualmente, pode ser interpretada como um transtorno que não está isolado em suas causas, isso é, reflete a vivência adoecida dos idosos com o meio social. A discussão se os constructos da TIPS estão ligados ao agravamento dos quadros depressivos ou na origem de tais sintomas se torna relevante na medida em que sugere uma mudança do paradigma de diagnóstico e medicalização, para uma visão compreensiva do transtorno enquanto resultado de uma visão desqualificadora sobre o idoso.

Albert Camus, em seu clássico “O Mito de Sísifo”, diz que o suicídio é uma confissão, uma confissão de que a vida já não vale a pena para o sujeito. Nesse mesmo raciocínio, o idoso que morre por suicídio confessa. Confessa seu “não-lugar” social, seu “não-ser” para a sociedade. O suicídio é tornar em ato sua morte, ocorrida ainda em vida, quando o indivíduo idoso é descartado do convívio.

Para além das intervenções de prevenção, igualmente importantes para evitar o autoextermínio, a prevenção do suicídio perpassa, nesse sentido, por uma mudança sobre a visão coletiva atual do processo de envelhecimento. Enquanto for reproduzido o discurso que coloca a velhice como fase a ser evitada, como uma doença que pesa à sociedade, a vivência do idoso continuará associada às questões negativas e o suicídio será a confissão de nossa incapacidade de perceber a vida como valiosa na terceira idade.

## **Anexos**

**Tabela 1**Tabela 1 – *Artigos empíricos utilizados na revisão sistemática*

Título do Artigo	Delineamento	Constructos	Resultado	Comportamento Estudado
<i>Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults (2011)</i>	CS	SF-(SO + DP + ID + GE) -> IS significativo	SF-(SO + DP + ID + GE) -> IS significativo	IS
		SF x GE-(SO)-(DP)-(ID)-> IS não significativo SF - (DE + SO + DP + ID + GE) -> IS Significativo , SF x GE - (DS + SO + DP + ID) > IS estudo 2 significativo	SF x GE-(SO)-(DP)-(ID)-> IS não significativo SF - (DE + SO + DP + ID + GE) -> IS Significativo , SF x GE-(DE + SO + DP + ID)-> IS não significativo	
<i>Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? (2012)</i>	LG	SF + DE + ID + GE + SV > SV 2+ SF 2+ DS 2	SF + DE + SV associados na primeira coleta. SF + SV predisseram os níveis de SF + SV na segunda coleta. SF predisse diminuição significativamente dos níveis de SV na segunda coleta (significado da vida, aqui está inversamente relacionada a ideação suicida).	SV
<i>Suicide risk in older adults: Evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. (2013)</i>	CS	SF + FP + DS + DP > IM SF + FP + DS + DP + SF x FP + SF x DS + FP x DS + SF x FP x DS > IS	SF/DS Singnificante para IM FP/SF x DS/SF x FP Significativo para IS	IS, IM
<i>Personality disorder traits, risk factors, and suicide ideation among older adults. (2015)</i>	CS	TP x (SF + FP + DP + DS) > IS	SF FP DP significativos mediadores da IS DS não significativo	IS
<i>Reasons for attempted suicide in later life. (2015)</i>	LG	SF + FP > LE SF + FP > MO	SF e FP não significativos para "motivação". FP significativo para letalidade e novas tentativas.	TS

Título do Artigo	Delineamento	Constructos	Resultado	Comportamento Estudado
<i>Death ideation in older adults: Psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness.</i> (2016)	CS	DS + SO > IM DS + SO + SF + DP > IM DS + SO + SF + DP + SFxDP > IM DS + SO + FP + DP > IM DS + SO + FP + DP + FPxDP > IM	SFxDP significativo FPxDP não significativo SF não significativo FP significativo	IM
<i>Incorporating resilience factors into the interpersonal theory of suicide.</i> (2016)	CS	SF + AU + FP + ES + DP + DD > IS SF + AU + FP + ES + DP + DD + SFxAU + FPxES > IS	SFxAU significativo FPxES não significativo SF e CAS significativo para predição dos casos de suicídio. FP não significativo. Todos os três constructos foram associados positivamente com a predição dos casos de suicídio quando "isolados" na regressão	IS
<i>A Case Controlled Examination of the Interpersonal Theory of Suicide in the Second Half of Life.</i> (2016)	AP	SF - (DP) > SU FP - (DP) > SU, CAS - (DP) > SU SF + FP + CAS + DP > SU	SF, FP e DS significativo	SU
<i>A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort.</i> (2013)	CS	SF FP DS SFxFP SFxDS FPxDS SFxFPxDS	SFxFP, SFxDS, FPxDS e SFxFPxDS significantivamente associados com IS	IS

“+” Somado no modelo estatístico; “-“ Controlado no modelo estatístico; “x” Efeito da interação; “CS” Cross-Sectional; “LG” Longitudinal; “AP” Autopsia Psicológica; “SF” Sensação de Fardo; “FP” Frustração de Pertencimento; “DS” Desesperança; “DP” Depressão; “SO” Solidão; “AU” Autoperdão; “ES” Esperança; “SV” Sentido da Vida; “CAS” Capacidade Adquirida para o Suicídio; “IS” Ideação Suicida; “IM” Ideação de Morte; “SU” Suicídio; “TS” Tentativa de Suicídio; “ID” Idade; “GE” Gênero; “LE” Letalidade da tentativa; “MO” Motivação para a tentativa de suicídio; “TP” Traços de transtornos de personalidade; “DD” Dados demográficos.

### **Anexo 1.1**

#### **Convite para Participação Voluntária**

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa *Terceira Idade Qualidade de Vida e Condições de Risco*. A terceira idade e as necessidades das pessoas acima dos 60 anos têm sido muito pouco estudadas. Por isso sua participação é extremamente valiosa. Essa é uma oportunidade de apoiar um projeto que tem por objetivo aumentar o conhecimento nesta área, pesquisando a influência das condições de risco à saúde na qualidade de vida, entre pessoas acima de 60 anos.

Caso o(a) Senhor(a) tenha interesse em participar da pesquisa, o(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes decidir. Asseguramos que seu nome não aparecerá em qualquer momento da pesquisa, e que manteremos o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações para impedir a sua identificação. Todas as informações obtidas nos questionários serão utilizadas apenas para as análises estatísticas e fins acadêmicos.

A sua participação será através de questionários que você deverá responder presencialmente em local combinado previamente, ou via acesso online. O tempo estimado para o preenchimento dos questionários é de 50 a 90 minutos. O(a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão ou desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo.

O Senhor(a) poderá solicitar o contato para participar, ou esclarecer qualquer dúvida em relação à pesquisa, pelo email [pesqvida@gmail.com](mailto:pesqvida@gmail.com), ou por telefone. Por favor, entre em contato com os pesquisadores Renan Lopes-Lyra no telefone (61) 99936-3625 ou Marcelo Tavares no telefone (61) 98118-1819. Nestes números você também poderá deixar mensagens de voz ou texto via SMS, ou WhatsApp.

Agradecemos a sua colaboração!

## Anexo 1.2

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Terceira Idade, Qualidade de Vida e Condições de Riscos”, de responsabilidade de Renan Lopes-Lyra, aluno(a) de Mestrado da *Universidade de Brasília*. O objetivo desta pesquisa é compreender os fatores de risco para a saúde mental e qualidade de vida de idosos. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Você receberá todos os esclarecimentos necessários antes, durante e após a finalização da pesquisa, e lhe asseguro que o seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo mediante a omissão total de informações que permitam identificá-lo(a). Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como questionários e entrevistas gravadas em áudio, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

A coleta de dados será realizada por meio de questionário on-line, em um primeiro momento, e entrevistas semi-estruturadas presenciais caso o (a) senhor (a) tenha interesse em continuar contribuindo para esta pesquisa. É para estes procedimentos que você está sendo convidado a participar. Sua participação na pesquisa não implica em nenhum risco.

Espera-se com esta pesquisa poder compreender melhor como você pensa e se sente atualmente. Você receberá, junto a esta folha, encaminhamentos para locais na rede de saúde aonde poderá buscar psicoterapia.

Sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. A recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, você pode me contatar através do telefone (61) 99936-3625 e (61) 98118-1819 ou pelo e-mail [Renandelyra@gmail.com](mailto:Renandelyra@gmail.com) e [Marsatavares@gmail.com](mailto:Marsatavares@gmail.com).

A equipe de pesquisa garante que os resultados do estudo serão devolvidos aos participantes por meio encontro presencial com um dos pesquisadores responsáveis em data a ser marcada, podendo ser publicados posteriormente na comunidade científica.

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília - CEP/IH. As informações com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do e-mail do CEP/IH cep\_ih@unb.br.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Assinatura do (a) participante  
(a) pesquisador (a)

Assinatura do

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### Anexo 1.3

#### Roteiro de Entrevista Qualitativa

**Instrução geral:** em cada uma das doze perguntas disparadoras abaixo facilitar a fala e explorar o desenvolvimento de uma narrativa compreensiva.

- 1) Me fala um pouco de você e de sua vida.
- 2) Como você se sente em relação a si mesmo?
- 3) Quem são as pessoas importantes em sua vida? (Observar relações familiares e sociais e anotar genograma)
- 4) Como você acha que essas pessoas te percebem?
- 5) Com que frequência você viu essas pessoas que você considera importantes na sua vida na última semana?
- 6) Quem são as pessoas você sente que se importam com você? (Observar tipo de relacionamento e quantas pessoas)
- 7) Em caso de dificuldades na vida, com quem você poderia contar?
- 8) Como você acha que contribui para a vida das pessoas a sua volta?
- 9) Como você percebe sua capacidade de cuidar das pessoas a sua volta?
- 10) Como você percebe sua capacidade de cuidar de si?
- 11) Em algum momento você já pensou em morrer? Me fale mais sobre isso.
- 12) Em algum momento da sua vida você fez algo que colocasse sua vida em risco? Me fale um pouco mais sobre isso.