

3 PROCESSO DE LUTO DOS FAMILIARES DE IDOSOS QUE SE SUICIDARAM

| Patrícia Batista¹; José Carlos Santos² |

RESUMO

O suicídio retrata uma situação, na qual o sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim livrar-se de uma situação de dor psíquica insuportável. É um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar até ao contexto social. O suicídio na faixa etária dos idosos é um problema real, pelo que foi realizado um estudo de natureza exploratório-descritiva que teve como objetivo responder à seguinte questão de investigação: quais são as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram. Foram entrevistados 17 familiares enlutados de idosos que se suicidaram. A amostra constituída foi maioritariamente de idosos (10), tendo a idade variado dos 35 anos aos 72 anos. A amostra em estudo revelou ter alguns fatores de risco, nomeadamente o isolamento, a solidão, a angústia e a noção de abandono. Além disso, apresentou níveis elevados de luto complicado e depressão. Revelou também a importância dos laços, da estrutura e do suporte social e familiar nas famílias enlutadas. Urge compreender como os familiares lidam com o problema do suicídio sendo fundamental ter conhecimento destas alterações profundas para que se atenuem o impacto negativo das mesmas e se potencie o seu impacto positivo.

PALAVRAS-CHAVE: Luto; Suicídio; Idoso; Família de suicidas

RESUMEN

“La familia en el proceso de duelo de los ancianos suicidas”

El suicidio representa una situación, en la que el sujeto decide quitarse la vida, tratando de librarse de una situación de dolor psíquico insoportable. Es un acto que genera efectos sustanciales en todos los ámbitos, desde el familiar al contexto social. El suicidio en el grupo de edad de personas mayores es un problema real, por lo que se realizó un estudio de carácter exploratorio y descriptivo que tuvo como objetivo responder a la siguiente pregunta de investigación: Cuáles son las experiencias sentidas por la familia en el proceso de duelo de los ancianos que se suicidaron? Se entrevistó a 17 deudos de ancianos que se suicidaron. La muestra se compone principalmente de personas mayores (10), y la edad miscelánea de 35 a 72 años. Se encontró que la muestra del estudio tiene ciertos factores de riesgo, como el aislamiento, la soledad, la angustia y la sensación de abandono. También encontró altos niveles de duelo complicado y de depresión. Aún revela la importancia de los lazos, y la estructura de apoyo social y familiar en las familias en duelo. Es esencial entender cómo los miembros de la familia reaccionan al problema del suicidio así como tener conocimiento de estos cambios profundos para reducir su impacto negativo y mejorar su impacto positivo.

DESCRIPTORES: Duelo; El suicidio; Ancianos; Familia dos suicidas

ABSTRACT

“The family in the grieving process of the suicida elderly”

Suicide portrays a situation, in which the subject decides to take his own life, trying to get rid of a situation of unbearable psychic pain. It is an act that generates substantial effects in all contexts, from the familiar to social context. Suicide in the elderly age group is a real problem, so a study of exploratory and descriptive nature that aimed to answer the following research question was made: What are the experiences felt by the family in the grieving process of the elderly who committed suicide? Seventeen bereaved relatives of elderly who committed suicide were interviewed. The sample was comprised mostly of elderly (10), in an age range of 35 to 72 years. The study sample revealed certain risk factors including isolation, loneliness, anguish and sense of abandonment, and also high levels of complicated grief and depression. It has shown yet the importance of the bonds, and the structure of social and family support in bereaved families. Understand how families deal with the problem of suicide is essential and also crucial to be aware of these profound changes in order to reduce the negative impact of these and improve their positive impact.

KEYWORDS: Mourning; Suicide; Elderly; Family of suicidal

Submetido em 30-03-2014

Aceite em 30-10-2014

1 Mestre em Gerontologia; Enfermeira no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, Serviço de Psiquiatria, Quinta do Pinheiro, Covilhã, Portugal, patricia_xavier@hotmail.com
2 Doutor em Saúde Mental; Enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica; Professor Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra – UCP de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, 3046-851 Coimbra, Portugal, jcsantos@esenfc.pt

INTRODUÇÃO

A população acima dos 65 anos é a que mais cresce em Portugal e na maior parte do mundo, o que justifica um olhar atento para os problemas sociais e de saúde que a afetam. É importante destacar que o suicídio é um fenómeno complexo e é uma das dimensões do comportamento suicidário que inclui um continuum de comportamentos que vão desde, pensamentos de autolesão, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até, ao desfecho fatal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Werlang e Botega, 2004).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), o suicídio é definido como um ato de pôr termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava.

O suicídio afeta todos os grupos etários mas alguns estão em maior risco do que outros, tais como, pessoas com histórico de tentativas de suicídio ou automutilação, com distúrbios psiquiátricos, assim como, o próprio medo das doenças, constituem nas camadas mais envelhecidas fatores de risco. Por sua vez, o isolamento e os próprios eventos de vida, também condicionam a suicidalidade nos idosos (International Association for Suicide Prevention [IASP], 2012).

A OMS (2001) estima que em 2020, aproximadamente 1.53 milhões de pessoas morrerão por suicídio no mundo. O suicídio é, atualmente, uma das três principais causas de morte entre os jovens e adultos dos 15 aos 34 anos, embora a maioria dos casos aconteça entre pessoas com mais de 60 anos. Ainda segundo a OMS, a média de suicídios aumentou 60% nos últimos 50 anos, em particular nos países em desenvolvimento. O que se observa é que, com o aumento da idade, aumenta também o risco depressivo e a tendência para o suicídio (OMS, 2001; Werlang e Botega, 2004).

O objetivo geral do trabalho de investigação foi conhecer as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram e centrou-se ao nível da pósvenção – postvention.

A pósvenção é uma estratégia onde as ações são realizadas após um suicídio naqueles que foram afetados por este fato (familiares, amigos, colegas, entre outros). Elas estão direcionadas para a informação, o apoio, a assistência imediata e o acompanhamento das pessoas que devem ser consideradas em risco.

Este risco deve ser entendido nas suas diversas graduações, onde o óbito por suicídio é entendido como um fator precipitante de outros eventos deste tipo.

O suicídio tem repercussões a diversos níveis, na sociedade, nos familiares, nos amigos, nos colegas, entre outras pessoas, causando um impacto psicológico que permanece bastante intenso mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que se suicidou.

Suicídio

O estudo do suicídio envolve e implica múltiplos aspetos, a nível individual, familiar, social ou ideológico e exige o esforço e a cooperação entre especialistas de diversas disciplinas e ramos científicos, de modo a que seja alcançada uma visão ampla e não meramente parcelar da realidade (Sampaio, 1991). Shneidman (1985) afirma ser fundamental a combinação dos seguintes elementos para haver um suicídio: sentimento de dor intolerável - diretamente relacionada com a frustração pelas necessidades psicológicas básicas não terem sido satisfeitas; atitude de se autodesvalorizar (autodeneigrir) - autoimagem que não consegue aguentar a dor psicológica intensa; constrição marcada da mente e um prejuízo das tarefas do dia-a-dia; sensação de isolamento - um sentimento de deserção e perda de suporte de pessoas significativas; intenso e desesperado sentimento de desesperança - a sensação de que já nada pode ser feito; decisão consciente de fuga - abandono, desaparecimento ou interrupção (cessação ou paragem) da vida - como a única (ou pelo menos a melhor possível) solução para resolver o problema da dor intolerável.

No que diz respeito à epidemiologia do suicídio torna-se importante destacar que as estatísticas oficiais são bastante subestimadas, uma vez que, ocorrem subnotificações decorrentes, muitas vezes, de falhas na identificação e classificação da causa de morte. Em Portugal, é ainda um fenómeno que atinge maioritariamente os idosos, mas o aumento dos anos de vida potencialmente perdidos diz-nos que algo está a mudar e que, cada vez mais, suicidam-se mais pessoas em idade ativa (Ordem dos Enfermeiros, 2012). As taxas de suicídio, por 100.000 habitantes, em 2010, no grupo etário dos 65-74 anos, e mais de 75 anos, são de 28.4 e 67.4 respetivamente, no género masculino. Em relação ao género feminino e, falando do mesmo ano e dos mesmos grupos etários, apresentam-se valores de 8.2 e 11.5 respetivamente, o que traduzem diferenças significativas (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013). Portugal, encontra-se na 35.ª posição com uma taxa de 10.4 suicídios, por 100.000 habitantes, ou seja, quase o dobro do que ocorreu na última década do século XX (Sociedade Portuguesa de Suicidologia [SPS], 2010).

No caso particular da Cova da Beira, trata-se de uma sub-região bastante envelhecida, cujo índice de envelhecimento da Covilhã, Belmonte e Fundão são, em 2011, de 195.0, 227.2 e 237.6, respetivamente. Importa salientar que o índice de envelhecimento em Portugal, em 2011, é de 129.6 (INE, 2011; PORDATA, 2012).

O suicídio entre as pessoas idosas constitui-se um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo (Minayo e Cavalcante, 2010). Tal fato torna-se mais grave, se se considerar que as taxas de suicídio em países industrializados têm aumentado com a idade, sobretudo em homens idosos, além disso, o comportamento suicidário em pessoas idosas é mais efetivo, com maior taxa de mortalidade do que em pessoas mais jovens (Cattell, 2000). O mesmo autor acrescenta ainda que, apesar do suicídio e a sua prevenção serem uma área de prioridade de assistência na Europa, o suicídio nas pessoas idosas permanece um assunto negligenciado em todo o mundo, recebendo pouca atenção profilática e interesse científico.

Pires et al. (2009) sumarizam os fatores que podem justificar o padrão de suicidalidade no geral e, em particular, nos idosos, nomeadamente, a depressão como um aspeto predisponente ao comportamento suicidário, a presença de doenças físicas, sobretudo as doenças crónicas e incapacitantes como o cancro. Foram citados ainda, como relevantes, o isolamento social, outras doenças psiquiátricas (além da depressão), a viuvez, o divórcio ou nunca ter tido um relacionamento marital, aspetos étnicos (como ser branco), fatores económicos (como o desemprego e o nível de renda média/alta) e o falecimento de pessoas significativas.

O comportamento suicidário nos idosos, a demência, o consumo de álcool ou o alcoolismo, as doenças cardíacas, a hipertensão arterial, a disponibilidade de benzodiazepinas, os antidepressivos, os barbitúricos, os antipsicóticos, os ansiolíticos ou tranquilizantes, ser do sexo masculino e ter mais de 75 anos, morar em países industrializados, ter problemas de relacionamento, perder o seu domicílio ou sociedade, possuir alguns traços de personalidade (orgulho, rigidez, pessimismo, sentimento de desesperança, negação do envelhecimento, comportamentos obsessivos), a perda de habilidades, a diminuição da possibilidade de escolhas, a diminuição da qualidade de sono, a ausência de alguém em que se possa confiar, a perda do papel tradicional na família, a redução do número de cuidadores, a dependência de outras pessoas, o histórico de internamento e a ocorrência de alguma tentativa de suicídio anterior, também foram realçados como fatores de risco para o suicídio na faixa etária de idosos.

Vivências dos Familiares no Processo de Luto

As perdas significativas ou traumáticas podem nunca chegar a ser totalmente resolvidas. Para além disso, a adaptação não é equivalente a uma resolução no sentido de ultrapassar completamente e, de uma vez por todas, a perda. O luto e a adaptação não têm um tempo fixo ou uma sequência linear. A perda é um acontecimento de vida universal podendo ser vivida de modo traumático especialmente, quando os indivíduos se focam em aspetos ameaçadores da sua experiência, revelando prejuízos funcionais a longo prazo, inerentes a dificuldades de adaptação e de restabelecimento do estado pré-perda (Kristjanson, Lobb, Aorun e Monterosso, 2006).

O luto é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que aparecem como resposta a uma perda, seja real ou imaginativa (perda de um ideal, de uma expectativa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade. O luto é uma resposta natural à perda de um ente querido, sendo este um acontecimento stressante que, a maioria das pessoas, terá que enfrentar ao longo da vida. Uma grande perda é um processo de transição que obriga as pessoas a adaptarem às suas conceções sobre o mundo e sobre si próprias (Parkes, 1998). Por vezes, os casos de luto podem evoluir desfavoravelmente, resultando em consequências severas que afetam a saúde mental e física dos enlutados. São as formas de Luto Complicado (LC) em que a maior associação diz respeito a problemas de saúde como depressão, ansiedade, abuso de álcool e/ou medicamentos, risco de doenças e suicídios. Os sintomas de LC predizem, a longo prazo, uma incapacidade funcional de adaptação (Prigerson et al. 1995).

Jordan e McIntosh (2011) propuseram vários níveis de reação ao luto por suicídio, tais como: a tristeza e o desejo de se reunir com o falecido (caraterísticas após mortes inesperadas), o choque, nomeadamente a sensação de irrealidade sobre a morte e o trauma de encontrar um corpo mutilado e destruído.

Para além destas reações comuns, os sobreviventes de suicídio vivenciam caraterísticas que parecem ser únicas do luto por suicídio como, a raiva do falecido em “escolher” a morte sobreposta à vida e o sentimento de abandono.

Sveen e Walby (2008) acrescentam ainda que as reações dos sobreviventes diferem em consequência da história anterior de suicídio do falecido e a expectativa de morte, ou seja, podem vivenciar depois do suicídio o sentimento de alívio (muitas vezes, subjetivamente percebido como inaceitável e juntamente com culpa),

assim como, podem reagir com um choque acompanhado por entorpecimento e descrença (naqueles para quem a morte do falecido aconteceu inesperadamente). De fato, uma morte por suicídio pode afetar as pessoas nos mais variados tipos de relacionamento e, alterar as relações entre os membros da família para com os parentes mais distantes, amigos, vizinhos e empregadores. Já foram feitas várias tentativas em avaliar o número de sobreviventes de suicídio. Por exemplo, Shneidman sugeriu uma média de seis sobreviventes enlutados por suicídio, por outro lado Wroblewski (2002), sugeriu que havia dez sobreviventes deixados após a morte por suicídio. A primeira estimativa sistemática do número de sobreviventes de suicídio foi feita numa pesquisa entre os membros de grupos de apoio de sobrevivente de suicídio e, de acordo com Berman (2011), descobriu que o número varia consideravelmente, dependendo do tipo da relação, da frequência de contacto entre o falecido e os enlutados e da idade do falecido. É importante consciencializar que o luto é um processo dinâmico, ativo, que varia de pessoa para pessoa e que os sobreviventes experienciam inúmeras vivências de luto.

ESTUDO EMPÍRICO: METODOLOGIA

O estudo foi desenhado com a intenção de responder à seguinte questão de investigação: Quais são as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, na Cova da Beira?

No presente estudo, foi utilizada uma amostra não probabilística por acessibilidade em sintonia com os critérios de inclusão, nomeadamente, familiares de idosos residentes na Cova da Beira, que se suicidaram no período compreendido entre 2005 a 2011.

A recolha da amostra foi feita através das seguintes formas:

- Contacto com os Presidentes de Junta de Freguesia e população residente nas freguesias, no sentido de referenciar casos que se incluíssem no estudo;
- Pedido de autorização ao Comando Territorial de Castelo Branco no sentido de referenciar casos que integrassem o estudo. As respetivas autoridades entraram em contacto com os familiares, solicitando autorização para a participação no estudo.

Após ter sido dada autorização por parte dos familiares foi feito contacto prévio, pelo entrevistador, para agendamento da entrevista.

O período de colheita de dados realizou-se entre os meses de agosto e setembro de 2012.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, face a face, dada a sensibilidade da temática. O guião da entrevista semiestruturada seguiu a seguinte estruturação: Partes A e B referem-se aos dados de identificação que permitem fazer uma caracterização pessoal e sociodemográfica do familiar do idoso que se suicidou. Integraram também perguntas abertas, nomeadamente, a descrição de um dia tipo e de que forma o suicídio o/a afetou. Para a análise destas duas perguntas foi realizada análise de conteúdo.

Utilizaram-se como instrumentos de investigação de suporte ao estudo: o Inventário de Luto Complicado de Prigerson et al. (1995) traduzido por Frade (2010); a Escala de Depressão Geriátrica, GDS-30 de Yesavage et al. (1983) traduzida por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2008); a Escala de Satisfação Social (ESSS) de Ribeiro (1999) e a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978) versão portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988).



RESULTADOS

Nas tabelas seguintes são apresentados os dados do estudo no que diz respeito à identificação e caracterização da amostra (Tabela 1), ao ano de ocorrência do suicídio (Tabela 2) e às vivências dos familiares dos suicidas (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição da Amostra Segundo os Dados de Identificação e Caracterização da Amostra

| | | Frequência | Porcentagem |
|--|---------------------|------------|-------------|
| Género | Feminino | 12 | 70.6 |
| Estado civil | Viúvo | 8 | 47.1 |
| Hábitos Alcoólicos e/ou outros consumos | Não | 16 | 94.1 |
| Doenças Crónicas (Físicas e/ou Mentais) | Sim | 10 | 58.8 |
| Nível de escolaridade | Ensino primário | 6 | 35.3 |
| A quem recorre quando precisa de ajuda | Filho(a) | 6 | 35.3 |
| Religiosidade | Sim | 15 | 88.2 |
| Método do Suicídio | Enforcamento | 12 | 70.6 |
| Local do Suicídio | Fora de casa | 11 | 64.7 |
| Familiares em Luto Complicado | Sim | 12 | 70.6 |
| Familiares com depressão ligeira e grave | Sim | 4 | 23.5 |
| Relação familiar | Altamente funcional | 9 | 52.9 |

Tabela 2 - Distribuição da Amostra Segundo o Ano de Ocorrência do Suicídio

| | | Frequência | Porcentagem |
|-----------------|------|------------|-------------|
| Ano do Suicídio | 2011 | 3 | 17.6 |
| | 2010 | 5 | 29.4 |
| | 2009 | 3 | 17.6 |
| | 2007 | 1 | 5.9 |
| | 2006 | 1 | 5.9 |
| | 2005 | 4 | 23.5 |

Tabela 3 - Distribuição da Amostra Segundo as Vivências dos Familiares Enlutados

| | | Frequência |
|---------------------------------------|-----------------|------------|
| Vivências dos familiares dos suicidas | Saudade | 17 |
| | Tristeza | 15 |
| | Choque | 14 |
| | Abandono | 13 |
| | Angústia | 12 |
| | Desamparo | 11 |
| | Solidão | 10 |
| | Evitamento | 9 |
| | Revolta | 7 |
| | Incredibilidade | 6 |
| | Aceitação | 5 |
| | Ansiedade | 4 |
| | Dúvida | 1 |
| Impotência | 1 | |

DISCUSSÃO

No que diz respeito à caracterização da amostra, é constituída por 17 familiares enlutados de idosos que se suicidaram, no período compreendido entre 2005 a 2011. O ano com mais casos notificados foi 2010, com cinco casos, seguidamente de 2005 com quatro casos, 2009 e 2011 com três casos, respetivamente, e 2006 e 2007 com um caso notificado.

Em termos da variável idade dos familiares enlutados, esta variou dos 35 aos 72 anos, cuja idade média foi de 59 anos. É uma amostra com predominância do género feminino e do estado civil viúvo. Dos familiares viúvos, seis vivem sozinhos, tendo ajuda do(s) filho(s) que, na maioria dos casos vive distante, noutra distrito ou mesmo país. Ainda dos familiares viúvos, sete são mulheres, ou seja, esposas do suicida. A idade, o género e o estado civil são considerados fatores sociais e demográficos precipitantes dos comportamentos suicidários (SPS, 2008). No que se refere ao género, como fator de vulnerabilidade para o suicídio em idosos, os estudos identificam o sexo masculino como tendo maior probabilidade para a manifestação desse comportamento (Cattell, 2000; Quan, Arboleda-Flórez, Flick, Stuart, Love, 2002; Lamprecht, Pakrasi; Gash; Swann, 2005). Pode-se referir que, na amostra da Cova da Beira, houve uma maior representatividade do meio rural com 11 familiares. De acordo com os dados obtidos na revisão teórica a respeito da epidemiologia, verifica-se que na Cova da Beira existe um predomínio do meio rural.

Quanto ao nível de escolaridade da amostra, o ensino primário é predominante em seis casos, seguindo-se o nível secundário e universitário em três casos e, dois casos cujo ensino é o preparatório. Duas pessoas não frequentaram a escola e uma não completou o ensino primário.

No que se refere à presença de doenças, 10 familiares de suicidas têm doenças crónicas. As doenças crónicas mais referidas foram a depressão, os problemas osteoarticulares e cardíacos. Pires et al. (2009) consideram a depressão como um aspeto predisponente ao comportamento suicidário, na faixa etária dos idosos.

No que diz respeito à religiosidade, 15 familiares responderam ter religião, sendo a religião católica a que predomina. Apenas um familiar é testemunha de Jeová. Destaca-se a religião como fator protetor da amostra.

Na amostra, o método mais utilizado pelo idoso suicida foi o enforcamento, ocorrendo em 12 casos, dos quais cinco ocorreram em casa. Em relação aos restantes, houve dois casos por afogamento fora de casa e dois casos de atropelamento na linha férrea. Estes dados vêm ao encontro do registado para a população portuguesa onde o enforcamento é o método mais comum.

No que diz respeito à figura de referência quando os familiares dos suicidas precisam de ajuda são os filhos os mais procurados (seis casos) contudo, outras pessoas foram referidas tais como, o padre, linha de atendimento Saúde 24, o psicólogo. Salienta-se aqui o papel preponderante da família na pós-venção. Os técnicos de saúde são pouco referenciados pelos familiares que constituem a amostra, o que enfatiza a importância da rede de suporte social.

Pode-se visualizar a importância de que se reveste cada variável para o familiar enlutado num comportamento suicida. Verifica-se a predominância de alguns fatores de proteção, nesta amostra, nomeadamente o suporte social e familiar, crenças culturais e religiosas (Department of Health and Human Services [DHHS], 1999).

Ainda no que diz respeito à caracterização da amostra, em termos de resultados obtidos através dos instrumentos de investigação aplicados, chega-se à conclusão que em relação ao LC existem 12 familiares num processo de LC, cujas dificuldades mais sentidas são as dificuldades de separação, seguidas das dificuldades de negação e revolta e das dificuldades traumáticas. As restantes dimensões (depressivas e psicóticas) estão presentes, contudo em menor percentagem.

Apesar das suas particulares características vincuativas, laços afetivos inatos criados unidirecionalmente, pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais é perante uma perda que um desequilíbrio pode, de fato, acontecer (Bowlby 1980; Sanders, 1999).

Encontramos as respostas para este possível desequilíbrio na reação individual de cada membro, no seu modo particular de reagir e lidar com a perda.

Assim, não é só o impacto da perda, normalmente intenso e prolongado, mas também as suas consequências não reconhecidas pelo sistema familiar que podem levar à rutura no equilíbrio familiar (Brown, 1989).

Prigerson et al., (1995) salientam que os sintomas de LC predizem, a longo prazo, uma incapacidade funcional de adaptação. Existe um conjunto de fatores que fazem com que o luto seja mais duradouro do que seria de esperar.

No caso da GDS-30, verifica-se a presença de depressão grave em quatro familiares, e depressão ligeira noutros 4 familiares e nos restantes verifica-se ausência de depressão.

Contrapondo com a literatura os resultados obtidos na amostra, há perdas tão significativas ou traumáticas que podem nunca chegar a ser totalmente resolvidas, resultando em processos de depressão grave (Prigerson et al., 1995). Os resultados mostram, concomitantemente que, quanto maior é a sintomatologia depressiva, maior era também a autoperceção de solidão e menor era a autoperceção de saúde. No que diz respeito à ESSS, ou seja, ao suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar, com várias dimensões SA (satisfação com os amigos), IN (intimidade), SF (satisfação com a família), e AS (atividades sociais), apenas cinco familiares apresentam uma perceção mais baixa de suporte social, cujo resultado mínimo é de 31, apresentando as restantes famílias maior suporte social, cujo resultado máximo é de 68. Fica a dúvida se é devido ao meio rural, o que necessitaria de um estudo para se poder correlacionar variáveis. No que se refere à Escala de Apgar, ou seja, a funcionalidade familiar, nove famílias apresentam-se altamente funcionais, seis com uma disfunção leve e duas com uma disfunção severa.

Os dados nesta escala encontram-se em consonância com os dados obtidos através da aplicação da escala ESSS, pelo que pode-se afirmar que não houve falsas respostas. Também se pode salientar, tal como é referido na revisão teórica, a importância dos laços, da estrutura e do suporte social e familiar.

No que diz respeito ao estudo qualitativo do agregado familiar, mais particularmente em relação às vivências por parte dos familiares de idosos que se suicidaram, verificou-se que a saudade foi a vivência referida pela totalidade dos familiares suicidas.

Seguidamente foram referidas vivências como a tristeza, o choque, o abandono, a angústia, o desamparo, a solidão, o evitamento, a revolta, a incredibilidade, a aceitação, a ansiedade, a dúvida e a impotência.

Estas vivências podem ser salientadas pelos seguintes relatos dos familiares suicidas: “no geral afetou tudo, há momentos em que não acredito e estou à espera que ele chegue”; “sinto-me cada vez pior, fiquei mais nervosa, sinto-me angustiada, fiquei com a imagem dele enforcado, tenho pesadelos durante a noite, não consegui ir ao funeral, não consigo ir a casa”; “não há palavras que expliquem”; “reagi com tristeza”; “sinto muito a falta dele, foi uma grande perda”; senti-me e sinto-me como se tivesse perdido muitos anos da minha vida”; “o mundo parece que tinha desabado para mim”; “é algo que fica para o resto da vida e que nunca se esquece, é uma revolta”.

Os resultados da amostra focalizam alguns dos resultados pesquisados na revisão teórica, nomeadamente em que, Jordan e McIntosh (2011), propuseram vários níveis de reação ao luto, tais como a tristeza e o desejo de se reunir com o falecido, o choque e a sensação de irrealidade sobre a morte. Para além destas reações comuns, os sobreviventes de suicídio vivenciam características que parecem ser únicas do luto por suicídio como, a raiva do falecido em “escolher” a morte sobreposta à vida (que na amostra traduziu-se pela vivência de revolta) e o sentimento de abandono.

A análise de conteúdo realizada também vai ao encontro dos estudos que Boelen, Bout e Hout (2003) realizaram a respeito da relação entre cognições negativas e os problemas emocionais após o luto, com o intuito de adquirirem um maior conhecimento acerca dos mecanismos psicológicos subjacentes que estão envolvidos no desenvolvimento e persistência dos problemas emocionais em que, apesar da perda de uma pessoa amada ser geralmente considerada como um dos acontecimentos de vida mais stressantes que a pessoa pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem ajuda profissional. Porém, algumas pessoas não recuperam e experimentam alterações constantes na saúde mental. Os problemas comumente observados incluem depressão, sintomas da perturbação de pós-stresse traumático e outras perturbações ansiosas e sentimentos de culpa.

CONCLUSÕES

(Implicações para a Prática Clínica)

Indo ao encontro do objetivo inicialmente proposto, conhecer as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, pode-se referir que os familiares enlutados da amostra estudada vivenciaram sentimentos de solidão, desamparo, incredibilidade, abandono, angústia, tristeza, choque e saudade do falecido.

A amostra apresentou alguns fatores de proteção, nomeadamente o meio rural, a religião, a rede de suporte familiar e social, a ausência de hábitos alcoólicos e outros consumos. Contudo, a amostra, revelou também ter alguns fatores de risco, nomeadamente o isolamento, a solidão, a angústia, a noção de abandono, assim como, apresentou níveis elevados de LC e depressão.

O acompanhamento desta população de forma sistematizada, com proximidade e promovendo a sua acessibilidade aos cuidados de saúde poderia prevenir comportamentos suicidários no futuro. O reforço da rede de suporte social, fator protetor identificado, poderia também ser ajustado para esta população.

Desta forma, é importante pensar e agir na promoção, intervenção e pós-venção e, somente será possível, com um conhecimento profundo da sociedade e dos seus eventos de vida.

O papel dos técnicos de saúde na identificação precoce de sinais de risco, encaminhamento e intervenção terapêutica nos contextos comunitários e hospitalares é determinante para a redução de suicídios. Assim, a resposta a este problema implica interações multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais onde deve mobilizar técnicos a trabalhar em contextos de saúde pública e hospitalar, com ações direcionadas para o indivíduo, família e comunidade.

Torna-se fundamental definir um plano de prevenção do suicídio para cada região de acordo com o padrão de suicidalidade, adequar os planos de intervenção, nomeadamente na identificação de casos de risco, da desesperança, a formulação de protocolos com as forças de segurança, assim como, se evidencia a necessidade de existirem meios de diagnóstico adequados à faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berman, A. L. (2011). Estimating the population of survivors of suicide: Seeking an evidence base. *Suicide and Life-Threatening Behavior* (41), 110-116.

Boelen, P. A., Bout J., & Hout, M. A. (2003). The role of cognitive variables. In psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy* (41), 1123-1136.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.

Brown, F. H. (1989). *The Impact of Death and Serious Illness on the Family Life Cycle*. In Carter & MacGoldrick (Eds.), *The Changing Family Life Cycle* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.

Cattell, H. (2000). Suicide in the elderly. *Advances In Psychiatric Treatment* (6), 102-108.

Instituto Nacional de Estatística (2011, 2013). Acedido em <http://www.ine.pt/>

International Association for Suicide Prevention (2012). Acedido em <http://www.iasp.info>

Jordan, J. R., & McIntosh, J. L. (2011). Suicide Bereavement: Why Study survivors of Suicide Loss? In J. R. Jordan, & J. L. McIntosh (Eds.), *Grief after Suicide* (pp. 3-17). Routledge: New York, NY, USA.

Kristjanson, L., Lobb, E., Aorun, S., & Monterosso L. (2006). A Systematic review of the literature on complicated grief. Edit Cowan University, Commonwealth of Australia – Camberra: Department of Heath & Ageing.

Lamprecht, H., Pakrasi, S., Gash, A., & Swann, A. (2005). Deliberate self-harm in older people revisited. *International Journal of Geriatric Psychiatry* (20), 1090-1096.

Mental Health: A Report of the Surgeon General (U.S. Department of Health and Human Services [DHHS]), 1999. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>

Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre as pessoas idosas: Revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757.

Ordem dos Enfermeiros (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Acedido em http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.aspx

Organização Mundial da Saúde (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Projet ATLAS*. Genebra (Fact Sheet No. 260, abril 2001).

Organização Mundial de Saúde (2003). *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da CID-10*. Porto alegre: Artmed.

Parkes, C. M. (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.

Pires, M., Kurtinaitis, L., Santos, M., Passos M., Sougey, E., & Filho, O. (2009). Fatores de risco para a tentativa de suicídio em idosos. *Revista de Neurobiologia*, 72(4), 21-28.

PORDATA (2012). Acedido em <http://www.pordata.pt/>

Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka A., Frank, E., Doman, J., & Miller M. (1995). The inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 65-79.

Quan, H., Arboleda-Flórez, J., Flick, G., Stuart, H., & Love, E. (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (37), 190-197.

Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sanders, C. M. (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Shneidman, E. (1985). *Definition of suicide*. New York: Wiley.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008, 2010). Acedido em <http://www.spsuicidologia.pt/>

Sveen, C. A., & Walby, F.A. (2008) Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior* (38), 13-34.

Werlang, B. S. G., Borges, V. R., & Fensterseifer, F. (2004). Estudo de fidedignidade e validade da escala de ideação suicida de Beck. In B.S.G. Werlang, & N.J. Botega (Eds.), *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed.

Wroblewski, A. (2002). *Suicide Survivors: A Guide for Those Left Behind; SAVE*: Minneapolis, MN, USA.