

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TICIANNE FREGA

A FINITUDE AUTOPROVOCADA DA VIDA: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS A
RESPEITO DO TEMA DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO - PR

CURITIBA

2019

TICIANNE FREGA

A FINITUDE AUTOPROVOCADA DA VIDA: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS A
RESPEITO DO TEMA DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO - PR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Políticas Públicas, Setor de Ciências Sociais Aplicadas,
Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à
obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Prof. Dr. Helvo Slomp Junior

Co-orientação: Prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno

CURITIBA

2019

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS –
SIBI/UFPR COM DADOS FORNECIDOS PELO(A) AUTOR(A)

Bibliotecário: Eduardo Silveira – CRB 9/1921

Frega, Ticianne

A finitude autoprovocada da vida: a percepção de pessoas idosas a Respeito do tema do suicídio no município de Colombo – PR / Ticianne Frega. – 2019.
90 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico.

Orientador: Helvo Slomp Junior.

Defesa: Curitiba, 2019.

1. Suicídio. 2. Idosos. 3. Colombo (PR). I. Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Sociais Aplicadas. Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Econômico. II. Slomp Junior, Helvo. III. Título.

CDD 394.88098162




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO POLÍTICAS PÚBLICAS -
40001016076P0

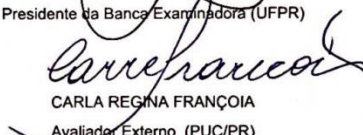
TERMO DE APROVAÇÃO


Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em POLÍTICAS PÚBLICAS da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **TICIANNE FREGA** intitulada: **A FINITUDE AUTOPROVOCADA DA VIDA: A PERCEPÇÃO DE PESSOAS IDOSAS A RESPEITO DO TEMA DO SUICÍDIO NO MUNICÍPIO DE COLOMBO-PR**, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua aprovação no rito de defesa.

A outorga do título de mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 29 de Março de 2019.


HELVÉCIO SLOMKOWSKI
Presidente da Banca Examinadora (UFPR)


CARLA REGINA FRANÇOIA
Avaliador Externo (PUC/PR)


RAFAEL GOMES DITTERICH
Avaliador Interno (UFPR)



Scanned with
CamScanner

Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - CURITIBA - Paraná - Brasil
CEP 80210-170 - Tel: (41) 3360-4354 - E-mail: politicaspublicas@ufpr.br

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus, primeiramente. Sem Ele nada disso seria realidade, tanto a entrada quanto a conclusão desse caminho que foi o Mestrado.

Agradeço aos meus pais, fontes do meu orgulho e minha inspiração como pessoas grandiosas, do bem, que sempre me proporcionaram o acesso ao estudo e me transmitiram, com amor e confiança, a importância do saber. Agradeço também à minha irmã, cunhado, sobrinhos e amigos que, por muitas vezes, entenderam minhas ausências e que muito me incentivaram sempre a perseverar.

Agradeço ao meu orientador, prof. Dr. Helvo Slomp Júnior, que além de se dispor a dividir o seu saber, teve muita paciência para os momentos de impasse e maestria na condução deste trabalho que nos colocou, a ambos, em franco aprendizado. Agradeço ao meu co-orientador, prof. Dr. Roberto Eduardo Bueno, que se dispôs a caminhar junto na consecução da pesquisa e trouxe contribuições valiosas.

Agradeço imensamente aos professores e equipe do Programa de Pós graduação de Políticas Públicas da UFPR, pelo acolhimento e pela disposição na transmissão do conhecimento.

Agradeço a Lia Cavalcanti, uma das principais pessoas que foram inspiração para eu retornar aos estudos pela via universitária, pois uma das muitas coisas que com ela aprendi, foi que o saber universitário é uma forte ferramenta para a discussão com a comunidade científica e, com isso, fazer circular o conhecimento a respeito de temas socialmente polêmicos e não muito fáceis (o suicídio sendo um deles), porém essenciais para o desenvolvimento humano.

Agradeço aos meus amigos e também aos meus colegas de turma, em especial a Diana, João Rafael e Fabiana que, em muitos momentos, foram verdadeiros alicerces para que a caminhada continuasse.

Agradeço, em especial, a minha amiga, colega e vizinha, a agora Mestre (e futura Doutora), Adriane Wolmann. Obrigada pela sua generosidade e pela sua amizade.

E claro, não posso deixar de agradecer, a cada pessoa que me permitiu o privilégio de adentrar às suas particularidades de vida através das entrevistas e a todos os envolvidos no município de Colombo-PR que muitíssimo bem me receberam e me acolheram, e tornaram possível esse trabalho.

RESUMO

Este trabalho teve como motivação central recentes dados governamentais que indicam um aumento de óbitos por suicídio entre pessoas idosas, com 70 anos ou mais, no Brasil. A pesquisa foi de base quantitativa e qualitativa. Buscou-se dados epidemiológicos a respeito do suicídio nesta população, no município estudado, entre os anos de 2011 e 2015, a fim de que houvesse o comparativo de tais dados com os cenários do Estado do Paraná bem como do Brasil. Esta busca teve como resultado a não existência de registro de casos no município referido, no período estudado, o que levou ao problema da subnotificação quando de casos de suicídio e tentativas de suicídio. Na abordagem qualitativa foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, com perguntas disparadoras, tendo como referencial teórico a cartografia, buscando conhecer a percepção de pessoas idosas, com 70 anos ou mais, participantes de um dos Centros de Convivência voltado para pessoas idosas no município de Colombo-PR. Problematicou-se o tema do circular da palavra no encontro singular como campo da pesquisa. Foram entrevistados, ao todo, 7 idosos e as transcrições obtidas de tais entrevistas possibilitaram a problematização de três alicerces que foram apresentados pelos entrevistados como protetores da vida, com relação ao suicídio: o vínculo familiar, a crença religiosa e a participação no Centro de Convivência.

Palavras-chave: suicídio, tentativa de suicídio, Assistência Integral à Saúde do Idoso, cartografia, Centros de Convivência para Idosos.

ABSTRACT

This study had as a main motivation the recent government data indicating an increase in suicide deaths of people aged around 70 years old or more in Brazil. The research was quantitative and qualitative. Epidemiological data regarding suicide about this population, in the municipality studied, between years of 2011 and 2015, were used to compare the data with references to surveys of the subject in the public listed in the scenarios of the State of Paraná and Brazil as well. This search resulted in a non-existence of a record by cases in the mentioned region during the period analyzed, which led to the problem of underreporting in cases of suicide and suicide attempts. In the qualitative approach a semi-structured interview was used, with questions triggering, with theoretical reference to cartography, to understand the perception of elderly people, aged 70 years or more, allocated in one of the Coexistence Centers for elderly people in the city Colombo-PR. The theme of the word circular in a singular encounter as field of research was problematized. In all 7 elderly people were part of survey, and the transcripts obtained from such interviews made it possible to problematize the three foundations that were presented by the interviewees as life protectors in relation to suicide: the family bond, religious belief and participation in the Coexistence Center.

Key words: suicide, suicide attempt, Comprehensive Health Care for the Elderly, cartography, Elderly Living Centers.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
1.1 E assim foi que começou... ..	9
1.2 Sobre o suicídio	13
1.3 O envelhecimento.....	19
1.4 Possibilidade (s) de prevenção do suicídio nos idosos	23
1.5 A escolha por Colombo-PR como campo de pesquisa.....	26
2. OBJETIVOS	29
2.1 Objetivo geral.....	29
2.2 Objetivos específicos	29
3. MÉTODO.....	29
4. RESULTADOS	33
4.1 O percurso que antecedeu as entrevistas.....	33
4.2 E assim foram as entrevistas com os idosos	36
4.3 Os dados.....	61
5. DISCUSSÃO	62
5.1 Do registro dos suicídios ao que as entrevistas nos disseram	62
5.2 O circular da palavra no encontro singular como campo	66
5.3. O que nos dizem os três alicerces protetores da vida	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
7. REFERÊNCIAS	77
ANEXOS.....	85
Anexo 1 – Ficha de Notificação Obrigatória para Situação de Violência.....	85
Anexo 2 – Roteiro de entrevista semi-estruturada com questões disparadoras.....	87
Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	88
Anexo 4 – Documento emitido pela Secretaria Municipal de Colombo-PR.....	91

1. INTRODUÇÃO

1.1 E assim foi que começou...

Decido iniciar a escrita dessa dissertação com aquilo de mais genuíno que penso que ela possui, a saber, sua origem. Fazer uma imersão pelo caminho da própria experiência é, desde o início deste escrito, o efeito que a inspiração do método da cartografia me produziu. Souza e Francisco (2016, p. 814) descrevem isso muito bem quando dizem que “cartografar implica, necessariamente, um mergulho no campo da experiência”. Portanto, é da experiência o ponto inicial para tudo que a partir daqui se segue. No decorrer do trabalho, certamente, será melhor explicitado o método escolhido e todos os resultados que por meio dele foram possíveis alcançar e construir.

Desde o projeto entregue para a candidatura à vaga no Mestrado até o início do mesmo propriamente dito, por vários motivos, houve a decisão pela completa mudança do tema de trabalho, pois o inicialmente pensado envolvia o tema da Redução de Danos. A experiência com o tema do suicídio, mais significativa no meu campo prático naquele momento de vida e de trabalho, resultou na completa mudança do objeto de estudo para essa dissertação. Foi nesse percurso, portanto, que o tema do suicídio ganhou caráter, de fato, de protagonista.

Foi a lembrança e o conseqüente resgate da função de trabalho como Apoiadora Institucional em Saúde Mental do município de Curitiba-PR, função essa que exerci por cerca de 2 anos (mais especificamente nos anos de 2015 e 2016) num dos Distritos Sanitários - localizado mais especificamente na região Sul da cidade - foi o que contribuiu para a virada que o estudo ganhou. Além disso, a função de trabalho que me tomava, no ano de 2017, junto à Rede de Proteção para Pessoas em Situação de Violência de um dos Distritos Sanitários da cidade – porém desta vez, na região Norte do município – foi decisivo para que o tema envolvendo o suicídio, finalmente, ganhasse ares de certeza.¹

Vale compartilhar que a proposta de implantação do Apoio Institucional em Saúde Mental na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba ocorreu no ano de 2013 com o desejo de elaboração de novos modos de produção do cuidado. Foi pautada na Política Nacional de Humanização e nos princípios que afirmam que a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde são inseparáveis, bem como na promoção de mudanças nas práticas de

¹ Vale destacar que a Psicologia é a minha formação de base e a vinculação enquanto funcionária pública da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, data de agosto de 2008.

saúde. O Apoio Institucional em Saúde Mental tem por objetivo analisar a dinâmica de relações, de práticas, de afetos, colocando-se a serviço das pessoas, conferindo-lhes meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, com a finalidade de construção de redes e de práticas, abrindo assim a possibilidade de funcionar como articulador e conector, produzindo novos territórios e novas formas de fazer (FREGA, et al, 2016).

À época, no mesmo ambiente físico onde ficava meu local fixo de trabalho, ou seja, no Distrito Sanitário, localizava-se também o setor de Epidemiologia, setor este vinculado à Coordenação de Vigilância em Saúde, enquanto a minha função vinculava-se, naquele momento, à chamada Coordenação de Assistência. Tal proximidade me fez atentar à existência de uma ficha (Anexo 1), a qual vinha direcionada para o setor de Epidemiologia, que tratava a respeito das violências em geral, porém algumas mais especificamente das tentativas de suicídio correspondentes àquele Distrito. Além da proximidade física, minha atenção para isso se voltou de fato quando uma das Coordenadoras de uma das Unidades de Saúde à época trouxe até mim uma situação envolvendo uma ficha, ou seja, um caso em que ela estava tendo dificuldades na organização do seu pessoal de trabalho para efetivamente atender àquela situação. Portanto, busquei entender qual era o percurso que aquele material seguia e, uma das conclusões, era a de que o processo era moroso, que passava por muitas mãos e que, do processo de notificação em si até o atendimento da (s) pessoa (s) envolvida (s), os dias que se acumulavam eram muitos.

Tal assunto tornou-se pauta junto à direção do Distrito, e um novo fluxo então foi criado. Após devidamente recebidas e computadas pela equipe da Epidemiologia, as fichas passaram a vir até mim (e não mais diretamente para as Coordenadoras das Unidades de Saúde como até então era feito), e depois eram repassadas para as respectivas Coordenadoras com um breve resumo das ações que já haviam sido feitas por mim e, quando necessário, sugestões a respeito da condução do caso em área.

Foi então deste trabalho que me deparei com uma infinidade de casos que necessitavam certa urgência no atendimento, no acolhimento da demanda, a qual vinha em forma de não só do desejo de morrer, como, de fato, pelas tentativas em si de suicídio. Afinal, pelo que aquelas pessoas estavam passando que as fizeram chegar naquele ponto? Portanto, um dos principais objetivos do trabalho era dar agilidade na oferta de serviços em saúde, corroborando assim com três dos objetivos elencados pelo Ministério da Saúde, característicos e esperados da função do Apoio Institucional: colaborar com a organização da rede regionalizada de saúde, melhorar a qualidade da atenção e estimular a implementação

das políticas públicas governamentais de saúde de forma horizontal, superando assim a fragmentação das ações na gestão e na atenção à saúde (BRASIL, 2017).

Na prática, portanto, resumo o que era feito: quando as fichas chegavam até mim, eu primeiramente lia tudo que a ficha continha de informações, e depois fazia contato telefônico com as pessoas envolvidas. Em cada contato eu me identificava e, para minha surpresa, as pessoas não só me atendiam, como confiavam a mim os detalhes do ocorrido, as razões e motivações que as fizeram ir ao ato, ou seja, atentar contra si com o intuito de morrerem. E foram desses contatos telefônicos que nasceu não só uma ação de trabalho, mas uma motivação e mobilização com relação ao tema do suicídio, visto que nesses contatos, passei a apreender os fatos ocorridos e, conseqüentemente, a detectar que as pessoas estavam em franco sofrimento, necessitando, na maior parte das vezes, de ajuda imediata. Era ali então que eu buscava, para cada demanda ouvida, dando particularidade a cada sujeito, articular formas e locais de atendimento. Porém, vale dizer, agendamentos e encaminhamentos foram feitos e providenciados, praticamente, apenas dentro do segmento da saúde.

Até onde o trabalho pôde caminhar, bons resultados foram detectados e entendeu-se que a integração, até então inédita, entre o trabalho da Epidemiologia e da Saúde Mental, foi fundamental. Conforme publicado no ano de 2016, além deste objetivo da integração entre os serviços, essa experiência tinha ainda como objetivos: potencializar o atendimento às demandas dos pacientes que chegavam através das fichas epidemiológicas e proporcionar agilidade no atendimento às pessoas em sofrimento psíquico, conforme já descrito (FREGA et al, 2016).

No ano seguinte, em 2017, mudanças na gestão municipal ocorreram e fui convidada a integrar, desta vez, a equipe da Epidemiologia no setor de Vigilância em Saúde de outro Distrito Sanitário de Curitiba-PR, para coordenar o trabalho da Rede de Proteção, setor esse específico que envolve pessoas em situação de violência (s). Novamente, em um dos eixos do trabalho com as violências, estava eu às voltas com o tema e os casos envolvendo o suicídio (mais especificamente as tentativas). Mas, desta vez, além do suicídio, outros eixos também inspiravam cuidados, a saber, as violências envolvendo as crianças e adolescentes, as mulheres e pessoas acima de 60 anos, ou seja, os idosos. Eis mais uma inflexão no sentido de aproximar-me do atual objeto de estudo, que será delimitado a seguir.

A lida com este trabalho por cerca de 6 meses contribuiu para que eu não só aprendesse muito mais a respeito das violências e seus desdobramentos, como mais uma vez, me pôs em contato com as pessoas que se colocavam nesta linha tênue entre o viver e o

morrer segundo sua própria decisão. Além disso, novamente, nesta nova função de trabalho, pude verificar o quanto se dispor a ouvir essas pessoas, suas motivações, medos e anseios, reiterou a importância não só do trabalho em si, mas também do acolhimento, sua importância, seu significado e seus desdobramentos. Segundo Silva e Alves (2008, p. 77),

o acolhimento é um modo de operar o processo de trabalho em saúde a fim de atender a todos os usuários, ouvindo seus pedidos, elegendo suas reais necessidades e assumindo uma postura acolhedora capaz de escutar e pactuar respostas mais adequadas. Este modo de agir permite que haja um atendimento com maior resolutividade e responsabilização.

Foi nesta prática, de colocar voz naquilo que até então parecia ser apenas mais um papel, mais uma ficha, é que também fez sentido o uso da chamada caixa de ferramentas tecnológicas. De acordo com Mehry e Feuerwerker (2017), tais ferramentas seriam os saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais, que fazem sentido de acordo com o lugar que ocupam no encontro entre médico e usuário, por exemplo. Os autores apresentam três ferramentas tecnológicas possíveis de serem utilizadas no campo desse encontro no cuidado em saúde e lembra que, dependendo de como se combinam esse três tipos de tecnologias, é que se configuram diferentes modelos de atenção à saúde:

- a primeira, chamada de tecnologia dura, é a que permite manusear máquinas, equipamentos, regulamentos, protocolos, ou seja, tudo aquilo que possibilite acessar dados físicos, exames laboratoriais e imagens, além de medicamentos, necessários para alimentar o raciocínio clínico e auxiliar nas intervenções terapêuticas;
- a segunda, chamada de tecnologia leve-dura, parte do olhar daquilo que é construído a partir de saberes bem definidos, como a clínica (de cada profissão) e a epidemiologia, por exemplo, mas que exige o olhar do trabalhador de saúde sobre o usuário, como sendo o objeto de sua intervenção, em um processo de apreensão de seu mundo e de suas necessidades. “É a partir deste terreno que os produtos da primeira caixa de ferramentas ganham significados como atos de saúde” (p. 41).
- a terceira, chamada de tecnologia leve, “é a que permite a produção de relações envolvidas no encontro trabalhador-usuário mediante a escuta, o interesse, a construção de vínculos, de confiança” (p. 41). Seria esta ferramenta tecnológica que possibilitaria captar a singularidade, o contexto, o universo cultural, os modos específicos de viver determinadas situações por parte do usuário, enriquecendo e ampliando o raciocínio clínico do trabalhador em saúde.

Percebeu-se, portanto, que o trabalho com as fichas, e conseqüentemente com as pessoas em questão, em ambos os Distritos, o uso das chamadas tecnologias leve-duras e leves, ou seja, as tecnologias que envolvem o caráter relacional e de vínculo, foram importantes. Neste segmento, pode-se dizer que o trabalho com as fichas em si, o conteúdo preenchido em cada um dos itens lá expostos, representariam o que seria a chamada tecnologia leve-dura, e os contatos e conversas com cada usuário, representariam a chamada tecnologia leve.

Foi por este caminho, que a decisão pela construção de uma pesquisa eminentemente qualitativa dentro do tema do suicídio, tendo a escuta como ferramenta de trabalho, foi tomada.

1.2 Sobre o suicídio

O suicídio é caracterizado pelo comportamento auto lesivo que envolve desde a ideação suicida até a autoagressão fatal (MOREIRA et al, 2017, p. 30). Porém, Bertolote (2012, p. 21) coloca que uma definição precisa de suicídio ainda suscita divergências e propõe a adoção, portanto, da definição elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) datada de 1998, segundo a qual

o suicídio é o ato deliberado, intencional, de causar a morte de si mesmo, ou, em outras palavras, um ato iniciado e executado deliberadamente por uma pessoa que tem a clara noção (ou uma forte expectativa) de que dele pode resultar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado.

Dados levantados e divulgados pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2018) - a qual divulgou um Primeiro Boletim sobre o suicídio no ano de 2014 - trazem o suicídio como sendo, por exemplo, a segunda causa de morte entre jovens entre 15 e 29 anos no ano de 2015. Além disso, mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio no mundo todos os anos, sendo que a cada 40 segundos uma pessoa tiraria a própria vida.

Se ainda se considerar que para cada suicídio haveria muito mais pessoas que tentariam o suicídio a cada ano, o suicídio, portanto, deve ser tomado de fato como é, ou seja, como um grave problema de saúde pública e deve ser tratado como prioridade. Sob essa perspectiva, o Brasil é signatário do Plano de Ação em Saúde Mental, lançado em 2013 pela OMS, com o objetivo de acompanhar o número anual de mortes e o desenvolvimento de programas de prevenção em relação ao suicídio. Além disso, o Brasil tem como meta a redução em 10% da mortalidade por suicídio até o ano de 2020, sendo que a redução da taxa

de mortalidade faz parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até o ano de 2030 (BRASIL, 2017).

De Leo (2012, p. 7) afirma que o suicídio seria a pior de todas as tragédias humanas, pois não apenas representaria a culminância de um sofrimento insuportável para o indivíduo, como também significaria uma dor perpétua e um questionamento torturante, infindável, para os que ficam.

Neste sentido, Freud, em seu famoso texto intitulado “O Mal-Estar na Civilização”, datado do ano de 1930, coloca que a infelicidade seria muito menos difícil de se experimentar na vida do que a felicidade. Freud relata ainda que

o sofrimento nos ameaça a partir de três direções: de nosso próprio corpo, condenado à decadência e à dissolução, e que nem mesmo pode dispensar o sofrimento e a ansiedade como sinais de advertência; do mundo externo, que pode voltar-se contra nós com forças de destruição esmagadoras e impiedosas; e, finalmente, de nossos relacionamentos com os outros homens. O sofrimento que provém dessa última fonte talvez nos seja mais penoso do que qualquer outro (p.25).

Um sofrimento intenso, uma crise, pode levar uma pessoa a um colapso existencial, acarretando vivências de angústia e desamparo, de incapacidade e de esgotamento, de falta de perspectiva de solução. Se essas sensações ultrapassarem a capacidade pessoal de reação e adaptação, pode aumentar a vulnerabilidade para o suicídio, que passa a ser visto então como solução única para uma situação insuportável (BOTEGA, 2015, p.12). Na maioria dos casos, o suicídio é fruto do desespero, de uma intensa dor psíquica (BOTEGA, 2018, p. 179).

Souza et al (2014, p. 390) afirma ainda que o suicídio é um ato consciente de autoaniquilamento, vivenciado por aquele em situação de vulnerabilidade, que o percebe como a melhor solução para escapar de uma dor psicológica insuportável. Neste ensejo, o suicídio resultaria da intencionalidade do sujeito, mas seria influenciado por fatores sociais e microssociais.

Bertolote (2012, p. 70) refere ser importante diferenciar os *fatores* chamados *predisponentes* - que seriam aqueles que criariam o terreno no qual vai se instalar um processo suicida – dos *fatores* chamados *precipitantes* – que seriam aqueles que, agindo em terreno propício, provocariam a sequência final de comportamentos que levariam ao suicídio. Os primeiros são também chamados de *fatores distais*, por agirem muito antes do ato suicida, ao passo que os últimos são chamados de *fatores proximais*, pela proximidade temporal com o ato suicida em si.

Foi no ano de 2013 que o conhecido Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais, mais conhecido como DSM, da Associação Americana de Psiquiatria, teve sua 5ª edição publicada nos Estados Unidos. No capítulo intitulado “Condições para Estudos Posteriores”, no qual são apresentados conjuntos de critérios propostos a fim de encorajar pesquisas futuras, foram incluídos dois então possíveis transtornos ligados ao tema do suicídio: o chamado Transtorno do Comportamento Suicida e outro chamado Autolesão Não Suicida. Porém o Manual cita que a Força-Tarefa e os Grupos de Trabalho envolvidos diretamente na revisão do material não encontraram evidências suficientes para a inclusão dessas propostas como diagnósticos oficiais de transtornos mentais, portanto poderiam ser considerados transtornos a serem incluídos numa próxima edição, desde que especialistas cheguem a algum consenso sobre o tema (DSM-5, 2014, p. 783).

A fim de interesse desta pesquisa, a definição do que seria então o chamado Transtorno de Comportamento Suicida pelo DSM-5 envolveria obrigatoriamente a ocorrência de uma tentativa de suicídio, a qual seria um comportamento que o indivíduo realizou com pelo menos alguma intenção de morrer, podendo este comportamento levar ou não a alguma lesão ou consequência médica séria. De outra forma, o Manual coloca que a tentativa de suicídio também poderia ser definida como “uma sequência autoiniciada de comportamentos por um indivíduo que, no momento do início, tinha a expectativa de que o conjunto de ações levaria à sua própria morte” (p. 801). Revela ainda que o “momento do início” é o momento em que ocorreu um comportamento que envolveu a aplicação do método.

O Manual ainda coloca critérios propostos para a definição deste Transtorno, que seriam: o indivíduo fazer uma tentativa de suicídio nos últimos 24 meses; o ato não preencher critérios para autolesão não suicida; o diagnóstico não incluiria a ideação suicida ou atos preparatórios; o ato suicida não ter iniciado durante estado de *delirium* ou confusão; o ato não ter sido realizado unicamente por um objetivo político ou religioso (DSM-5, 2014).

Mas há quem critique essa tentativa de captura da questão do suicídio pela Psiquiatria. De Leo (2012) afirma que a possível introdução de uma categoria diagnóstica como “Transtorno de Comportamento Suicida” pode representar a encapsulação definitiva de todos os comportamentos suicidas no terreno da Psiquiatria, contrariando, assim, teóricos e pesquisadores que concebem o suicídio em termos holísticos, de acordo com uma perspectiva psicossocial.

Porém, a afirmação do suicídio como doença data dos séculos XVII e XVIII e teria sido na metade do século XX a retomada da perspectiva filosófica e médica a respeito do suicídio. Foi o médico inglês Thomas Browne, no ano de 1643, quem criou a palavra

“suicídio”, primeiramente em grego (*autofonos*), que foi traduzida para o inglês como *suicide* em 1645.

Portella (2015), citando Émile Durkheim, coloca que as taxas de suicídio podem ser colocadas à parte, em separado das causas psicológicas individuais, ficando a etiologia do suicídio inscrita a partir de conceitos como o de integração social. “Para Durkheim, a taxa de suicídio varia inversamente ao grau de integração social” (p. 171).

Já segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013, p. 10), o suicídio é um problema social de grande relevância para a saúde pública e que, principalmente, pode ser evitado. Vale ressaltar que foi entre o final do século XX e o início do XXI que houve a consolidação da abordagem do suicídio pelo viés da saúde pública, com ênfase, principalmente, em sua prevenção, levando em conta a abordagem de caráter transdisciplinar (BERTOLOTE, 2012, p. 29, 31, 34, 38).

Botega (2015, p. 24) coloca que foi mais enfaticamente na década de 1990 que o suicídio foi considerado como um problema a ser enfrentado também na área da saúde pública. O autor afirma que antes de ser abordada pelos órgãos responsáveis pela saúde pública, a prevenção do suicídio teria sido iniciada e gerida por organizações não governamentais inspiradas em princípios religiosos e filantrópicos.

Neste sentido, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) faz um importante alerta sobre o suicídio quando refere o cuidado que há de se ter para não desqualificar o ato daqueles que tentam tirar a própria vida ou daqueles que conseguem fazê-lo, pois há o risco de estigmatizar esses sujeitos “como alguém que não pode estar são ou no controle da sua própria conduta e, com isso, acaba-se por amordaçar o indivíduo e impedir que tudo aquilo que sua morte poderia trazer à tona se manifeste” (CFP, 2013, p. 17).

Para o enfrentamento da questão do suicídio dentro do âmbito da saúde pública, “há que se pensar que toda e qualquer morte traz à tona algo sobre a sociedade em que ela acontece” (CFP, 2013, p. 17). Portanto, um ato suicida, por mais individual que seja, comporta uma multiplicidade de fatores envolvidos para sua ocorrência visto que o suicídio possui uma origem multifatorial, multideterminada e transacional, que se desenvolveria através de trajetórias ou percursos complexos, porém identificáveis (BERTOLOTE, 2012, p. 99).

A OMS considera o suicídio como evitável justamente por possuir fatores identificáveis de sua(s) causa(s) (OMS, 2018). Nesta vertente, sugere medidas que podem ser

tomadas junto à população, subpopulação e em níveis individuais para prevenir o suicídio e suas tentativas, incluindo:

- Redução de acesso aos meios utilizados (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações);
- Cobertura responsável pelos meios de comunicação;
- Introdução de políticas para reduzir o uso nocivo do álcool;
- Identificação precoce, tratamento e cuidados de pessoas com transtornos mentais ou por uso de substâncias, dores crônicas e estresse emocional agudo;
- Formação de trabalhadores não especializados em avaliação e gerenciamento de comportamentos suicidas;
- Acompanhamento de pessoas que tentaram suicídio e prestação de apoio comunitário.

Porém, sendo considerado um grave problema de saúde pública, a OMS sugere que, para uma efetiva prevenção, as respostas nacionais necessitam de uma ampla estratégia multissetorial (OMS, 2018). Ou seja, as ações de prevenção devem englobar outros setores para além do da saúde, como por exemplo os campos da educação, do trabalho, da agricultura, dos negócios, da justiça, da lei, da defesa, da política e da mídia, entre outros.

Contudo, foi a divulgação pelo Ministério da Saúde, do primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, datado de setembro de 2017, que contribuiu para a decisão final quanto ao tema do trabalho envolvendo, portanto, o suicídio, e tendo como o público alvo as pessoas consideradas idosas (BRASIL, 2017). A justificativa pelo público alvo serem as pessoas idosas é o que se segue.

Surpreendentemente, foi neste Boletim, com um recorte feito entre os anos de 2011 e 2016, que um dos grandes destaques e alertas foi a respeito do aumento considerável no número de casos de suicídio na população idosa (no caso da pesquisa, pessoas com idade igual ou superior a 70 anos) e também na população indígena. A surpresa pelos dados, mais especificamente dos números em relação aos idosos, se deu pelo fato de que até então, com o citado trabalho com as fichas epidemiológicas, não era essa a faixa etária que se apresentava para mim. No mínimo, esse dado trouxe não só uma curiosidade como também um certo impacto - e, um consequente interesse -, o qual me ajudou a tomar a decisão final pelo destino que o trabalho teria.

Aprofundando os dados revelados pelo Boletim, os homens continuam sendo os que mais efetivam o óbito por suicídio e as mulheres as que mais lideram os números em torno

das tentativas de suicídio. Dentre vários pontos destacados, seguem alguns dados mais específicos que no momento interessam à pesquisa proposta:

- No intervalo de cinco anos, entre 2011 e 2016, foram notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) 1.173.418 casos de violências interpessoais ou autoprovocadas. Desse total, 176.226 (15,0%) foram relativos à prática de lesão autoprovocada, sendo 116.113 (65,9%) casos em mulheres e 60.098 (34,1%) casos em homens. Considerando-se somente a ocorrência de lesão autoprovocada, identificaram-se 48.204 (27,4%) casos de tentativa de suicídio, sendo 33.269 (69,0%) em mulheres e 14.931 (31,0%) em homens;
- As regiões Sudeste e Sul do Brasil são as que mais registram ocorrências;
- No mesmo período de tempo foram registrados no Brasil 55.649 óbitos por suicídio sendo que, independentemente do sexo, as maiores taxas foram observadas na faixa etária de 70 anos ou mais (8,9/100 mil hab.) e na população indígena (15,2/100 mil hab.) (BRASIL, 2017).

Bertolote (2012, p. 70) afirma que dois dos fatores predisponentes ao suicídio mais significativos seriam o sexo masculino e a idade avançada, dados esses que corroboram os dados divulgados pelo Ministério da Saúde a respeito da realidade do agravo do suicídio no Brasil, conforme já mencionado. Enquanto, portanto, as taxas de suicídio predominariam em homens idosos, as tentativas de suicídio predominariam em mulheres jovens.

Seguindo esta linha de raciocínio, Botega (2015, p. 92) afirma que os coeficientes de suicídio tendem a aumentar com o avançar da idade. Porém, o autor alerta que as tentativas de suicídio, por sua vez, são mais comuns no grupo etário mais jovem.

Ainda segundo o mesmo autor, os idosos costumam usar métodos mais letais ao buscarem o suicídio. Tendem, inclusive, a apresentar maior grau de intencionalidade suicida (planejamento, maior determinação, menos sinais de alerta, disponibilidade de vários medicamentos) e, geralmente, encontram-se mais deprimidos. Além disso, são menos resistentes fisicamente e mais propensos a doenças que podem vir a complicar o restabelecimento da saúde após uma tentativa de suicídio.

Já num estudo feito por Cavalcante e Minayo (2010), em que foi realizada uma revisão da literatura entre os anos de 1980 e 2008, a respeito dos principais fatores associados à ideação, tentativas e suicídio propriamente dito de pessoas idosas, as autoras referenciaram que os dados obtidos pelo estudo disseram respeito à outras sociedades visto que, naquele momento, não haviam encontrado em suas investigações pesquisas sobre o tema no Brasil (p.

754). Referiram, baseado então nas pesquisas encontradas, que “doenças e transtornos mentais estão fortemente relacionados com suicídios em pessoas idosas [...]”, e que alguns outros estudos encontrados confirmavam a relação entre enfermidade terminal e suicídio (p. 753).

Nova revisão da literatura foi realizada pelas mesmas autoras, porém em 2015, mas com um recorte entre os anos de 2002 e 2013. Novamente as autoras destacam que

Não existe nenhum artigo de autor brasileiro registrado nas citadas bases de dados internacionais sobre tentativas de suicídio de idosos. Portanto, a importância deste estudo para o SUS é evidente, uma vez que traz para a sua agenda um problema que existe e não é tratado no país nem na teoria e nem na prática. Espera-se que esta revisão seja a base para estudos empíricos [...] (p. 1759)

De fato, boa parte de estudos que encontrei, principalmente em artigos publicados, dizem respeito à pesquisas de cunho majoritariamente epidemiológico e não empírico. Mais uma motivação para a presente pesquisa se voltar muito mais a uma base qualitativa do que quantitativa.

Ainda no ano de 2015 (p. 1655), Cavalcante e Minayo, fizeram outro estudo a respeito dos idosos no Brasil, dessa vez sobre tentativas e ideações suicidas. As autoras concluíram que a falta de escuta e o isolamento dos idosos, pouca visibilidade dos riscos pelos familiares, associação com doenças físicas, mentais, perdas funcionais, sociais, familiares e violências são elementos predisponentes, sendo concomitantes em muitos casos. As autoras indicaram que vulnerabilidades e autonegligências são reduzidas quando há apoio familiar, cuidados e laços de solidariedade.

Portanto, os dados envolvendo o aumento significativo no número de casos de suicídio entre as pessoas idosas divulgados pelo Boletim e a carência de pesquisas a respeito do tema de base empírica foram as grandes influências para que a pesquisa se decidisse por esse trilha. E foi inspirada pela faixa etária escolhida pelo Boletim, ou seja, pessoas idosas com idade igual ou superior a 70 anos, que ficou decidido o recorte em relação ao público alvo. Se déssemos escuta à voz desses idosos, desta faixa etária, o que eles teriam a dizer a respeito do suicídio?

1.3 O envelhecimento

Um dos maiores feitos da humanidade foi a ampliação do tempo de vida. Chegar à velhice, que antes era privilégio de poucos, hoje passa a ser a norma mesmo nos países mais

pobres. Esta conquista maior do século XX se transformou, no entanto, no grande desafio para o século atual (VERAS; OLIVEIRA, 2018, p. 1929).

Segundo dados divulgados pela OMS, há evidências de que o ritmo de envelhecimento da população está aumentando drasticamente e, espera-se para 2050, que o número de pessoas com 60 anos ou mais chegue a 2 bilhões, em contraponto com os 900 milhões registrados em 2015. Estima-se que até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, conforme ilustração que se segue na tabela abaixo (OMS, 2005, 2015):

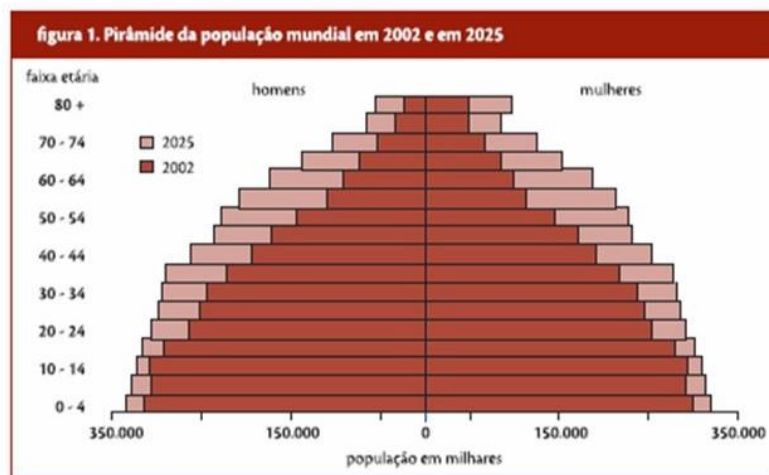


Figura 1 - Fonte: Nações Unidas, 2001

Seguindo a projeção dos anos referenciados pela OMS, ou seja, tendo como base os anos de 2015 e 2050, temos a tabela 1 a qual traz os números expostos pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), do quantitativo de pessoas por grupo etário, a partir de 60 anos, no Brasil, respectivamente:

Tabela 1:

Grupo etário	2015	2050
60-64	7.926.230	15.677.945
65-69	6.071.240	15.332.980
70-74	4.323.465	14.377.822
75-79	3.121.818	12.109.555
80-84	1.926.871	9.280.868
85-89	1.065.148	6.978.835
90+	603.580	4.547.659

Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2010-2060 (2018)

Segundo dados contidos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS) (2004, p. 18), o crescimento relativo da população brasileira vem diminuindo desde a década de 70. A taxa de natalidade declinou de 1992 a 2002 de 22,8% para 21%, bem como a taxa de fecundidade total, que declinou de 2,7 para 2,4 filhos por mulher em período fértil (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil). Entende-se, portanto, que a queda da fecundidade e natalidade tem provocado importantes transformações na composição etária da população brasileira, como estreitamento da base da pirâmide etária, com a redução do contingente de crianças e adolescentes até 14 anos e o alargamento do topo, com o aumento da população idosa.

A inversão da pirâmide etária acabou por transformar-se em um problema de ordem pública, principalmente por acarretar demandas de investimento econômico dirigido para a atenção a essa população tida como economicamente inativa (CORRÊA, 2009, p. 42), ou seja, a população considerada idosa.

Kuchemann (2012, não paginado) coloca que o

Brasil é um país que envelhece a passos largos. As alterações na dinâmica populacional são claras, inequívocas e irreversíveis. Desde os anos 1940, é entre a população idosa que temos observado as taxas mais altas de crescimento populacional. Na década de 50, a taxa de crescimento da população idosa atingiu valores superiores a 3% ao ano, chegando a 3,4%, entre 1991 e 2000. Ao compararmos, num intervalo de 25 anos (1980 a 2005), o crescimento da população idosa com o crescimento da população total, observamos que o crescimento da população idosa foi de 126,3%, ao passo que o crescimento da população total foi de apenas 55,3%.

A distribuição da população com mais de 65 anos nos municípios brasileiros, apresenta uma média percentual equilibrada em torno de 6%, não havendo discrepância sob esse ponto de vista entre os tamanhos dos municípios. Em termos absolutos, embora também fiquem na totalidade em torno de 2 milhões de pessoas nos grupos dos municípios, quando se distribui essa concentração por unidade municipal, a maior variação fica entre uma média de 545 idosos nos municípios pequenos até 149.000 idosos nas metrópoles (PNAS, 2004, p. 23).

Corrêa (2009, p. 47) afirma que, sob a égide do processo de envelhecimento populacional, essa fase da vida acabou por transformar-se em uma nova demanda social, com a necessidade da atuação direta do Estado na elaboração de políticas no direcionamento da

última etapa da vida, para além da questão previdenciária, a qual se relaciona diretamente com a saída completa ou parcial do mercado de trabalho. “Afastado do mundo do trabalho, o homem estaria próximo a uma existência sem sentido, do que decorre a necessidade de reaproveitamento de seu tempo ocioso” (p. 83).

A mesma autora (2009, p. 29, 41, 42) afirma ainda que alguns fatores podem ter contribuído para o aumento da expectativa de vida da população, como por exemplo o progresso científico, a biotecnologia, os métodos contraceptivos e a maior produção e acesso a medicamentos. Porém, para além desses fatores, a autora aponta o fator da visibilidade social como sendo um grande avanço no campo da velhice, pois tal visibilidade acabou por promover mudanças na forma de ver e viver o envelhecimento.

Um dos pontos do Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (OMS, 2015, não paginado) é que o envelhecimento da população demanda uma resposta abrangente da saúde pública e que a necessidade de ação é urgente, pois hoje, pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver até os 60 anos ou mais.

Além disso, existem atualmente diversas concepções e uma gama de conceitos sobre o envelhecer na literatura mundial. Através da vertente da gerontologia social, surgem alguns conceitos como os citados a seguir:

velhice cronológica, que se define pelo fato de se ter completado 60 anos; *velhice funcional*, que corresponde à utilização do termo “velho” como sinônimo de incapaz ou limitado, refletindo uma associação tradicional de velhice e limitação; e, *velhice como ciclo vital*, baseado no reconhecimento de que o transcurso do tempo produz efeitos na pessoa a qual adentra num momento de vidas diferente daqueles previamente vividos. É um momento cuja realidade própria e diferenciada das fases anteriores é cercada por condições objetivas externas, e subjetivas, internas, da própria pessoa (LIMA, SANTOS, SILVA, 2015, p. 322)

A OMS (2005, p. 13) adotou o termo “envelhecimento ativo” a fim de expressar o processo de conquista de que o envelhecimento seja uma experiência positiva e sugere que uma vida mais longa deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, segurança e participação.

Em relação ao público idoso, foi instituído no Brasil, no ano de 2003, por meio do projeto de Lei de nº 10.741, o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Dentre várias disposições, foi de interesse desse projeto de pesquisa destacar alguns, como por exemplo, a prioridade que os idosos devem ter na garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais, e a

lembrança de que é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (BRASIL, 2003). Segundo Corrêa (2009, p. 31), ao serem estabelecidos os direitos da população considerada idosa, expressas no Estatuto do Idoso, evidencia-se, sobretudo, o reconhecimento social desse segmento.

Ressalta-se que o Brasil já havia lançado antes do Estatuto do Idoso, a Lei de nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Nesta Lei destaca-se para este projeto de pesquisa o seu Artigo 1º, o qual afirma que “a política nacional do idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL, 1994).

No ano de 1993, mais precisamente em 07 de dezembro daquele ano, já havia no Brasil a formulação da Lei de nº 8.742, a qual dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Nesta Lei já havia menção da garantia de direitos da população idosa, mas a efetividade de tais direitos tomou maior corpo, de fato, no ano de 1994, com a Lei da Política Nacional do Idoso, e em 2003 com o Estatuto do Idoso, conforme já mencionado.

O grande marco da Assistência Social no Brasil foi a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o qual é resultado da deliberação da IV Conferência Nacional de Assistência Social ocorrida em 2003. O SUAS representa uma nova forma de organizar e gerir a Assistência Social brasileira e foi planejado e executado pelos governos federal, estaduais, do Distrito Federal (DF) e municipais, em estreita parceria com a sociedade civil, buscando garantir a Assistência Social devida a milhões de brasileiros, em todas as faixas etárias (BRASIL, 2009).

1.4 Possibilidade (s) de prevenção do suicídio nos idosos

É na velhice que recai, de forma mais intensa, o isolacionismo da sociedade contemporânea. A condição de solidão a que muitos idosos estão submetidos é avassaladora. O afastamento do mundo do trabalho - única condição de expressão e valor humanos - da vida social, do lazer e isolados no próprio espaço doméstico, suas possibilidades de contato e apropriação do mundo encontram-se bastante reduzidas (CORRÊA, 2009, p. 12).

De acordo com Souza et al (2014, p. 395), um agravante e condição frequentemente encontrada em pessoas idosas diz respeito à existência de doenças crônicas as quais costumam provocar alterações emocionais. Na vivência desse tipo de enfermidade, o idoso passa de saudável e ativo à condição de doente, mesmo quando sua capacidade funcional não diminuiu. O confronto com tal situação, no entanto, frequentemente ocorre sem abertura para algum tipo de reorganização da vida e aceitação das novas limitações. No caso dos idosos, o impacto emocional é maior quando se soma a outros tipos de mudanças, como: saída do mundo do trabalho, afastamento dos companheiros de profissão, perda de entes queridos, deixando-o num não-lugar social. Atuar para que tais idosos sintam-se, não só assistidos, mas vistos pela sociedade a fim de que ocupem um lugar social é função essencial.

Em 1982 foi redigida a Carta de Viena, com um plano de ação internacional sobre o envelhecimento, incluindo cerca de 120 recomendações aos países participantes - sendo o Brasil um desses países – de sorte a alertar para a necessidade de um planejamento de uma política de atendimento ao idoso nas áreas social, econômica, médica e legal (CORRÊA, 2009, p. 49).

As políticas públicas vigentes, portanto, no seu intuito de atuação, teriam passado do assistencialismo para a prevenção, juntamente com o saber sobre a velhice, e se configuraram em importantes propagadoras de uma nova imagem de envelhecimento: refuncionalizada e otimizada por meio de diversos programas direcionados para a terceira idade (CORRÊA, 2009, p. 86).

Segundo Both et al. (2011, p. 996),

uma das formas encontradas para a manutenção de idosos na sociedade, com sua autonomia e independência preservada, são os grupos de terceira idade. As atividades em grupos se constituem em uma estratégia que favorece a diminuição das diferenças sociais dos indivíduos desta faixa etária, além de ser uma forma dos idosos manterem-se ativos evitando, conseqüentemente, a solidão.

As autoras Cavalcante e Minayo (2015) destacam, em seu estudo sobre o suicídio, a questão da previsibilidade em torno a esse agravo e colocam que “a literatura mostra que é possível prevenir o suicídio atuando sobre os fatores a ele associados com medidas sociais, apoio psicológico e ajuda médica [...]” (p. 1759). Enquanto medidas sociais possíveis na prevenção ao suicídio, entende-se que o Centro de Convivência para os idosos possa ser uma dessas ações possíveis.

Para Volich (2009 citado por ARAÚJO et al, 2012), a relação com o outro é considerado para o idoso muito importante, sendo o isolamento social algo extremamente temido. Com o envelhecimento, as relações familiares, pessoais e sociais aparecem sendo de grande importância como fonte de alimentação, regulação e organização.

Vale ressaltar que por muito tempo a velhice foi considerada objeto da esfera privada e familiar. Cabia aos parentes e aos familiares ou à iniciativa de associações filantrópicas cuidar dos idosos. Com a constituição de um saber específico, por meio da gerontologia e geriatria, e com o advento da aposentadoria sob responsabilidade do Estado, a velhice passou a ocupar o lugar de objeto da gestão pública (CORRÊA, 2009, p. 29,30). Portanto, por esse viés, o Centro de Convivência (CCI), mantido pelo Estado, ganha espaço como uma ação possível para essa população idosa, porém com um alerta da autora para que se tenha atenção ao fato, desses Centros, não funcionarem como um gueto de idosos (Idem, p. 52).

Andrade et al. (2014) realizaram um estudo na cidade de Cajazeiras-PB” em que a abordagem qualitativa foi a escolhida e, após a aplicação de questionário em entrevistas com 60 idosos, concluiu-se que “[...] a participação nos grupos significa uma forma de voltar para o convívio social [...]”, que “Ao ingressarem no grupo, as mudanças foram significativas na vida dos idosos, que relataram mudança total, inclusive quanto à vontade de viver [...]” e que “Espera-se que este estudo desperte nas autoridades a proposta da criação de novos grupos de convivência [...]”(p. 46), visto os benefícios encontrados nos idosos enquanto participantes de tais grupos.

Foi no ano de 2009, por meio do Conselho Nacional da Assistência Social (CNAS), que foi lançada no Brasil a Resolução de nº 09, a qual aprovou a chamada Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Pode-se dizer que os idosos estão contemplados nos três grandes eixos dessa Resolução, a saber: serviços de proteção social básica, serviços de proteção especial de média complexidade e serviços de proteção especial de alta complexidade. O serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, eixo no qual os Centros de Convivência encontram seu fundamento, são pertencentes ao primeiro dos eixos da Resolução.

Neste serviço de convivência e fortalecimento de vínculos, há um incentivo e direcionamento mais específicos das atividades por faixa etária, porém há um descritivo geral dos objetivos que tal serviço visa atingir:

Serviço realizado em grupos, organizado a partir de percursos, de modo a garantir aquisições progressivas aos seus usuários, de acordo com o seu ciclo de vida, a fim de complementar o trabalho social com famílias e prevenir a ocorrência de situações de risco social. Forma de intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimula e orienta os usuários na construção e reconstrução de suas histórias e vivências individuais e coletivas, na família e no território. Organiza-se de modo a ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver o sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária. Possui caráter preventivo e proativo, pautado na defesa e afirmação dos direitos e no desenvolvimento de capacidades e potencialidades, com vistas ao alcance de alternativas emancipatórias para o enfrentamento da vulnerabilidade social. Deve prever o desenvolvimento de ações intergeracionais e a heterogeneidade na composição dos grupos por sexo, presença de pessoas com deficiência, etnia, raça entre outros (CNAS, 2009).

Mais especificamente aos idosos, segue o descritivo na Resolução:

Tem por foco o desenvolvimento de atividades que contribuam no processo de envelhecimento saudável, no desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, no fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e na prevenção de situações de risco social. A intervenção social deve estar pautada nas características, interesses e demandas dessa faixa etária e considerar que a vivência em grupo, as experimentações artísticas, culturais, esportivas e de lazer e a valorização das experiências vividas constituem formas privilegiadas de expressão, interação e proteção social. Devem incluir vivências que valorizam suas experiências e que estimulem e potencialize a condição de escolher e decidir (CNAS, 2009).

Percebe-se que a Resolução segue totalmente de acordo com questões bastante atuais em torno ao envelhecimento geral da população e a busca cada vez mais pelo direito de um envelhecimento assistido e saudável.

Vale sublinhar, a título de exemplo, que não é só no Brasil que a questão do suicídio em relação ao público idoso é uma preocupação. O governo de Portugal lançou o chamado Plano Nacional de Prevenção ao Suicídio devido ao impacto da questão do suicídio na saúde pública também naquele país, devido ao aumento significativo no número de casos - dentre outras questões -, e traçou metas e objetivos a fim de serem atingidos entre os anos de 2013 e 2017, sendo que um dos principais deles, como um dos grupos prioritários, estava voltado à população idosa. Dentre algumas sugestões para tal público, estava elencada a promoção de atividades integradas de estimulação relacional, ocupação e combate ao isolamento (PORTUGAL, 2017, p. 6).

1.5 A escolha por Colombo-PR como campo de pesquisa

A região metropolitana da cidade de Curitiba-PR (RMC) é composta por 29 municípios e é a oitava região metropolitana mais populosa do Brasil, com 3.223.836

habitantes, concentrando, assim, 30.86% da população do Estado do Paraná. Também é a segunda maior região metropolitana do país em extensão, com 16.581,21km².

Desses 29 municípios que compõem a RMC, 14 deles compõem o chamado Núcleo Urbano Central. O município de Colombo-PR está incluído neste Núcleo, juntamente com Almirante Tamandaré, Araucária, Campina Grande do Sul, Campo Largo, Curitiba, Fazenda Rio Grande, Itaperuçu, Pinhais, Piraquara, Quatro Barras, Rio Branco do Sul e São José dos Pinhais (COMEC-PR, 2018).

Segue a tabela abaixo a qual explicita tal realidade:

POPULAÇÃO TOTAL, URBANA E RURAL DOS MUNICÍPIOS DA REGIÃO METROPOLITANA DE CURITIBA - 2010

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO		
	Total	Urbana	Rural
Adrianópolis	6.376	2.060	4.316
Agudos do Sul	8.270	2.822	5.448
Almirante Tamandaré	103.204	98.892	4.312
Araucária	119.123	110.205	8.918
Balsa Nova	11.300	6.870	4.430
Bocaiuva do Sul	10.987	5.128	5.859
Campina Grande do Sul	38.769	31.961	6.808
Campo do Tenente	7.125	4.194	2.931
Campo Largo	112.377	94.171	18.206
Campo Magro	24.843	19.547	5.296
Cerro Azul	16.938	4.808	12.130
Colombo	212.967	203.203	9.764
Contenda	15.891	9.231	6.660
Curitiba	1.751.907	1.751.907	-
Doutor Ulysses	5.727	929	4.798
Fazenda Rio Grande	81.675	75.928	5.747
Itaperuçu	23.887	19.956	3.931
Lapa	44.932	27.222	17.710
Mandrituba	22.220	7.414	14.806
Piên	11.236	4.523	6.713
Pinhais	117.008	117.008	-
Piraquara	93.207	45.738	47.469
Quatro Barras	19.851	17.941	1.910
Quitandinha	17.089	4.887	12.202
Rio Branco do Sul	30.650	22.045	8.605
Rio Negro	31.274	25.710	5.564
São José dos Pinhais	264.210	236.895	27.315
Tijucas do Sul	14.537	2.285	12.252
Tunas do Paraná	6.256	2.792	3.464
TOTAL	3.223.836	2.956.272	267.564

Fonte: Dados do IBGE – Censo 2010 (divulgado em maio de 2011)

De acordo com a realidade exposta na tabela acima, temos que Colombo-PR é o terceiro maior município da Região Metropolitana de Curitiba, ficando atrás apenas da própria capital Curitiba-PR, e do município de São José dos Pinhais-PR. Em quarto e quinto lugar temos os municípios de Araucária-PR e Pinhais-PR.

Segundo o último censo oficial brasileiro, datado do ano de 2010, Colombo-PR possuía, portanto, à época 212.967 habitantes, sendo que deste total 17,42% da população era considerada idosa (COLOMBO, 2018). Num comparativo em relação à população idosa, Colombo-PR possuía um número expressivo desta faixa etária populacional, visto que também do censo de 2010, a população idosa estimada no Brasil era de 10,79%. No Estado do Paraná, este número era de 11,21% e da capital do Estado, Curitiba, chegava a 11,31%

(CURITIBA, 2018). Portanto, Colombo-PR possuiria uma população idosa além da média nacional, tendo consistência que a pesquisa lá se realizasse.

Neste sentido e em consonância, portanto, ao que as Leis preveem, atualmente, o município de Colombo-PR conta com 18 Centros de Convivência de Idosos (CCI) para ofertar à população com 60 anos ou mais, os quais estão vinculados e mantidos via Secretaria Municipal de Assistência Social através dos CRAS (Centros Regionais de Assistência Social). São nos CRAS que os idosos são devidamente cadastrados e assim encaminhados ao Centro de Convivência pertencente à sua região de moradia. Tais Centros no município de Colombo-PR foram criados no ano de 1992, mais especificamente na data de 02 de setembro, portanto, estão vigentes, passando de ano a ano, de gestão a gestão, ao todo por 27 anos consecutivos e ininterruptos.

Neste sentido, vale ressaltar que no município de Colombo-PR, pensar e articular estratégias para tal inserção do público idoso, inclusive conforme as respectivas legislações referentes a esse público alvo, está a cargo da Secretaria Municipal de Assistência Social de Colombo-PR. Esta, por sua vez, possui a missão de “coordenar e implantar a política de assistência social no município, para a proteção social de famílias e indivíduos em situação de risco e vulnerabilidade social, em consonância com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS)”. Dentre outros objetivos desta Secretaria, destaca-se aqui o específico em relação ao público idoso, que é o de “implantar a integração e o acompanhamento dos idosos, nos termos do Estatuto do Idoso”. No geral, todos os CCI contam com atividades como dança, teatro, gincanas, além de atendimento em saúde (COLOMBO, 2018). No quesito específico em relação à oferta de atendimentos em saúde pelos CCI, o que vale destacar é de certa forma a ampliação da noção e do acesso à questão da saúde através de outros tipos e modalidades de equipamentos, os quais excedem aqueles esperados para esse setor, como Unidades de Saúde e hospitais, por exemplo. Com isso, fica favorecida a intersetorialidade e amplia-se, assim, a possibilidade deste equipamento se caracterizar com um cunho duplamente preventivo: devido às atividades de convivência social propostas, e devido o olhar e atenção de profissionais da saúde in loco.

Destaca-se também que, mais especificamente no setor saúde, no ano de 2006, por meio da Portaria Nº 2.528, foi lançado no Brasil a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Tal Portaria ressalta

ainda que envelhecer deve ser com saúde, de forma ativa, livre de qualquer tipo de dependência funcional, o que exige promoção da saúde em todas as idades.

Portanto, as atividades prestadas pelos Centros de Convivência no município de Colombo-PR, no geral, e os atendimentos em saúde lá ofertados, também são consonantes às premissas de acesso à saúde que os idosos devem ter, garantidos por Lei de ordem federal.

Se laços de solidariedade e apoio são quesitos essenciais que podem contribuir para a prevenção ao suicídio, principalmente no público idoso, nada mais justo do que se incentivar a criação de tais espaços, e percebe-se que tal intenção está clara nas propostas de Políticas Públicas no Brasil. E foram em espaços como esses, nos CCI no município de Colombo-PR, que me deparei com essa intenção em ato. Tal impacto foi a inspiração para que inclusive, nesta pesquisa, os nomes fictícios usados para cada idoso entrevistado fosse de tipos de flores, visto que me deparei com um verdadeiro jardim de existências quando adentrei aos CCI. Os detalhes virão na sequência.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Investigar o tema do suicídio e sua repercussão em uma população idosa no município de Colombo – PR.

2.2 Objetivos específicos

- Quantificar os casos de suicídio na população idosa com 70 anos ou mais no município de Colombo – PR, entre os anos de 2011 a 2015, comparando-os com os dados correlatos nos cenários paranaense e nacional.
- Conhecer a percepção de pessoas idosas acima citadas sobre sua participação em Centros de Convivência para idosos (CCI), e as relações disso com o tema do suicídio.
- Problematizar a entrevista individual como estratégia para apreensão da temática do suicídio entre idosos.

3. MÉTODO

A pesquisa foi desenvolvida no município de Colombo – PR, de cunho exploratório, e buscou utilizar estratégias qualitativas e quantitativas para a análise dos dados. A população

considerada previamente para o estudo seria composta por pessoas com idade igual ou superior a 70 anos, não institucionalizadas, alfabetizadas, as quais participam de atividades nos CCI, exclusivamente voltados para a população idosa do município selecionado.

Para obtenção dos dados sobre tentativas de suicídio e suicídio na população idosa com 70 anos ou mais no município de Colombo-PR entre os anos de 2011 e 2015, foi formalizada, através de uma solicitação para o município, a demanda por tais dados epidemiológicos, porém, como será melhor explicitado na sequência do texto, e conforme documento em anexo, esse ponto acabou por tornar-se um dos pontos de discussão.

Na vertente qualitativa, a escolha metodológica foi a abordagem cartográfica e este também foi um dos principais referenciais teóricos da pesquisa, porém, além dela foi utilizado conceitos da Micropolítica e da Psicanálise.

Segundo Kastrup (2007, p. 15), a cartografia é um método formulado por Deleuze e Guattari que visa acompanhar um processo, e não representar um objeto. Em linhas gerais, trata-se sempre de investigar um processo de produção, portanto, não se busca estabelecer um caminho linear para atingir um fim.

A cartografia, operacionalizada nesta pesquisa, como então já citado, a partir das proposições de Deleuze & Guattari (1995) e de Rolnik (2007), consiste em não apenas mapear as percepções no plano cognitivo e representacional, mas apreender a realidade em suas múltiplas dimensões, aproximando ainda mais a pesquisadora dos participantes da pesquisa e possibilitando que aquela pudesse também se colocar em análise, tanto quanto proceder às análises das narrativas obtidas.

Empreender uma pesquisa de base majoritariamente qualitativa tendo como tema o suicídio, visto que a maior parte das pesquisas e trabalhos consultados para esta pesquisa lançam mão de uma base mais quantitativa e epidemiológica a respeito do tema, teve como inspiração a sugestão de Botega (2015). O autor refere que após examinar um grande número de publicações sobre suicídio nos principais periódicos científicos, pode-se concluir que, pelo menos no campo da pesquisa médica, a maioria das pesquisas tem tido caráter pragmático. Aprofundar o tema a fim de relacioná-lo à compreensão do comportamento humano e suicida, pode ser útil na adoção de estratégias de tratamento em prevenção mais eficientes (p. 101).

Foi utilizada como técnica uma entrevista semi-estruturada com questões disparadoras (Anexo 3), aplicada individualmente, como instrumento de coleta de dados, além do uso do gravador para o registro das entrevistas e do trabalho de transcrição das mesmas. Tal entrevista foi aplicada após a leitura, explicação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4 – Autorização pelo Comitê de Ética da UFPR nº 2761914),

porém, vale dizer, que a entrevista teve muito mais um cunho de elencar questões disparadoras a respeito do tema do suicídio, do que propriamente em constituir-se como um instrumento rígido. A partir das questões de pesquisa, idosos e idosas entrevistados puderam propor e elencar outras questões, que adquiriram então o status de pauta de pesquisa.

Fraser e Gondim (2004, p. 140) esclarecem que a utilização da entrevista como instrumento de coleta de dados pode favorecer a relação intersubjetiva do entrevistador com o entrevistado, e, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem neste contexto de interação, permite uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito de situações e vivências pessoais. Outra vantagem no uso da entrevista foi a flexibilização na condução do processo de pesquisa e na avaliação de seus resultados, visto que o entrevistado teve um papel ativo na construção da interpretação do pesquisador. Este seria um dos aspectos que acaba por caracterizar o produto da entrevista qualitativa como um texto negociado.

Foi no campo da intersubjetividade que tive oportunidade de construir uma “caixa de ferramentas”. Dela me utilizei principalmente das tecnologias leve-duras, tendo a entrevista semiestruturada como exemplo disso, e leves, tendo o encontro e as narrativas de vida possibilitando que as entrevistas se tornassem na sua aplicabilidade o verdadeiro campo da pesquisa. As chamadas “valises tecnológicas”, conforme citadas mais acima, tem seu nascedouro com Emerson Elias Mehry quando da análise do processo de cuidado instaurado entre o profissional médico e um usuário do sistema de saúde, vindo então a configurar toda uma perspectiva sobre a conformação tecnológica do trabalho em saúde que tomamos como referencial para esta pesquisa (MEHRY & FEUERWERKER, 2017).

É desde este referencial que me apoiei ao pensar a função relacional implicada, no caso desta pesquisa, entre pesquisador-pesquisado, entrevistador-entrevistado e que, com a intenção de atingir o objetivo de saber e conhecer a respeito da opinião e da percepção das pessoas idosas sobre o suicídio, o lançar mão das tecnologias leves, foi o que permitiu que as entrevistas se transformassem em diálogos, em deixar-se conduzir para onde o dito carregava, dando assim ênfase àquilo que a palavra propunha enunciar, àquilo que a memória impunha de atualização das histórias e fatos vividos. Além disso, o afetar e deixar afetar-se, o encontro intercessor como produção da pesquisa, e não um campo dado a priori (MEHRY, 2013).

Esse contato pessoal, esse deixar-se afetar pelo dito daqueles idosos que se dispuseram a trocar intimidades de vida comigo, o que surpreendentemente surgiu como efeito diante do tema que até então se mostrava como pura morte como o suicídio, relaciono com o estudo de Slomp Junior (2015, p. 60) o qual, no seu campo de pesquisa, referiu o seu intenso trabalho

próprio de tentar abrir a todo momento o que chamou de corpo vibrátil, a fim de cartografar os movimentos que percorria em sua pesquisa. Esse trabalho, portanto, que convoca o pesquisador a trabalho desde este lugar intersubjetivo, atende à proposta cartográfica desta pesquisa.

Neste sentido, o deixar-se levar por aquilo que o momento convoca, é justamente um dos fundamentos que a abordagem cartográfica procura imprimir. Segundo Souza e Francisco (2016, p. 813), a cartografia defende a manutenção de um posicionamento flexível e de um pensamento aberto frente a tudo aquilo que possa vir a emergir no contexto da problematização no qual se situa o objeto em estudo. Portanto, manter o pensamento aberto, em um esforço permanente de deixar-se guiar pelos acontecimentos e pelos processos que eles desencadeiam e revelam sem, contudo, perder de vista o foco e os objetivos, é um dos desafios da abordagem cartográfica de pesquisa. A experiência do caminhar da pesquisa é que tem primazia no processo constituinte da investigação.

Costa (2014) coloca que, se pudéssemos apresentar um elemento fundamental para uma prática cartográfica, este seria o encontro. Entretanto, o autor alerta dizendo que é preciso superar a noção comum de encontro como um “encontrar algo” ou “achar alguém ou alguma coisa”. O encontro, da forma como o autor apresenta, é da ordem do inusitado. Lindamente, ele descreve o encontro como algo solitário, pois diz que um encontro nos atravessa sempre de maneira única e singular, e como algo dito povoado, porque refere que um encontro se dá entre nós e alguma coisa. “Um encontro é sempre ziguezagueante, algo que se passa entre dois, transitando pela multiplicidade de coisas e signos que povoam o momento singular do encontrar-se” (p. 72).

De acordo com Mehry (2014, p. 98), trata-se de encontros que tem seu espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram.

A fim de atingir esse objetivo, o de criar um espaço propício e fecundo para a realização da pesquisa, o reconhecimento prévio do campo de pesquisa foi fator essencial para a preparação do terreno visando as entrevistas propriamente ditas. Neste momento do reconhecimento de campo, foi utilizado o diário de campo (DC) como forma de instrumento de registro.

Estar em campo com o intuito de conhecê-lo tem base também no mérito da pesquisa qualitativa, conforme definem os autores Carvalho e Azevedo (2009, p. 204), quando dizem que este tipo de pesquisa prevê a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, estando face a face com os observados. Além disso, os mesmos autores colocam que ao participar da vida dos observados, no seu

cenário cultural, o pesquisador tem a oportunidade de não só fazer parte do contexto de observação, modificando e sendo modificado por tal contexto.

“Para a cartografia as anotações colaboram na produção de dados de uma pesquisa e têm a função de transformar observações e frases capturadas na experiência de campo em conhecimento e modos de fazer” (PASSOS, KASTRUP, ESCÓSSIA, 2015, P. 70).

4.RESULTADOS

4.1 O percurso que antecedeu as entrevistas

Ocorreram, antes da realização das entrevistas propriamente ditas com os idosos selecionados, entrevistas prévias com as gestoras vinculadas à Secretaria da Assistência Social de Colombo-PR, com a Sra. T. em março de 2018 e com a Sra. M. H. em julho de 2018, favorecidas por um contato prévio com a Dra. D. conforme melhor explicitado na sequência do texto. A primeira das gestoras é responsável atualmente por todos os Centros de Convivência do município e, a segunda delas, além de ser a responsável pela Atenção Básica da Secretaria da Assistência Social de Colombo-PR - setor onde os CRAS estão vinculados, bem como, conseqüentemente, os CCI -, também é a atual presidente do Conselho da Pessoa Idosa do município de Colombo-PR.

Portanto, no sentido de alimentar o DC e reconhecer o campo de pesquisa, anteriormente ao trabalho propriamente dito com as entrevistas e visitas regulares semanais ao CCI Adriana, devidamente autorizada pela gestão municipal, estive no mês de maio de 2018, em visita não só ao CCI Adriana como também ao CCI chamado São Sebastião. Essas visitas tiveram, como já dito, o objetivo de ter um prévio reconhecimento do campo de pesquisa, inclusive a fim de avaliar a viabilidade da pesquisa, como também ir exercitando a prática cartográfica proposta para a mesma.

Mais precisamente em 17 de maio de 2018 estive no CCI Adriana e, na ocasião da visita, haviam no CCI cerca de 53 idosos, distribuídos em várias pequenas mesas. Era uma quinta-feira e, pelo horário agendado para a referida visita, ainda haviam idosos almoçando no local. A maioria deles estavam sentados compartilhando a mesa com os demais participantes, sendo então que, além de almoçarem, também conversavam e interagiam. Apenas uma senhora almoçava sozinha. Mt., coordenadora local do CCI Adriana, me explicou que o almoço é ofertado ali apenas nas quintas-feiras, sendo que nos demais dias, durante os períodos de atividades, é oferecido apenas lanches. Mt. informou que, naquele dia especificamente, menos idosos haviam vindo almoçar e atribuiu o fato ao clima que, naquele

dia, começava a esfriar. Ela relatou que geralmente comparecem no mínimo 60 idosos para o almoço nas quintas-feiras em média.

A gestora T. e a coordenadora local Mt. me acompanharam na visita e foram me explicando o funcionamento daquele local, o qual, em seguida ao almoço, eu pude acompanhar uma atividade que foi ofertada aos idosos com o funcionário J, pedagogo contratado pelo município, o qual atende exclusivamente os CCI. Eu, T. e Mt. ficamos sentadas em um canto do salão principal observando a atividade que estava ocorrendo. Os idosos estavam todos sentados em roda e o pedagogo J. fazia uma atividade que envolvia charadas e memória. Os idosos se mostravam interessados e participativos. Eram ao todo 23 participantes, entre homens e mulheres. O maior público, não só dessa atividade especificamente, mas do CCI Adriana como um todo, é feminino, conforme confirmado pela coordenadora local Mt.

Antes dessa atividade, fui apresentada a algumas idosas e a uma professora voluntária, que na sala dos fundos do CCI, estavam fazendo pintura em panos de prato. T. me explicou que todo o material da atividade é ofertado pelo município, bem como todos os materiais que o CCI necessita diariamente nas atividades e ações propostas, além dos alimentos. Referiu que alguns produtos ali produzidos são vendidos em bazares feitos regularmente para a comunidade e que a renda é revertida em passeios, almoços diferenciados e até mesmo viagens.

Ela ainda esclareceu que Colombo-PR conta, atualmente, com 17 CCI (os quais funcionam de segunda à quarta das 8:00hrs às 17:00hrs) e um Grupo - voltado também para o público idoso -, o qual ocorre em parceria com uma Igreja, sendo que este Grupo, diferentemente dos outros, ocorre apenas nas terças-feiras das 8:00hrs às 17:00hrs. T. afirmou ainda que todos os CCI, e também o Grupo, são ofertados exclusivamente para o público acima de 60 anos e todos os participantes passam obrigatoriamente pelo cadastramento em algum CRAS do município para que, depois de feita a anamnese social, sejam direcionados ao CCI mais próximo da sua residência. Cada participante possui então um cadastro e o banco de dados desses cadastros faz parte do SISC (Sistema de Informação e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos). Os dados coletados são repassados às bases de dados do Governo Federal, da onde vem parte da verba que financia os CCI. A gestora T. informou ainda que a maior parte da verba mantenedora dos espaços físicos e das atividades são provindas da própria prefeitura e que a atual gestão tem estado entusiasmada em melhorias nos CCI, tanto que este CCI Adriana estaria cotado para, brevemente, passar por reformas,

estando a coordenadora Mt. trocando ideias com a gestão para possibilidades dos idosos serem acolhidos em algum outro imóvel para que as atividades não cessem durante a reforma. Além disso, T. falou da intenção então das melhorias físicas nos CCI, mas também comentou do trabalho que vem sendo feito com as coordenações e com os próprios idosos a respeito dos objetivos dos CCI, visto que no passado, nos CCI, as atividades giravam muito em torno apenas à bingos e bailes. O objetivo é ofertar nos CCI outros tipos de afazeres, atividades e abordagens.

Percebeu-se que a minha presença, bem como a presença da gestora T., causaram certa curiosidade aos idosos que lá estavam pois nos observavam atentamente. Como naquele momento o intuito da visita era o reconhecimento do campo optou-se por eu não ser apresentada ao grupo como um todo oficialmente.

Na data de 23 de maio de 2018 estive no CCI São Sebastião, o qual tem na Sra. G. a coordenação local. Esse CCI é menor que o Adriana e possuía, àquele momento, cerca de 54 idosos cadastrados. Neste dia, no período em que eu lá estive que foi o período da tarde, os idosos tiveram atendimento médico com a Dra. D., portanto, nenhuma outra atividade estava previamente prevista e/ou organizada para o período. Cerca de 14 idosos seriam atendidos pela médica e a seleção para o atendimento passaria pela coordenação local através da demanda dos próprios idosos. Vale dizer que as visitas que ocorreram nestes dois CCI foram indicações da gestão municipal.

Durante a realização desta visita, permaneci cerca de duas horas no CCI e, enquanto aguardavam a consulta médica, acabei conhecendo algumas idosas que estavam na sala de espera. Elas ficaram curiosas com a minha presença e então aproveitei para perguntar a elas há quanto tempo que aquele CCI ali existia e me explicaram que há cerca de 20 anos. Algumas idosas que me responderam me disseram que frequentavam ali desde o princípio do projeto. Deste assunto surgiu outro, o fato de alguns idosos dali possuírem diversas descendências (ucraniana, polonesa, italiana por exemplo). Uma dessas idosas que aguardavam a consulta, a Sra. L. me explicou que praticamente não falava português, apenas ucraniano, tendo então a coordenadora G. perguntado a ela se precisava de ajuda no momento da consulta - visto que passaria por atendimento com a médica -, e ela respondeu que sim.

Uma entrevista prévia com a Dra. D., ainda em dezembro de 2017, médica essa então que atende nos CCI, também foi realizada. Neste contato prévio, foi possível entender que a Dra. D. é hoje a única médica que presta atendimento em saúde nos CCI, dentro do Programa

intitulado Envelhecer Bem. Ela é uma médica vinculada não à Secretaria de Saúde municipal de Colombo-PR, mas sim, à Secretaria de Assistência Social de Colombo-PR, num modelo portanto diferenciado de atendimento à atenção básica de saúde. Atualmente, ela presta atendimento diretamente nos CCI uma vez por mês em cada um deles, sendo que, em cada um deles, há os prontuários individuais dos idosos onde ela registra cada atendimento. Na ocasião, ela também informou dos demais profissionais que atuam nos CCI, bem como de estágios vinculados à universidades que neste locais costumam ocorrer.

A decisão por iniciar o reconhecimento do campo de pesquisa com a Dra. D. se deu pelo fato de que o orientador desta pesquisa, o professor Dr. Helvo Slomp Junior, atuou como médico e colega da Dra. D. em atendimentos médicos nos CCI, portanto também vinculado ao Programa Envelhecer Bem, e foi ele quem indicou que a médica fosse primeiramente ouvida, a fim inclusive, de que a opinião dela, enquanto profissional da área da saúde, em relação ao tema da pesquisa, pudesse obter contribuição quanto à relevância. Portanto, foi nesta troca com a Dra. D. que os contatos e caminhos a trilhar dentro do município de Colombo-PR foram facilitados e se tornaram para mim mais acessíveis, como também a viabilidade do tema da pesquisa poder ganhar investimento.

Houve uma tentativa da realização de entrevista com a própria secretária da Assistência Social, Sra. M. e também com o secretário municipal de Saúde, Sr. H., porém não foi possível a viabilidade para tais ocorrências.

4.2 E assim foram as entrevistas com os idosos

Na data de 26 de julho de 2018 deu-se início às entrevistas com os idosos, após a devida aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética da UFPR em 09 de julho de 2018.

O CCI escolhido foi o Adriana, coordenado então por Mt., pelo fato de ser o CCI com a maior concentração de idosos cadastrados. Neste primeiro dia foram entrevistados três idosos, sendo duas mulheres e um homem. As entrevistas ocorreram em uma sala que a coordenadora havia providenciado para que eu pudesse entrevistá-los individualmente e separadamente do salão principal, sala esta que fora utilizada em todos os demais dias em que ocorreram as entrevistas.

Neste primeiro dia, antes do início das entrevistas, permaneci na sala principal do CCI, buscando conhecer alguns idosos e me inteirar da rotina de alguns deles aquele dia no

local. A maioria deles me contou que quinta-feira é um dia que sempre costumam ir ao CCI devido a oferta de almoço no local, portanto, aconteceram as entrevistas nas quintas-feiras, dia também sugerido pela coordenadora do CCI, visto não só o número expressivo de idosos neste dia da semana, bem como o fato das quintas-feiras ser um dia de atividades livres, como jogos, crochê e a convivência em si entre eles. Nos outros dias da semana, costumam existir atividades programadas, como aulas de Ioga e ginástica, por exemplo.

Foi deste modo, no um a um, que decidiu-se pela seleção dos idosos a serem entrevistados, visto que no período que havia sido selecionado para o levantamento dos candidatos à pesquisa para as entrevistas, a Dra. D. estava ausente da cidade devido a problemas familiares e pessoais em outro Estado. A contribuição dela havia sido pensada previamente como facilitadora no processo de seleção, porém, como citado, não foi viável que assim fosse. A coordenadora Mt. foi quem muito auxiliou neste processo, porém a convivência direta com os idosos, a forma que os encontros no CCI foram ocorrendo, foi o que de fato decidiu qual idoso seria ou não um candidato à pesquisa.

A fim de facilitar o entendimento de quais idosos foram entrevistados, segue o quadro abaixo com a devida sequência:

1 - Sra. Rosa
2 - Sr. Cravo
3 - Sra. Violeta
4 - Sra. Girassol
5 - Sra. Jasmin
6 - Sra. Orquídea
7 - Sr. Lírio

Rosa², a primeira mulher que convidei para a entrevista, tinha setenta e um anos, viúva há cerca de nove anos, analfabeta e participante do CCI há cerca de vinte anos. A Sra. Rosa me contou que possuía um vínculo familiar com Mt., coordenadora do grupo. Já na sala que ocorreria a entrevista, foram iniciadas as explicações a respeito dos objetivos da pesquisa e seu respectivo tema, como também do Termo de Consentimento que posteriormente a Sra. Rosa e eu lemos e assinamos. Relatei para a Sra. Rosa a preocupação existente no Brasil e no

² Todos os nomes aqui apresentados dos entrevistados foram substituídos por nomes fictícios como citado anteriormente

mundo em relação ao tema do suicídio, com os altos índices divulgados a respeito do aumento de casos envolvendo o público idoso, incluindo a informação divulgada no ano de 2017 do Ministério da Saúde. Perguntei então se ela sabia o que significava o termo, a palavra suicídio e ela afirmou que sim. Em seguida perguntei o que ela achava e/ou pensava a respeito do suicídio em pessoas da idade dela e ela respondeu que achava que tinha a ver com muito estresse e, principalmente, com as famílias que não dariam a devida atenção aos idosos. Quando tocou neste assunto, a Sra. Rosa passou a falar a respeito da sua realidade de vida e contou que, após o falecimento do seu esposo, não se sente mais apoiada por parte dos seus familiares. Referiu que muitas vezes se sente intimidada por eles quando emite sua opinião sobre qualquer assunto, o que a deixaria magoada, porém guardaria tal mágoa para si. Contou que isso contribui para o pensamento, para a ideia, para o empuxo de “querer fazer a maldade” (sic), referenciando desta forma o suicídio. Neste momento questionei se cometer suicídio, atentar contra a própria vida, já havia passado pela sua cabeça e ela respondeu que sim. Contou que já havia ocorrido a ideia de pegar um ônibus sem avisar a ninguém e sair sem rumo, e que no momento se sentia “desacorçada da minha vida” (sic). Perguntei que tipo de atenção que ela desejava receber e ela respondeu que tinha vontade de falar certas coisas para certas pessoas da sua família, e que elas a compreendessem. Ao perguntar quem ela chamava de família disse que seriam netos e filhos e quando questiono se a relação sempre foi desta forma ela respondeu que não, que sente que piorou. Apesar de ela ter dito que sentiu mudanças no relacionamento familiar após o falecimento do esposo, perguntei novamente o (s) porquê (s) que ela sentia que havia piorado, e não só mudado. Ela respondeu que não sabia, e voltou a dizer do desejo de “pegar uma estrada sem fim, andar sem rumo, sentar num lugar e ficar, porque, olha, não é fácil!” (sic). Neste momento aproveitei para perguntar se ela já havia conhecido alguém próximo que teria cometido o suicídio, e ela respondeu que não. Minha próxima pergunta foi a que ela atribuía o fato de que até hoje, ela mesma então, com todo o cenário que estava me expondo, não tivesse cometido o suicídio, ao que ela me respondeu que nunca havia tentado, e afirma que nunca pensou em fazê-lo no sentido de elaborar algum plano, apesar de toda a aflição que tem vivido, principalmente no âmbito familiar.

A Sra. Rosa chorou ao me contar todos esses fatos relatados, demonstrando angústia e aflição, o que me fez decidir passar para as perguntas referentes à frequência dela no CCI. Quando então perguntei no que ela achava que a participação no CCI a ajudaria ela respondeu que sentia-se ajudada e acolhida, porque ali ela conversava com as pessoas e que as pessoas

também conversavam com ela, e que sentia que ali haviam pessoas que não seriam maldosas, pois sente que na sua família há maldade. Deu o exemplo de que quando falaria e/ou perguntaria alguma coisa em casa, familiares a responderiam de forma maldosa e grosseira, e que esse tipo de atitude a faz criar e guardar mágoa, o que a desanimaria, além das dores que tem sentido no corpo. Em relação às dores contou que elas tem afetado seu desempenho nas atividades diárias, e que em casa não teria quem a ajudasse, por exemplo, a limpar a casa, e que não possui recursos financeiros suficientes para poder pagar alguém para ajudá-la. Contou que tem uma filha, que mora nos fundos da sua casa, e que ela atualmente não tem condições de ajudar a Sra. Rosa pois estaria doente (câncer no pulmão), e que estaria pagando pessoas para auxiliá-la nas tarefas domésticas, pois teria feito uma cirurgia há cerca de seis meses e estaria em tratamento quimioterápico mensal. Porém a Sra. Rosa referiu que, no momento, a filha encontrava-se melhor.

Ela me contou ainda que, ao todo, possui cinco filhos, sendo dois homens e três mulheres. Contou ainda que teria criado uma neta, a qual teria trazido problemas pois “engravidou cedo de um relacionamento que não deu certo” (sic). A Sra. Rosa teria ajudado a criar então o bisneto, e atribuiu a tal neta o sentimento de desatenção e maus tratos: “ela me trata como um cachorro” (sic). No momento a neta estaria num novo trabalho, mas a Sra. Rosa comentou que a mesma não aceitaria a opinião de ninguém a respeito de nada, pois ela seria uma pessoa “explosiva” (sic). A Sra. Rosa contou que montou um quarto para tal neta na sua casa e que sempre apoiou a menina e, na medida do possível, buscou dar tudo o que podia. No domingo daquela semana da entrevista, a neta foi para a casa da mãe e que não incentivou o filhinho (atualmente com três anos) a se despedir da Sra. Rosa. Esse tipo de atitude a deixava muito triste e que ir ao CCI a distraía deste tipo de sentimento. Perguntei se ela costumava falar, conversar sobre essas coisas com alguém, e ela disse que não. Referiu que os filhos homens não a tratavam bem pelo fato de não concordarem com a atenção e apoio que a Sra. Rosa sempre teria dado à tal neta, a qual seria filha da filha mais nova da Sra. Rosa. Neste momento da entrevista ela voltou a dizer o quanto tudo isso não era fácil para ela, e aproveitei para perguntar se Mt., coordenadora do grupo e sua cunhada, saberia da situação vivida por ela em casa, e ela disse que sim. Perguntei à Sra. Rosa se com a médica que atende nos CCI ela teria comentado sobre tais ocorrências e ela afirmou que não. Aproveitei para informar que, caso ela sentisse que o acúmulo de frustração e tristeza chegasse num nível muito alto para ela, que ela buscasse ajuda, fosse de pessoas de confiança de seu círculo de convivência ou de profissionais vinculados à área da saúde. Reafirmei, em postura de

concordância, o quanto as relações familiares não eram fáceis e que, muito provavelmente, há anos atrás quando ela iniciou sua constituição familiar, ela não pensou que o resultado, aos seus setenta e um anos, seria esse, com esse sentimento de angústia e frustração acumulados. Portanto, voltei a afirmar a importância da busca de ajuda caso sentisse necessidade, visto que o peso emocional também seria prejudicial à sua saúde. Neste ponto a Sra. Rosa falou do seu desejo de que alguém fosse até à sua casa e conversasse com a neta, e reafirmasse a ela o quanto a Sra. Rosa a havia apoiado na vida. Perguntei então se ela, Rosa, já havia tentado empreender uma conversa com a neta, visto o quanto ela se sente magoada com as atitudes da mesma, mas a Sra. Rosa voltou a dizer que a neta é muito explosiva, e que não conseguiria conversar pois a neta se sentiria irritada. A idosa contou ainda que a neta seria uma pessoa desorganizada, que no quarto da moça haveriam roupas e brinquedos do bebê todos misturados, e que isso a deixava com muita irritação. Contou que agora, com o trabalho novo da neta, o bisneto estava ficando com a avó, filha da Sra. Rosa, a qual também não conseguiria conversar com a moça. Neste ponto coloquei o quão nobre tinha sido toda a intenção da Sra. Rosa na criação e trato com essa neta, e a Sra. Rosa falou que a moça deveria ser mais grata, tanto a ela quanto à própria mãe, a qual teria mais outras quatro filhas, além dela. Perguntei então o motivo desta neta ter recebido tanta ajuda (visto a existência de outros netos), e a Sra. Rosa respondeu que foi pelo fato da filha mais nova ter tido a neta sem o apoio do pai da criança, o qual até hoje ninguém sabe quem é, nem a neta e nem a Sra. Rosa, a qual apenas desconfia de quem seja o pai. Perguntei se ela não achava que isso poderia ser uma questão para a neta e ela disse que não sabia.

Após este ponto da entrevista, voltamos ao assunto do CCI. A Sra. Rosa contou que costuma ir ao CCI nas segundas-feiras e quintas-feiras, e que nos outros dias da semana permanece em casa ou resolvendo questões da casa ou até mesmo cuidando do bisneto. A idosa referiu que sentia-se bem cuidando do bebê, que isso a distraía. Contou que sempre frequentou, nesses vinte anos que tem lembrança da sua participação no CCI, aquele mesmo CCI e que, apesar de ter conhecido muitas pessoas dali, nenhuma delas frequentava a sua casa. Ela me contou ainda que não possuía nenhum problema de saúde mais grave, a não ser tosse e pressão alta. Mais ao final da entrevista, perguntei a ela se gostaria de me fazer alguma pergunta, e ela disse que não. Perguntei em relação ao fato da dificuldade dela em ler e escrever e ela disse que nunca havia aprendido direito, e que se considerava uma pessoa “cabeça dura” (sic), com dificuldade de aprender as coisas. Referiu sentimento de menos valia e de inutilidade por não saber nem ler e nem escrever, mas fiz questão de enaltecer quantas

outras coisas ela havia feito na vida e o quanto seria importante que ela mesma também pudesse reconhecer isso, inclusive pelo fato que relatei de que na vida não é tudo que sabemos, e que o não saber não deveria ser um motivo para que ela se sentisse envergonhada. Neste momento ela me contou que, além de ter criado os cinco filhos e ter ajudado na criação da neta, o fez também na criação de mais um neto, além do bisneto, mas que ao todo tem dezesseis bisnetos, e que já teria perdido as contas de quantos netos. Mais ao final da entrevista voltei a dizer dos recursos possíveis e disponíveis para que a Sra. Rosa buscasse ajuda, caso viesse a sentir necessidade, inclusive por efeito da própria entrevista, visto que eu sabia o quanto tocar no assunto do suicídio não era fácil. Falei da disposição dos meus contatos e do orientador da pesquisa disponíveis e devidamente declarados no Termo, o qual ela poderia mostrar para familiares se também sentisse necessidade. Ao todo a entrevista durou vinte e sete minutos e quatorze segundos, e a Sra. Rosa autorizou a utilização do áudio para que a entrevista pudesse aqui ser descrita. Na saída, nos demos um forte abraço.

O próximo entrevistado foi o Sr. Cravo, de setenta e cinco anos de idade. Desde o começo da entrevista ele começou a falar a respeito da sua fé. Católico fervoroso, disse acreditar tanto em Deus quanto no Diabo. Me contou que sabia de uma vizinha que havia cometido suicídio por enforcamento, quando perguntei se ele conhecia alguém com tal histórico, mas não soube informar há quanto tempo isto havia ocorrido. Perguntei se era dela o único caso que já tinha tomado conhecimento, e disse que não, que quando era mais jovem e residia no município de Cascavel-PR, também havia tido um caso que seu pai havia lhe contado, parente de um vizinho na época, o qual havia se enforcado. Neste momento ele disse o quanto acreditava na força do Diabo, e associou a Ele esse tipo de atitude por parte das pessoas, da sua influência maligna sobre tais pessoas. O Sr. Cravo me perguntou se eu acreditava naquilo que ele estava contando, ao que decidi responder que sim. Contou que foi na cidade de Cascavel-PR onde conseguiu estudar até a 4ª série, e contou também da distância que era para chegar à escola desde a sua casa, pois não haviam escolas perto da onde morava, e lembra que foi nesta época, de quando era menino e ia à escola, que tomou conhecimento do enforcamento do parente do vizinho. Contou ainda que cada propriedade na época era longe uma da outra, portanto, vivia com sua família um tanto isolados. Comentei o quanto a notícia de um suicídio é forte, impactante, pois mesmo tendo passado tantos anos, o Sr. Cravo ainda lembrava daquele momento da notícia vinda do seu pai, e ele concordou, dizendo o quanto achava tal fato uma tristeza. Novamente ele fez menção à Bíblia Sagrada, dizendo que é ali que está tudo escrito, tudo dito, e me incentivou a lê-la. Aproveitei esse momento para

explicar a decisão pelo tema da pesquisa, porque até então eu não havia conseguido seguir o roteiro previamente pensado para a entrevista, pois o Sr. Cravo demonstrou muito desejo de falar e explicar o seu ponto de vista sobre a vida em geral. Portanto, quando oportuno, apresentei brevemente os dados divulgados pelo Ministério da Saúde a respeito do suicídio e perguntei porque ele acreditava que os números divulgados acusavam um aumento considerável no índice de suicídios entre os idosos acima de setenta anos, e ele respondeu associando o acesso cada vez maior das pessoas às drogas. Neste assunto, o Sr. Cravo relatou que, na sua história de vida, já havia sido “bêbado” (sic) e relacionou à sua devoção à Deus a sua libertação do vício da bebida alcoólica, após uma consulta médica na qual o médico lhe teria dito que os problemas de saúde dele, na época, estavam associados com o abuso da bebida. Contou que essa decisão ele havia tomado fazia cerca de vinte anos.

Em seguida, o Sr. Cravo voltou a dizer sobre as drogas, do quanto a utilização delas era prejudicial, e então perguntei se ele estava associando o fato das pessoas terem acesso e utilizarem mais drogas ao aumento do número de suicídios, e respondeu que sim. Contou que teve conhecimento, ali na cidade de Colombo-PR, da morte de uma menina de treze anos devido ao uso/abuso de drogas. Após o Sr. Cravo relatar esse exemplo, passei a entender que, para ele, ter acesso e utilizar drogas, era uma forma de suicídio, ao que ele concordou dizendo: “é claro!” (sic). Neste momento a entrevista foi interrompida, pois a coordenadora do CCI precisou adentrar à sala, porém foi uma interrupção curta. Quando ela saiu da sala, o Sr. Cravo retomou sua fala e contou de um vizinho usuário de drogas, já falecido, o qual teria pedido dinheiro para uma irmã e teria matado a irmã pois esta não teria lhe dado dinheiro para comprar drogas. Perguntei o que ele achava que poderia ter sido feito por essa pessoa, e ele respondeu que, na opinião dele, faltou a palavra de Deus e voltou a contar na sua crença entre o céu e o inferno, afirmando que não havia um terceiro lugar de destino para as pessoas após a morte, apenas os dois.

Em seguida questionei sobre o tempo em que ele usava bebida, se em algum momento naquela época, sob efeito do álcool inclusive, se ele havia já pensado em suicídio e ele disse que não. Contou que costuma frequentar a igreja assiduamente e sugeriu que as pessoas deveriam conversar com Deus diariamente, tanto para pedir quanto para agradecer. Perguntei com quem ele residia, e contou que era viúvo há cerca de vinte anos (a esposa faleceu em 1999 vítima de um câncer no intestino), e que morava com o filho, porém em casas separadas, no mesmo terreno. Ao falar da morte da esposa, mencionou o seu avô, o qual teria falecido com cento e cinco anos. Perguntei a respeito da presença do Sr. Cravo no CCI e disse que

frequentava ali há cerca de dez anos, e que gostava de “bater papo com os amigos” (sic) e jogar baralho pois, segundo ele, “ficar em casa fazendo o que?” (sic). Contou que frequentava ali alguns dias da semana apenas, e que considerava o CCI “falido” (sic), na sua opinião, pois não estaria tendo atividades diariamente como em outra época. Me contou que atualmente havia ginástica, passeios, missa e contou que “antigamente tinha mais atividades” (sic), e que o almoço não era servido apenas nas quintas-feiras, como hoje em dia. Lembrou que por cerca de 4 anos residiu no município de Guaratuba-PR, com uma senhora, e que lá também frequentava um CCI, no qual, segundo ele, haviam mais atividades do que esse de Colombo-PR. O Sr. Cravo referiu que, quando não está viajando ou não tem médico ou não está no mercado, está no CCI: “o meu lugar é aqui” (sic). Voltou a dizer que nunca mais frequentou bares, mas que costuma frequentar bailes, onde também não toma nada de bebida alcóolica. Diz acreditar que sua vida melhorou após ter deixado o vício da bebida. Contou ainda que não é aposentado, “sou encostado” (sic). Após mais alguns ditos a respeito da Bíblia por parte do Sr. Cravo, e da bondade à ela vinculadas através das palavras de Deus, lemos e assinamos o Termo de Consentimento.

O Sr. Cravo, ao final da entrevista, ainda mencionou a respeito de um de seus irmãos, mais novo que ele, o qual faleceu. Contou que ele falava sempre muito palavrão, e que havia morrido queimado, e novamente associou questões malignas ao ocorrido. Perguntei se havia ocorrido algum acidente, e ele disse que não sabia maiores detalhes, sabia apenas que ele tinha largado a família (mulher e quatro filhos) e que havia ido morar na casa de uma amante, na qual teria acontecido a tragédia de sua morte. O Sr. Cravo diz acreditar que o irmão está no Inferno, e que seus sobrinhos até hoje seriam revoltados em função do abandono do pai. Quando perguntei quantos filhos o Sr. Cravo tinha, me contou que apenas um, adotivo, hoje com trinta e oito anos. Contou que adotou o menino com 6/7 dias, um mês após o seu aniversário, e que teria sido a cunhada que havia lhe trazido o menino. A mãe biológica do rapaz encontrar-se-ia ainda viva, porém estaria internada num hospital com sérios problemas de saúde. “Ele já tem trinta e oito anos mas ainda é meu neném, meu dodói, minha paixão e eu cuido muito dele, pois se ele veio parar na minha mão é porque existe algum propósito de Deus, não foi por acaso” (sic). O Sr. Cravo tem apenas um neto mas com quem não convive pois a mãe do menino teria ido embora levando o menino. A entrevista ao todo durou trinta e nove minutos e sete segundos e o Sr. Cravo autorizou a utilização do áudio para que a entrevista pudesse aqui ser descrita.

A terceira entrevistada foi a Sra. Violeta, de setenta e seis anos de idade. Devidamente aconchegadas na sala para a entrevista, iniciei me apresentando, dizendo meu nome, minha formação acadêmica e minha vinculação atual com a Universidade pelo programa do Mestrado em Políticas Públicas. Falei também a respeito do Prof. Dr. Helvo, orientador desta pesquisa, o qual já trabalhou nos CCI como médico anos atrás, um dos motivos pelo qual os CCIs de Colombo-PR foram escolhidos para a realização da pesquisa. Perguntei se ela por acaso lembrava de ter conhecido o Dr. Helvo e ela disse que, se caso conheceu, não lembrava mais. Na sequência, apresentei a ideia e objetivos da pesquisa, apresentando os dados divulgados pelo Ministério da Saúde a respeito do suicídio no Brasil. Perguntei se ela sabia o que era o suicídio, e ela respondeu que sim. Perguntei também se ela conhecia alguém próximo que havia cometido o suicídio, e ela disse: “que eu lembro, não, só teve um cunhado meu que ele sumiu, ninguém sabe se mataram ele ou se ele se matou” (sic), o qual estaria desaparecido há muitos anos, quantos exatamente ela não soube precisar. Após dizer isso, a Sra Violeta disse não querer isso para ela, “Deus me livre, eu quero viver até o dia que Deus me chamar; eu quero viver e ter amizade com todo mundo e quero sair, passear” (sic).

Perguntei então se ela teria alguma ideia do porquê alguma pessoa idosa, na opinião dela, não teria mais vontade de viver, e ela respondeu que achava que a família dessas pessoas provavelmente não as valorizariam, não as ajudariam, “agora eu não, a minha família é um amor, tanto as minhas irmãs quanto os meus filhos” (sic). Ao todo, a Sra. Violeta contou que teve quatro filhos, porém um teria morrido aos doze dias de vida, tendo então sobrado os seus três filhos, sendo “duas meninas e um menino” (sic), todos casados, porém lembrou que a mais nova encontrava-se separada. Disse que foi difícil a perda do neném, mas que acreditava que ele estaria na companhia de Deus. Contou que é a sua filha mais nova que mais cuida dela, que a vestiria, que tudo que ela tinha era essa filha quem dava, a qual residiria numa casa nos fundos do terreno da casa da Sra. Violeta. Disse também que, de comer, essa filha compraria tudo que a Sra. Violeta gostava, e que essa filha a incentivaria a sair de casa, a passear, a ir à igreja. Nos domingos essa filha ajudaria a Sra. Violeta na escolha da roupa e iriam juntas à igreja, “ela quem gosta de escolher a minha roupa, sabe? Ela me dá muitas roupas e mesmo ela não ganhando bem no trabalho dela, ela me ajuda” (sic). Perguntei no que essa filha trabalharia e ela disse que num mercado, e voltou a dizer que todos os seus filhos “são um amor” (sic). Um dos filhos iria toda tarde na casa da Sra. Violeta, e que sua outra filha também vai: “ela vai todo dia me ver” (sic).

Concluí dizendo à Sra. Violeta que então ela era muito amada, e ela confirmou, dizendo que sim, que se sente muito amada por todos eles. “Minhas irmãs me ligam muito também” (sic) e, particularmente naquele dia da entrevista, a Sra. Violeta estava preocupada pois uma das suas irmãs estaria indo realizar uma cirurgia no joelho, e que só conseguiria notícias dela de noite. Contou que essa irmã era como uma filha para ela, pois teria ajudado a criá-la, e informou que era a mais velha entre todos os irmãos. Novamente a Sra. Violeta falou da sua preocupação com a cirurgia, e disse que gostaria de estar junto com a irmã, porém ela residiria em outra cidade, perto de Ponta Grossa-PR. Me contou que, quando se casou, chamou um irmão para ir morar com ela e o esposo, mas que ele não havia aceitado e que essa irmã aceitou, inclusive com o consentimento da mãe delas. A Sra. Violeta contou que, na opinião dela, foi muito bom essa irmã ter ido morar com ela pois não se sentia sozinha e essa irmã teria ajudado a Sra. Violeta quando os filhos nasceram. “Ela saiu de mim para casar” (sic). Disse que entre aqueles dias havia tido um problema com o telefone da sua casa, e que foi difícil não falar com as irmãs.

Disse ainda ser uma pessoa nervosa, “eu sofro dos nervos e ontem eu chorei muito porque eu queria estar lá com ela” (sic). Neste momento da entrevista, a Sra. Violeta começou a chorar ao falar desse desejo de estar com a irmã e não poder, segundo ela, por falta de recursos financeiros para poder ir até lá e lembrou que de Colombo-PR até a cidade da irmã seria uma viagem de cerca de quatro horas. Me contou que só ela moraria em Colombo-PR e que era viúva há cerca de seis anos e disse não saber ao certo o motivo do falecimento do esposo. Contou que eles não moravam juntos e que, um tempo antes dele falecer, teria vindo para Colombo-PR onde os filhos tentaram ajudá-lo. Disse que teria cerca de 6 meses depois do nascimento da filha mais nova, que ele teria começado a viajar muito por questões de trabalho e que ela não podia acompanhá-lo devido à criação e estudos dos filhos. O marido então teria se aposentado e comprado uma casa em São Paulo e não quis vir morar em Colombo-PR. Novamente a Sra. Violeta lembrou do tempo que o esposo teria ficado na sua casa, que o teria ajudado nos cuidados em saúde e contou que fez tudo o que podia por ele, mesmo eles não vivendo mais juntos: “ele vir em casa era como uma visita, ele dormia para um canto e eu para outro” (sic). Perguntei se por acaso ele teria constituído outra família em São Paulo, e ela disse não saber, e disse que as filhas e ela também já teriam ido à casa dele em São Paulo. Quando ele estava em Colombo-PR teria recebido uma ligação de uma equipe médica de São Paulo chamando-o para retornar e os filhos o teriam embarcado num ônibus. A Sra. Violeta soube que, assim que ele chegou em São Paulo, teria ficado internado num

hospital, local onde os filhos e uma neta foram visitá-lo. O marido teria expressado para a Sra. Violeta o seu desejo de vender tudo em São Paulo e vir morar com ela, em Colombo-PR, porém quando os filhos lá chegaram para visitá-lo já o teriam encontrado num estado de saúde grave, estando inclusive internado na UTI do hospital. Os filhos então teriam voltado para Colombo-PR a fim de buscar a Sra. Violeta para que ela então visitasse o marido no hospital, porém a mesma contou que no meio da arrumação das coisas para a viagem, lá por 04:00 hrs, receberam uma ligação informando do falecimento dele. Nisso, a Sra. Violeta contou que investiu seu dinheiro para que o corpo do marido pudesse ser trazido para Colombo-PR, conforme o desejo do mesmo, pois apesar de não mais viverem juntos, gostaria de realizar este desejo do marido, o qual teria sido enterrado num cemitério perto da casa de seu filho.

Contou que mesmo não morando juntos, o marido sempre a ajudou financeiramente da forma que podia, e contou que ela trabalhava num colégio em Colombo-PR ajudando a fazer as merendas dos alunos. Disse que trabalhou neste emprego por trinta anos e um mês, portanto, atualmente, a Sra. Violeta encontra-se aposentada. Neste momento da entrevista o telefone da sala tocou, porém não atrapalhou muito o andamento da mesma. Contou que após a morte do marido uma das filhas teria estado em São Paulo e teria vendido a casa aonde o pai residia, porém a Sra. Violeta achava que a casa havia sido vendida por um valor muito baixo, “só deu para pagar um pouco das contas e dar um pouquinho de dinheiro para cada filho e pronto” (sic).

Na sequência, perguntei à Sra. Violeta a respeito da sua frequência no CCI e ela me respondeu que ali frequentava há muito tempo, mas que não sabia precisar em anos. Contou que foi uma de suas filhas que foi se informar para que a Sra. Violeta participasse do CCI. Disse que na sua igreja, cantava no coral, “de bengalinha mas eu vou” (sic). Contou que mesmo não sabendo ler, acompanhava bem os colegas no coral. Perguntei o que ela ali no CCI gostava de fazer, e ela disse que gostava muito de fazer crochê: “eu não gosto de ficar parada” (sic). Disse também que gostava de ajudar nos afazeres de casa, “toda vida eu gostei” (sic). Disse ainda que tem ido ao CCI sempre que tem atividades no local e disse que na próxima segunda não iria pois teria questões documentais para resolver. Contou que morava perto do CCI e que nas quintas-feiras gostava de estar ali em função do almoço, e que estando com outras pessoas ela sentia que comia melhor; que em casa, sozinha, onde costumava comer pouco, mesmo afirmando que gostava de cozinhar.

Juntas concluimos que se todos os idosos pudessem então se sentir tão bem acolhidos nas suas famílias como ela se sentia na dela, teríamos, certamente, menos casos de suicídios

entre os idosos. Neste momento, a Sra. Violeta contou que tinha amizade com todos, inclusive contou que os alunos a quem atendia no colégio, hoje adultos, quando a reconhecem nas ruas a cumprimentam, mas que ela já não lembrava com detalhes de todos. Isso a fazia se sentir bem. Ao final da entrevista a Sra. Violeta me disse que tinha gostado muito da nossa conversa, que ela tinha se sentido muito bem ali. Lemos e assinamos o Termo de Consentimento, e a Sra. Violeta autorizou o uso da gravação para a referida pesquisa, porém neste momento a Sra. Violeta disse que sua filha já havia lhe incentivado a procurar um psicólogo para que ela conversasse com alguém, mas ela respondeu que não tinha motivos para desejar isso, e aí lembrei que uma das funções do CCI é justamente essa, o acesso às pessoas para a conversa, o diálogo, a convivência. Ao todo a entrevista durou vinte e seis minutos e treze segundos. A Sra. Violeta não era alfabetizada.

Na outra quinta-feira, pela manhã, dia 02 de agosto de 2018, voltei ao CCI Adriana e, além de já encontrar Mt., fui cumprimentar os idosos que já estavam por ali. Uns conversavam, outros jogavam baralho e outros faziam trabalhos manuais.

Neste circular pelo espaço, conheci então a Sra. Girassol, uma idosa católica, de setenta e oito anos. Assim que me apresentei e a convidei para irmos até a sala para realizarmos a entrevista, ela aceitou de prontidão. No início da entrevista, como das outras que haviam ocorrido na quinta-feira anterior, me apresentei então de forma mais formal, explicando a respeito dos objetivos da entrevista bem como da minha formação profissional e vinculação junto ao programa do Mestrado de Políticas Públicas, além de uma breve explanação a respeito dos dados divulgados pelo Ministério da Saúde sobre o suicídio no Brasil. Quando perguntei à Sra. Girassol como ela definiria o suicídio, ela me respondeu que “suicídio é a pessoa que se mata, pessoa que tem algum problema e tira a própria vida” (sic). Pelo caminhar da conversa, acabei perguntando neste momento se a Sra. Girassol era alfabetizada, e ela respondeu que não, que não sabia nem ler e nem escrever, e que sabia apenas assinar o seu primeiro nome. Me contou que, quando adulta, tentou ir a programas de alfabetização, inclusive no próprio CCI, mas que também não obteve êxito no aprendizado: “a cabeça já não ajudava mais” (sic). Acabamos conversando a respeito do Termo de Consentimento, seus objetivos e garantias em relação aos dados da pesquisa e entrevista. Para que ela se sentisse mais à vontade, retomei o fato de que muito mais do que uma entrevista formal, ali faríamos uma conversa, e senti mesmo que ela ficou mais relaxada.

Quando retomamos o tema do suicídio ela me disse que achava uma atitude errada, “não leva a nada a gente tirar a vida da gente, pois quem tira a vida da gente é Deus” (sic). Em

seguida perguntei a sua opinião com relação às pessoas que decidiram cometer o suicídio, que motivos ela achava que essas pessoas teriam para tomar tal atitude, e ela me respondeu que acreditava que a pessoa estaria com problemas de depressão e problemas familiares. Perguntei então se ela já havia conhecido alguém que tivesse cometido suicídio e ela disse que não, “graças à Deus, não!” (sic), mas que já tinha tido notícias sim de pessoas que haviam se matado, mas que não possuíam nenhum vínculo familiar ou próximo com ela. A Sra. Girassol, ao tocar neste assunto, mais especificamente suicídio entre idosos, disse querer viver muito ainda, “até o momento que Deus decidir me levar” (sic). Disse gostar muito da própria vida, e que mantém um bom vínculo com seus familiares. Contou ainda que estava viúva há cerca de trinta anos e que, mesmo tendo criado os filhos praticamente sozinha, eram todos pessoas do bem e pessoas trabalhadoras. Falou também da sua autonomia de vida, da sua liberdade de ir e vir e decidir pela própria vida, isso a deixava feliz também. Ao todo a Sra. Girassol tem nove filhos, sendo seis homens e três mulheres, e todos morariam em Colombo-PR e nas imediações, à exceção de uma das filhas da Sra. Girassol que residiria em São Paulo. “Graças à Deus todos os meus filhos são criados e todos são casados” (sic) e, atualmente, a Sra. Girassol residiria com a filha mais velha, na verdade no mesmo terreno, mas não na mesma casa, “eu que mando na minha casa!” (sic).

Em relação ao CCI, referiu frequentar ali desde a fundação, mas não soube precisar em que ano teria sido. Disse que chegou a ficar dois anos afastada do CCI devido a cuidados com um neto, mas aí contou que os próprios filhos opinaram que ela deveria voltar para a sua própria rotina de vida, não tendo que ficar responsável pela ajuda com o neto, o qual atualmente está com sete anos e de quem cuidaria apenas uma vez na semana, “amanhã mesmo é o meu dia de cuidar dele” (sic). Falou que quando passou a não cuidar mais diariamente deste neto, teria se sentido entristecida, até mesmo um pouco deprimida, e seus filhos a levaram ao médico o qual teria receitado medicamento, que ela tomou apenas um pouco e parou por conta própria. Segundo a Sra. Girassol, os filhos também sugeriram na época que ela consultasse com um psicólogo mas, para ela, o psicólogo dela é Deus e teria sido Ele que a teria libertado daquele mau sentimento. Contou ter cerca de trinta netos e quatro bisnetos. Disse que não tem comparecido diariamente ao CCI, estaria indo três vezes na semana, nas segundas na aula de Ioga, nas terças na aula de alongamento e nas quintas em função do almoço. Quando perguntei sobre o comparecimento ao CCI ela disse gostar muito, não só das atividades como das pessoas que ali frequentam, e também disse gostar muito quando acontecem os passeios organizados pelo CCI. Ela elogiou muito o trabalho da

coordenadora do CCI e repetiu gostar muito do CCI e das amizades que ali conseguiu fazer, “é como uma família!” (sic), porém a Sra. Girassol disse serem amizades que se firmaram apenas no CCI, que não frequentam as casas umas das outras. Após explicar a garantia de confidencialidade dos dados repassados por ela, encerramos a entrevista, que de todas, foi a mais breve, tendo durado 19 minutos e cinquenta e dois segundos.

A quinta entrevista se deu com a Sra. Jasmin, de setenta e dois anos. Após a apresentação inicial, inclusive a respeito do Termo de Consentimento, perguntei à Sra. Jasmin se ela já havia participado de alguma pesquisa anteriormente, e ela me respondeu que não. Quando lhe perguntei em seguida o que ela entendia pelo termo “suicídio”, ela respondeu dizendo que “é uma coisa horrível, é um pecado; é quando a pessoa decide tirar a própria vida, decide se matar” (sic). Comentei então com ela as razões e dados que foram levantados a respeito do suicídio que auxiliaram na fundamentação e ideia da própria realização da pesquisa, o que embasou a minha próxima pergunta que dizia respeito à opinião da Sra. Jasmin sobre o porquê ela acreditava que pessoas idosas, acima de setenta anos, desejariam não mais viver. Ela disse que nunca passou pela sua cabeça cometer suicídio, e disse ainda acreditar que as pessoas que se suicidam não possuem crença em Deus, e nem possuiriam pessoas próximas para se apoiarem. Na sequência, a Sra. Jasmin contou fatos da sua própria história, envolvendo principalmente sua mãe, pois afirmou: “minha mãe tentou suicídio várias vezes, mas ela ainda não era idosa nesta época, era quando ela era mais nova” (sic). A Sra. Jasmin narrou fatos e lembranças da mãe chorosa pela casa aonde moravam, “ela chegou até a tomar inseticida, mas morreu com noventa e dois anos” (sic). Perguntei qual teria sido o motivo da morte da sua mãe e a Sra. Jasmin informou que ela teria ficado “esclerosada nos últimos quinze anos” (sic) de vida, não reconhecendo mais nem mesmo os familiares e, após uma pneumonia, acabou falecendo.

Quando narrou as lembranças em relação às tentativas de suicídio da mãe, disse que nunca soube efetivamente o (s) motivo (s), mas lembrou que eram muito pobres na época, “mas acho que pobreza não leva a isso né, sei lá” (sic). Contou que a mãe teria tido 20 gestações e ao todo teve treze filhos. Contou que, além desses fatos envolvendo a mãe, nenhum de seus irmãos teria tentado suicídio, e aí explicou que ela e boa parte da sua família são evangélicos, e disse acreditar que o único que poderia tirar a vida é Deus, que seria pecado atentar contra a própria vida. Em seguida, a Sra. Jasmin mencionou que teria passado por vários problemas no decorrer da sua vida, principalmente em relação ao seu casamento, mas que nada teria sido motivo para pensar em tirar a própria vida, e afirmou que a igreja

sempre teve um papel fundamental na sua vida. Voltei a perguntar sobre a sua mãe, e perguntei sobre quais lembranças remetiam aos momentos em que a mãe manifestava não querer viver mais. A Sra. Jasmin contou que quando ela tinha sete anos, a mãe teria cortado uma melancia para dar a ela e aos irmãos e que, quando terminou de cortá-la, teria limpado a faca e dito que passaria no próprio pescoço. Ela e os irmãos teriam começado a gritar e a chorar e a Sra. Jasmin lembrou que seu pai costumava ficar muito irritado com as atitudes da mãe. Lembrou ainda da ocasião em que a mãe teria passado querosene pelo corpo e teria procurado algo para atear fogo em si mesma, “mas eu ainda acho que se ela quisesse mesmo morrer ela tinha morrido; acho que ela tinha algum problema psicológico” (sic). Contou que achava a mãe uma pessoa muito bondosa com todos mas que não saberia mesmo dizer por que ela demonstrava tanta vontade de morrer.

A mãe da Sra. Jasmin teve todos os filhos em casa e que nunca tomou medicamentos e que, nesta época, moravam no município de Alfredo Marcondes-SP, “eu tinha uns onze anos quando viemos para o Paraná” (sic). A Sra. Jasmin relatou que morou na cidade de Paranavaí-PR por cerca de vinte e cinco anos e depois se instalaram no município de Colombo-PR, de onde nunca mais saiu. Na sequência perguntei a ela se, além das lembranças das tentativas de suicídio da mãe, ela havia conhecido outra pessoa próxima que havia tentado ou efetuado propriamente o suicídio e ela respondeu que não: “eu nunca vi uma pessoa que se suicidou” (sic). Após essa fala, fiz um comentário a respeito do fato da lembrança que fica, que permanece em relação a alguém que tenha tentado ou cometido efetivamente o suicídio, que mesmo depois de tantos anos, as lembranças, por exemplo, no caso dela em relação à mãe eram claras e atuais de certa forma, “eu não consigo me esquecer disso... ela tinha tanta vontade de morrer que ela usava camisola comprida e de mangas compridas e que, quando deitava, ela esticava bem por cima do corpo e dizia que se ela morresse ela já tava pronta [...]. Aí quando eu e meus irmãos acordava, uns menor, outros já adolescentes, a gente corria na cama dela para ver se ela ainda estava viva” (sic). Outra lembrança sobre a mãe, que a Sra. Jasmin mencionou, foi o fato dela ter um cabelo bastante comprido e enrolá-lo no pescoço para querer morrer, inclusive disse que por vezes seu pai teve vontade de cortar o cabelo da mãe para que ela não mais fizesse aquelas coisas. Aproveitei para perguntar o que a Sra. Jasmin costumava sentir quando se deparava com esse desejo da mãe e, conseqüentemente, com essas atitudes por parte dela, ao que me respondeu que lembrava de sentir o coração acelerado, sentia-se triste e angustiada.

A Sra. Jasmin falou que já quando mais velha a mãe teria experimentado uma vida com saúde e com muito amor por parte dos filhos e também dos netos, e que nunca mais havia atentado contra a própria vida ou mencionado querer tirá-la. Em relação ao pai, ela me disse que ele muitas vezes não sabia o que fazer com toda a situação que se instalava, e que ele tinha medo de deixar a esposa sozinha, mas que sempre teria sido um homem forte e contou que ele faleceu com noventa e quatro anos. Novamente em relação à mãe, a Sra. Jasmin disse que ela sempre foi uma mãe caprichosa e que teria cuidado dos filhos com muito carinho. Seus pais teriam ficado sempre juntos e teriam sido os primeiros companheiros um do outro, e contou que a mãe teria casado com seu pai com treze anos de idade. Neste momento da entrevista, a coordenadora Mt. adentrou a sala (esqueceu que a sala estaria sendo usada) e brevemente a entrevista foi interrompida. Quando retomamos a conversa, perguntei novamente sobre seu pai, e a Sra. Jasmin contou que ele faleceu devido complicações de saúde após uma queda em que teria fraturado o fêmur. De novo, ela comentou sobre a mãe, a qual teria ficado quinze anos sem conhecer ninguém devido à esclerose e que nem comida ela passou a conhecer mais. Por um tempo teria ficado também agressiva, inclusive gritava para os vizinhos a retirarem da casa pois acusava as pessoas de maus tratos, “foi uma luta, mas depois ela aquietou” (sic). A mãe teria morado com a irmã mais velha da Sra. Jasmin nesta etapa da vida, mas todos os outros filhos (incluindo a ela) davam assistência à mãe.

Na sequência da entrevista achei interessante mencionar a experiência em que eu tinha tido notícias na minha própria vida a respeito do pai de uma amiga que teve Alzheimer, e das situações que essa amiga também teria vivido no cuidado com o pai. A Sra. Jasmin então comentou que a mãe teria ficado como uma criança novamente, e que trocava o nome de todos os filhos. Contou para mim que a irmã mais velha teria estado mais perto nos cuidados da mãe, mas também já havia falecido há cerca de 7/8 anos. Neste momento, optei por perguntar a respeito da presença dela no CCI e ela me respondeu que frequentava ali apenas há um ano – apesar de saber da existência do CCI há muitos anos -, e disse que não começou antes por ter que cuidar de neto. Neste momento mencionou que veio por um tempo ao CCI mas quando a coordenação era outra, visto que a atual coordenadora estava então cumprindo seu mandato no governo local como vereadora. Disse que tem comparecido ao CCI apenas nas quintas-feiras e que, além de almoçar, costuma fazer crochê “porque eu não gosto de ficar parada” (sic). Contou que nos outros dias da semana costuma ficar em casa, a qual seria grande e é ela quem cuidaria de tudo por lá, mas que nas terças-feiras ficaria envolvida com

atividade na sua igreja. Falou que pretendia começar a vir nos outros dias no CCI em que tem alguma atividade física, por recomendação da médica.

A Sra. Jasmin contou que havia pouco tempo que realmente estaria gostando de vir ao CCI e que os amigos que ali tinha eram apenas os que sentariam junto com ela na mesma mesa: “acho que os outros não sabem nem o meu nome” (sic). Quando perguntei o porquê ela achava que acontecia isso ela disse que achava que era pelo fato dela ser evangélica e os demais frequentadores do CCI, em sua maioria, católicos. Porém, na continuidade da conversa a Sra. Jasmin disse também não conhecer o nome das pessoas que sentariam em outras mesas e então perguntei se para ela seria problema alguma outra pessoa não ser evangélica e ela respondeu que não, “de jeito nenhum” (sic). Contou ser evangélica desde que nasceu, e remeteu ao fato da religião ter sido o suporte principalmente para o pai, visto tudo que ele havia passado e suportado em relação à esposa. Atualmente, a Sra. Jasmin relatou que todas as pessoas da sua família são evangélicos, “filhos e netos” (sic). Neste momento comentei sobre a religião ser uma livre escolha e um fator de proteção, bem como também de afinidade. A Sra. Jasmin então contou que, ao todo, frequentava sua igreja quatro vezes na semana, principalmente no período da noite, e lá participaria do coral e tocava instrumentos musicais, “eu estou ativa por lá” (sic). Perguntei se ali no CCI tinha a atividade do coral, e ela disse que sim, mas que não haveria no CCI nenhum evangélico participando e justificou tal ausência pelo fato da escolha do repertório musical no CCI ser outro, “aqui eles tocam música sertaneja” (sic). Disse que ali no CCI haviam amigas da sua igreja e contou que era filiada à igreja Assembleia de Deus. Contou que então nas quintas-feiras costumava ir ao CCI, almoçar e ir embora, “pois não tem nada para fazer depois aqui” (sic).

Neste momento encerramos a entrevista e a Sra. Jasmin falou ter gostado de estar ali conversando comigo e voltou a dizer que ali no CCI haviam algumas idosas que nem a cumprimentavam, “eu nem sei por que” (sic), e inclusive disse já ter comentado a respeito disso com a coordenadora. Contou que não tinha costume de ir nos passeios que o CCI promovia pelo fato de não ser aposentada e depender financeiramente do esposo, o qual também seria cadastrado para frequentar o CCI mas que não comparecia, “ele ainda faz uns serviços para a Mt.” (sic). A Sra. Jasmin voltou a comentar a respeito de ter tido problemas no seu casamento, segundo ela, pelo envolvimento dele no mundo da política, “mas agora está tudo bem” (sic). Perguntei se ela tinha alguma dúvida em relação à pesquisa ou até mesmo da entrevista que ali estávamos encerrando e ela disse que não. Contou saber ler e escrever (teria estudado até a quarta série) e então falamos sobre o Termo de Consentimento, o qual ambas

assinamos. Bem ao final a Sra. Jasmin comentou que “eu nunca falei desse assunto da minha mãe com ninguém... me deu muita saudade dela” (sic). Ao todo a entrevista durou trinta e três minutos e quarenta e dois segundos.

A sexta idosa entrevistada foi a Sra. Orquídea, de setenta e nove anos, no dia 09 de agosto de 2018. A conheci quando circulava no espaço do CCI já na semana anterior. A Sra. Orquídea gosta muito de jogar cartas, e na semana anterior eu havia acompanhado um pouco do jogo que ela e outros idosos jogavam. Neste dia 09, ao vê-la adentrar no CCI, a convidei para a entrevista e ela aceitou participar. Antes mesmo de eu ligar o gravador, a Sra. Orquídea já começou a falar e a contar coisas da sua vida e de sua rotina. Contou que nasceu no Brasil, mas seus avós, vindos da Europa, tinham origem polonesa e seus pais apenas falavam com ela em polonês e, até hoje, a Sra. Orquídea possui um sotaque quando fala português. Contou que até hoje sabe falar muito bem o polonês, “sei rezar também em polonês [...] e quando eu falava brasileiro com meus pais eles não me respondiam” (sic). Me explicou que seus pais nasceram no Brasil, na cidade de São Mateus do Sul-PR. Comentei com a Sra. Orquídea que eu achava uma pena eu não saber nada de polonês para quem sabe conversar com ela neste outro idioma, e foi então que ela disse: “uma pena mesmo, porque eu sei” (sic). Quando perguntei se havia algo que ela pudesse me ensinar em polonês ela ensinou a dar “bom dia” e a dizer “como vai você?”. Aí contei para ela da minha origem também, com familiares vindos não da Polônia, mas sim da Itália. Perguntei se em algum momento da vida ela havia tido a oportunidade de ir à Polônia para conhecer e ela disse que não, que seus pais eram lavradores, e que também haviam morado na cidade de Laranjeiras do Sul-PR, “eles não tinham condições para poder viajar e também depois eu casei, tive meus filhos e enviei. Já faz vinte e seis anos que sou viúva” (sic).

Ao todo a Sra. Orquídea teve sete filhos, três filhos homens e quatro filhas mulheres e, quando perguntei como costumava ser o relacionamento com os filhos, respondeu que era bom, mas que uma das filhas, que inclusive moraria perto da casa dela, não a visitaria. A Sra. Orquídea disse não saber o motivo, que nunca a teria ofendido pois seria uma pessoa que preferiria sofrer a fazer alguém sofrer: “dá pra dizer assim que ela esqueceu da mãe. Não sei se esqueceu ou lembra, mas ela não vem me visitar” (sic). Quando perguntei se nem pelo telefone essa filha faria contato, respondeu que por vezes se ligam, mas que tem vezes que a filha nem atenderia o telefone. A fim de entrarmos no tema da pesquisa, decidi me apresentar, pois até o momento isso não havia sido feito, e foi neste momento que conversamos sobre a pesquisa propriamente dita e seus objetivos. A Sra. Orquídea contou que sabia ler e escrever,

e que teria estudado até o primeiro ano: “minha filha, o meu pai não me deu estudo, o mundo me ensinou, aprendi por si” (sic). Disse que teria aprendido também com os seus filhos quando eles iam à escola, “eles me ajudavam e eu ajudava a eles” (sic). Foi neste momento da entrevista que falamos sobre o Termo de Consentimento e ambas assinamos. Ela me contou que ler em polonês alguma coisa ela até conseguia mas que escrever em polonês não conseguia. Perguntei se ela saberia me dizer se ali em Colombo-PR haveria muitas pessoas com a mesma descendência dela e ela me respondeu que muito pouco.

Após isso, adentramos ao tema do suicídio. Lhe perguntei o que ela entendia pelo termo “suicídio” e ela respondeu dizendo que seria alguém que teria tirado a própria vida por não querer viver mais, e aí emendou dizendo:

“eu acho uma loucura. Eu peço tanto a Deus para Deus me dar saúde, para eu poder viver, porque eu tenho uma vida boa, graças à Deus. Meus filhos me adoram e eu adoro meus neto, para que eu iria querer fazer loucura? Eu sou contra disso de tirar a vida, pois Deus dá a vida pra nós e só Deus quem tira” (fragmento da fala da Sra. Orquídea).

Disse ser uma pessoa muito religiosa, católica. Contou que em São Mateus do Sul-PR, a mãe teria sido criada em um colégio de freiras, um colégio polonês e que sua mãe era muito religiosa. “Quando eu fui casar, ela me deu um terço junto com o buquê para eu seguisse a religião, e eu tô seguindo” (sic). Disse, portanto, que em toda a sua história de vida, nunca havia pensado em tirar a própria vida. Em seguida perguntei se ela já havia conhecido alguém próximo que teria cometido suicídio e ela me respondeu que sim, que lembrava do caso de um vizinho, com cerca de cinquenta anos, que haveria se enforcado num poço de água. “Eu vi ele depois que tiraram ele do poço, mas nem a mãe dele sabia explicar porque ele teria feito isso” (sic). Disse não ter conhecimento atualmente de ninguém conhecido que pudesse estar passando por alguma situação ao ponto de querer tirar a própria vida e que fica bastante em casa cuidando da própria vida, não tendo o hábito de saber ou querer saber da vida dos outros.

Ela me contou que hoje moraria sozinha, mas que teria uma neta (atualmente com vinte e dois anos) que viria todas as noites dormir com ela. A Sra. Orquídea comentou a respeito dessa neta, a qual estaria fazendo faculdade de Administração, filha de uma das suas filhas, a qual seria dona de uma panificadora. A neta trabalha na panificadora durante o dia e à noite cursa a faculdade e, após tal jornada, vai para a casa da Sra. Orquídea para pousar. “É muito querida a minha neta, muito; ela liga duas, três vezes por dia para saber como a avó está. [...] Com essa idade ela nunca disse ‘não’ para mim” (sic). Contou que ao todo não sabia

dizer quantos netos teria hoje, mas bisnetos ela contou ter entre nove e dez. Comentei a respeito do seu casamento e ela disse que nesses vinte e seis anos que está viúva nunca teria procurado por outro parceiro. “Eu fui fiel e depois na morte. Eu tive um exemplo bom dentro da minha família” (sic). O esposo teria falecido devido a um câncer na região da boca e que, nesta época, moravam em Laranjeiras do Sul-PR, e que teria sido uma luta muito grande todo o período do tratamento dele, inclusive em Curitiba-PR no hospital Erasto Gaertner. Ao contar sobre isso, a Sra. Orquídea lembrou de um momento em que o esposo, já no final de sua vida, teria acariciado o seu ombro em sinal de gratidão e que ele teria dito não querer deixá-la pois teria dúvidas se os filhos cuidariam bem da Sra. Orquídea. Neste momento da entrevista, com tal lembrança, a Sra. Orquídea se emocionou, chorou dizendo que por vezes tem a sensação dele estar ainda passando a mão pelo seu ombro. “Eu tinha um bom esposo, um bom pai, um bom marido” (sic). Perguntei a respeito de como eles haviam se conhecido, e contou que havia sido numa festa que a comunidade fazia para cada aniversariante e que, na ocasião, uma amiga também haveria se interessado por ele, mas foi com a Sra. Orquídea que ele ficou. “Ele foi meu primeiro namorado e único e meus pais não foram contra porque ele era um rapaz de boa família [...]. Tivemos uma vida boa, não rica, simples, mas boa” (sic).

Disse viver, ainda hoje uma vida boa, devido a sua aposentadoria e a sua casa própria que uma das filhas teria construído. Juntas, concluímos que a vida da Sra. Orquídea de fato é muito boa, com um histórico ainda melhor, e tudo isso ela agradece e diz dever à Deus. Disse ser grata pelos filhos homens não serem nem tatuados e nem cabeludos, que todos os três tinham suas famílias e suas vidas bem encaminhadas, e que nunca, nenhum de seus filhos, a incomodou ou lhe pediu dinheiro. Perguntei o que ela achava que passava pela cabeça de uma pessoa idosa que de repente não desejar viver mais, e ela me respondeu dizendo que seria uma pessoa que não teria Deus em sua vida, “a vida é muito boa mas a gente tem que saber construir ela, porque se você quer fazer da sua vida um inferno você faz né, e se você quiser fazer da sua vida, da sua família um pedacinho de céu, ele é. É isso o que eu penso” (sic).

Em seguida, questionei em relação à frequência dela ali no CCI e ela disse que frequentou por um tempo e que ficou um tempo adoecida (teria tido um problema nas pernas), o que a levou a se afastar de lá por um tempo. Sua volta teria sido recente, e ela elogiou o trabalho no CCI e também da coordenadora local. Contou que como seu retorno é recente, ainda não estabeleceu quantos e quais dias estará vindo. Disse gostar de jogar baralho e fazer crochê, e que em casa também fazia tal trabalho manual, além de ser responsável pela limpeza da sua casa, “ela é pequena mas é aconchegante” (sic). Disse sentir-se muito bem na sua

própria casa e que hoje, seu único problema, seria estar pré-diabética. Contou que no mesmo terreno da sua casa, moraria um dos seus filhos, mas que as casa seriam independentes. Ao final da entrevista, ainda conversamos mais um pouco pois notei ela mais à vontade quando decidi desligar o gravador. Ali ela me contou mais alguns detalhes da sua vida e dos seus gostos. De gravação, a entrevista durou vinte e oito minutos e quarenta e três segundos, mas a conversa como um todo durou, portanto, mais. Nos abraçamos na sua saída.

Neste momento, a coordenadora do CCI me chamou e me pediu para eu entrevistasse uma pessoa, a qual estava, aliás, já ao lado dela. Porém, era uma idosa que não entraria no recorte indicado para a pesquisa e que, por já estar ali, não consegui perguntar quais seriam os motivos da necessidade da entrevista, visto que o que a coordenadora estava me demandando era um atendimento, enquanto psicóloga, para aquela idosa. Decidi por acolher tal pedido e essa Sra. adentrou à sala. Estava nitidamente angustiada e ao me relatar algumas coisas foi decidido pelo contato com a equipe do CAPS de Colombo-PR. Após resolvida tal situação, conversei com a coordenadora sobre o caso e aproveitei para retomar o objetivo da minha presença ali no CCI. Devido ao tempo que isso levou, neste dia 09 de agosto foi possível realizar apenas duas entrevistas, a da Sra. Orquídea e a próxima que irei relatar, que foi a do Sr. Lírio.

O Sr. Lírio eu também havia conhecido há alguns dias antes da respectiva entrevista, quando nas minhas andanças pelo CCI o encontrei sentado no sofá vendo a televisão. Ali, naquele momento, já conversamos um pouco, porém assuntos triviais. Neste dia da entrevista, vi primeiro no salão a sua esposa, a qual também frequenta ali o CCI. Ele novamente estava no sofá vendo a televisão, e foi quando o convidei para a entrevista. Ao adentrar a sala me contou novamente sua idade: setenta e dois anos. Iniciamos a entrevista falando sobre o Termo de Consentimento (o qual assinamos) e sobre a pesquisa em geral.

Quando perguntei o que ele entendia sobre o termo “suicídio”, ele me respondeu que achava que isso tinha a ver com um “problema de depressão. A pessoa com um juízo normal acho que não faz isso”. Falou também que achava que além de depressão, a questão da solidão também poderia ser um fator que estimularia alguém não querer viver mais, e que achava que tanto a depressão quanto a solidão eram temas afins. Em relação à ele mesmo disse ser uma pessoa bastante envolvida com coisas a fazer no dia-a-dia, sendo bastante ativo, juntamente com sua esposa. Disse ser também muito católico, e que frequenta a igreja com assiduidade, “já fui ministro da igreja por oito anos, e minha esposa também”. Contou que estava com uma viagem marcada em breve para a cidade de Aparecida do Norte-SP. Na

sequência da conversa, o Sr. Lírio comentou que sua esposa havia passado por alguns problemas de saúde e que teria sido diagnosticada com depressão que trazê-la ao CCI foi uma das coisas que a teria ajudado a melhorar de tal doença: “ela melhorou 100%”. Falou que, na sua opinião, além dos medicamentos, o que ajudaria uma pessoa com depressão é a participação em atividades e o contato, a convivência com outras pessoas.

Neste momento da entrevista, ele comentou que, devido a depressão, um vizinho dele havia cometido suicídio, “a mulher dele saiu para visitar uns parentes e aí ele ficou sozinho, aí ele amarrou uma corda no portal da casa e foi o vizinho do lado que viu ele pendurado”. Disse que era um vizinho idoso, com mais de setenta anos, que não costumava falar com ninguém, “primeiro a gente conversava, mas depois ele foi sumindo, ficava se escondendo”. Aproveitei e retomei com o Sr. Lírio alguns dados que eu já havia pesquisado em relação ao suicídio em idosos, inclusive os dados divulgados pelo Ministério da Saúde, aí ele opinou que acreditava que o fato dos filhos não se importarem com os pais seria um fator importante a se considerar no tema do suicídio, “a pessoa vai se magoando com aquilo”, com o abandono. Aproveitei e perguntei a respeito dos filhos do Sr. Lírio, e ele me contou que tinha ao todo cinco filhos, sendo quatro homens e uma mulher, “todos casados”. Teria nove netos e uma bisneta. Contou que tanto o seu relacionamento com os filhos como com a sua esposa seria muito bom, que já estava casado há cinquenta e seis anos, “graças à Deus, eu e minha esposa nunca tivemos desavença nenhuma”. Disse receber com frequência a visita dos filhos e também dos netos na sua casa, a qual inclusive ele gosta bastante de mexer e arrumar. Contou ter uma neta que moraria na Itália e um dos filhos, pai de tal neta, teria residido na Itália também mas que há oito anos estaria morando na Espanha. Contou que nunca teria ido visitá-los no continente europeu, “minha neta quer que eu vá pra lá” (sic) e que o filho lhe telefonaria cerca de duas vezes na semana e, quando possível, mandaria coisas de lá para cá, coisas que geralmente só tem lá.

Perguntei, na sequência, a respeito da frequência dele ali no CCI e ele disse vir ali mais em função da esposa, e que há cerca de vinte anos frequentavam ali, entre idas e vindas. Contou que sua esposa viria ali nas segundas na aula da Ioga e nas terças na aula de ginástica e que os dois vem juntos na quinta em função do almoço.

Ele disse ter o costume de fazer cerca de quarenta minutos de caminhada diariamente: “se a gente não fizer isso, na idade da gente a gente não aguenta as coisas”. Neste momento ele voltou a dizer o quanto achava importante fazer de tudo para que não se entre em depressão, e contou que no decorrer da sua vida, nunca havia pensado na hipótese de tirar a

própria vida: “já passei muito sofrimento na perda da minha mãe, na perda do meu pai e na perda do meu sogro [...] a gente era muito próximo, eu e meu sogro”. Contou que sua esposa seria sua prima e, portanto, se conheceriam desde que nasceram, praticamente, e que o sogro teria falecido muito jovem, aos quarenta e nove anos, devido a um problema no coração, “quase entrei numa depressão, mas graças à Deus superei isso”, e que muitas pessoas achariam que eles eram irmãos. Contou que trabalhou com transporte de valores, função pela qual se aposentou no ano de 1995, e que mesmo depois de aposentado, abriu um comércio em casa (uma mercearia), pois na região onde morava não havia mercados por perto naquela época, “aí quando começou a abrir os mercados a mercearia fracassou, aí eu fechei”. Teria também investido em terrenos, os quais dividiu entre os filhos, e me contou um pouco sobre cada um desses filhos, suas profissões e situações de vida atuais. Disse ainda que para a comemoração do dia dos pais, no próximo domingo, já havia combinado com os filhos de irem na festa da igreja para comerem costela. Ao todo a entrevista durou vinte e cinco minutos e vinte e sete segundos.

No último dia programado para a realização das entrevistas, amanheceu com garoa e frio. Portanto, chegando ao CCI haviam poucos idosos presentes e, além da questão do clima, a coordenação havia programado uma palestra sobre Saúde Bucal junto a uma clínica odontológica do município de Colombo-PR, a qual durou boa parte da manhã. Outra razão para o número menor de idosos naquele dia no CCI, foi o fato de alguns idosos terem ido em uma excursão para a cidade de Aparecida do Norte-SP.

Permaneci no local o período todo da manhã, conversando com os idosos que lá estavam, observando e participando da dinâmica daquele espaço em que eu já me sentia familiarizada pelo vínculo que ao longo das semanas foi se construindo. Reencontrei alguns dos idosos que haviam passado pela entrevista comigo, e até cheguei a conversar com uma idosa, a qual eu ainda não havia entrevistado, e propus que pudéssemos realizar a entrevista, porém ela não quis, pediu que deixássemos para um outro dia. A maior parte dos idosos que lá estavam não tinham idade acima de setenta anos, o que também me fez decidir em permanecer no local com eles, sem nenhuma pretensão de realizar entrevistas, mas com o desejo de aproveitar aquele tempo conforme o que dali pudesse advir.

Foi assim que pude conhecer pessoas que até então eu ainda não havia conhecido; observei o jogo de baralho que ali estava acontecendo; conversei com a Sra. Rosa, que neste dia estava com revistas de produtos de beleza para vender; reencontrei a Sra. Violeta que me contou que não havia estado no CCI na quinta-feira anterior, pois havia ficado adoecida; falei

com a Sra. Girassol, a qual me relatou a respeito de colegas que haviam ido para a viagem para a cidade de Aparecida do Norte-SP, e da sua programação para ir na próxima excursão; comprei mudas de plantas de uma das senhoras que frequenta o CCI, a qual havia trazido o filho para auxiliar com tal trabalho. No momento da compra, conheci outra senhora, a qual me contou que amava mexer com as plantas e com a terra, que estava ali comprando mudas, segundo ela às escondidas do esposo, pois ela disse que já havia muitas plantas na sua casa, mas que ela tinha gostado muito daquelas, e que as plantaria também junto às outras que já possuía.

Após a palestra, fiquei para o almoço com eles, por convite da coordenadora, a qual já havia me convidado na semana anterior. Acabei almoçando no local também com a coordenadora geral dos CCIs, a Sra. T., pois ela tinha ido ao CCI prestigiar a palestra e, como não havíamos mais nos encontrado, ela quis saber a respeito do andamento da pesquisa e da minha impressão com o trabalho realizado até então. Além dela, o D. também almoçou conosco. Como forma de agradecimento por tudo que até então a convivência no CCI havia me proporcionado, levei bolo para que todos pudessemos saborear uma pequena sobremesa. Na distribuição do bolo, outro momento de compartilhamento, pois conversei com outros idosos que eu ainda não conhecia e agradei pelo espaço e pelas informações que puderam me repassar. Em troca, de vários desses idosos, ouvi que achavam uma pena eu não ir mais lá, e vários deles me convidaram para retornar, bem como a coordenadora Mt., a qual presta um trabalho exemplar à frente do CCI Adriana.

Vale destacar que a ideia primeira de convidar vinte idosos para as entrevistas não foi possível. O número que se tornou possível foi o de sete entrevistados ao todo, e um dos motivos para isto se deu em virtude da idade de corte escolhida para a pesquisa, a qual foi de 70 ou mais, conforme já descrito. Entendeu-se, no decorrer da pesquisa, que a maior parte dos idosos cadastrados e que frequentam o CCI elencado para a pesquisa, possuem entre 60 e 70 anos. Além disso, outro fator que acabou sendo levado em conta e que pode ter contribuído para que não conseguíssemos atingir o número previamente pensado de idosos para as entrevistas, foi o fato de que, nos dias selecionados para as visitas ao CCI e que ocorreram as entrevistas, estávamos no inverno, com dias bastante frios, típicos da estação e do clima na região, tendo reduzido, assim, o número de frequentadores do CCI. Outro fato, conforme já citado, foi o fato de que na última quinta-feira elencada para entrevistas houve uma palestra no local, e também uma excursão na qual alguns idosos do CCI participaram.

Outra situação enfrentada, e que foi preciso levar em conta, foi o fato, não anteriormente considerado, do número expressivo de idosos com 70 anos ou mais que não eram alfabetizados ou que eram semi-alfabetizados, fato esse que precisou, portanto, ser reconsiderado na execução da pesquisa, a fim de poder viabilizar uma adequada leitura do TCLE durante as entrevistas. Ao todo, dos sete entrevistados, três eram analfabetos. Outros três idosos apresentaram baixa escolaridade, teriam estudado até no máximo o quarto ano primário. Um deles, apenas, que estudou um ano a mais. Para esses idosos que não sabiam nem ler e nem escrever, o Termo de Consentimento foi lido e explicado, e cada idoso levou uma cópia para casa e foram orientados a entregarem para familiares de sua confiança (se caso desejassem) e que, se tais familiares tivessem alguma dúvida, os contatos dos pesquisadores estavam à disposição, porém, nenhum familiar nos contatou. Percebeu-se que o fato de que alguns idosos não eram alfabetizados não se apresentou como fator inibitório ou vexatório, pois em nenhum dos casos este fator inviabilizou a entrevista.

Vale aqui sublinhar que a Sra. Violeta, no decorrer das semanas em que eu estive no CCI, tornou-se uma espécie de facilitadora voluntária para a minha seleção de candidatos à pesquisa, pois ela havia contado aos colegas e à coordenadora Mt. que ela tinha achado a conversa comigo muito boa e que, portanto, recomendava que outros idosos pudessem também ter tal contato comigo através da entrevista. Essa ajuda tornou-se essencial visto o obstáculo que tivemos no momento da escolha dos candidatos, e conseqüentemente da coleta dos dados, devido a problemas familiares e pessoais da Dra. D., médica do CCI que ajudaria neste processo, conforme previamente combinado na elaboração do projeto da pesquisa. Mt., coordenadora do CCI, acabou também sendo muito prestativa e essencial no auxílio quando da minha aproximação com os idosos, pois além de trocarmos ideias a respeito daqueles que estavam sendo selecionados, ela me informava, a cada vez que eu ia lá, sobre a repercussão entre eles da minha visita anterior, desde a sensação de se sentirem ameaçados achando que eu poderia ser alguém de alguma Secretaria que pudesse avaliar a situação deles e com isso eventualmente cortar seus respectivos benefícios, até o fato de que alguns idosos gostariam de ter conversado comigo na entrevista, porém não puderam devido à idade de corte que havia sido definida para a pesquisa. Portanto, a minha circulação no CCI de forma geral, buscando conhecer e conversar com a maioria deles que se encontravam lá no mesmo período em que eu estava, acabou sendo essencial para o bom resultado que pudemos colher das entrevistas.

Uma dessas realidades que pudemos nos aproximar foi o fato, principalmente em relação aos idosos entrevistados, que todos eles, apesar da baixa escolaridade, sabiam o que

era o suicídio e se mostraram sensibilizados ao tema. Percebeu-se que o tema despertou lembranças e afetos de situações vividas que foram narradas, situações inclusive que pelo relato da Sra. Jasmin, por exemplo, estavam até mesmo adormecidas, situações envolvendo a mãe, no caso dela, que ela revela que nunca havia contado para ninguém.

A esse respeito, do fato em que os idosos apresentaram lembranças de pessoas que tentaram, ou mesmo se suicidaram, a maior parte deles não eram fatos recentes, salvo a situação descrita pelo Sr. Lírio, a qual sim pareceu mais recente do que de todos os outros relatos. A maior parte das lembranças contadas rememoravam tempos antigos e, mesmo não sendo recentes, houve a descrição bastante clara, e até mesmo detalhada, desses fatos.

Em todos os relatos em que houve situação em que o suicídio foi confirmado, todos eles o enforcamento foi o método utilizado, bem como, em todos os casos lembrados o suicídio envolveu, eminentemente, a situação com homens.

Pôde-se também constatar, através das entrevistas, que nenhum dos idosos possuía histórico em relação a qualquer tentativa de suicídio em suas vidas. Porém, foi observado que apenas uma das idosas entrevistadas, a Sra. Rosa, teria uma ideação suicida, relacionada a um provável quadro depressivo instalado pelos conflitos familiares que ela relatou.

Neste sentido, todos os idosos entrevistados relacionaram a questão do suicídio com a falta de apoio, principalmente familiar, e também da falta da crença em Deus, e de certa forma, todos exaltaram a existência e a participação no CCI, trazendo veracidade à questão da importância dos laços de convivência. A fala do Sr. Cravo foi a única que relacionou o tema do suicídio com a questão do abuso de álcool e outras drogas.

4.3 Os dados

Após todo esse apanhado até aqui feito, que diz respeito à parte da pesquisa mais de cunho qualitativo, temos o resultado mais específico em torno à parte quantitativa da pesquisa.

Correspondente ao primeiro objetivo específico pensado para a pesquisa que dizia respeito aos números de casos de suicídio no município de Colombo-PR e que, com isso, pretendíamos poder fazer um comparativo com os cenários do Estado do Paraná, bem como a nível de dados Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foi possível trabalhar com o corte de idade com base na OMS, que é de 60 anos ou mais.

Por este recorte, através do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), e segundo causa básica codificada entre X60 a X84 - que se refere às lesões autoprovocadas intencionalmente segundo o Código Internacional de Doenças (CID) - os coeficientes de

mortalidade (100.000 habitantes/ano), podem ser calculados para a mortalidade por suicídio. Calculou-se, portanto, a mortalidade por suicídio (por 100.000 habitantes) entre 2011 e 2015.

Tem-se que o município de Colombo-PR registrou, no período de tempo selecionado, a ocorrência de 1,41 casos de suicídio por 100.000 habitantes. Em suma, o município registrou a ocorrência de apenas 3 casos.

Já a nível estadual, tem-se que o Paraná registrou a ocorrência de 3,43 casos de suicídio por 100.000 habitantes, tendo registrado 358 casos (PARANÁ). No Brasil, entre os anos de 2011 e 2015, foram registrados, ao todo, 8.483 casos de suicídio na população considerada idosa, gerando 4,45 casos de suicídio a cada 100.000 habitantes (BRASIL).

Quando solicitado ao município de Colombo-PR o levantamento dos dados em torno ao suicídio, porém mais especificamente dos casos envolvendo pessoas com 70 anos ou mais, recorte esse específico desta pesquisa, entre os anos de 2011 e 2015, obtivemos da Prefeitura de Colombo-PR, do serviço de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, a resposta de que não foram encontrados registros oficiais de casos de suicídio no período solicitado (entre os anos de 2011 e 2015) entre idosos com 70 anos ou mais (Anexo 4).

5.DISCUSSÃO

5.1 Do registro dos suicídios ao que as entrevistas nos disseram

Primeiramente, problematizaremos a questão dos dados epidemiológicos quanto ao suicídio, incluindo a não ocorrência de casos de suicídio entre pessoas idosas no município de Colombo-PR, com 70 anos ou mais, entre os anos de 2011 e 2015, visto a ausência de registro de casos.

A título de informação, temos que o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) foi desenvolvido e implantado no Brasil pelo Ministério da Saúde em 1975, para a obtenção regular de dados sobre a mortalidade no país. A partir da criação do SIM foi possível a captação de dados sobre a mortalidade, de forma abrangente, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é que seria possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área (BRASIL, 2001).

O documento de entrada no sistema é a Declaração de Óbito (DO), e o primeiro levantamento dos dados é de responsabilidade das secretarias municipais de saúde, por meio

de buscas ativas nas chamadas Unidades Notificadoras. Depois de devidamente processados, revistos e corrigidos, são consolidados em bases de dados estaduais, pelas secretarias estaduais de saúde. Essas bases são remetidas à Coordenação Geral de Análise de Informações em Saúde (CGAIS), que as consolida, constituindo uma base de dados de abrangência nacional (BRASIL, 2001).

Se levarmos em conta o fato da expressiva população idosa do município de Colombo-PR, conforme já citado em outro setor deste trabalho, os números encontrados em relação ao suicídio são baixos. Além disso, seguindo a sequência indicada pelo Ministério da Saúde, o qual informa que se na base de dados do município de Colombo-PR não foram encontrados registros de casos de suicídio dentro do recorte escolhido e solicitado para esta pesquisa, em nenhum outro banco de dados seria possível encontrar registro de alguma ocorrência, visto que então os sistemas do Estado e nacional não poderiam ter sido alimentados com casos que supostamente não houberam.

Lança-se então, a pergunta: entre os anos de 2011 e 2015, no município de Colombo-PR, não houberam pessoas idosas, mais especificamente com 70 anos ou mais, que se suicidaram, ou este seria mais um caso da chamada “subnotificação”? Se seguirmos o relato do Sr. Lírio, por exemplo, temos através dele uma situação confirmada de suicídio, quando o idoso rememora e relata o caso envolvendo seu vizinho também idoso. Porém, como não foi nos informado pelo Sr. Lírio o ano em que tal fato teria ocorrido, não podemos afirmar que esse possa ter sido um caso de subnotificação dentro do recorte de anos que fora demandado ao município. Afinal, seria esse um dos 3 casos registros encontrados no município de Colombo-PR, porém daí com o recorte de idade proposto pela OMS?

Bertolote (2012, p. 59,60) afirma que a questão dos registros sobre o suicídio não é um problema apenas no caso do Brasil. O autor afirma que em outros países também há um sub-registro da mortalidade por suicídio e coloca que isso se deve a diversas razões como religião, estigma, preconceito, implicações policiais e legais, etc. Ainda segundo o mesmo autor, de acordo com o IBGE, cerca de 15,6% dos óbitos que ocorrem no Brasil não são registrados e, dos que são, 10% são registrados como “causa externa de tipo ignorado”, o que não deixa saber se foram por acidente, homicídio ou suicídio. Segundo Botega (2015, p. 57), mortes com intenção indeterminada ou de causa mal definida mascaram consideravelmente a proporção de casos de suicídio.

O sub-registro tem duas consequências nefastas tanto para a saúde pública quanto para a população. Primeiro que os programas de prevenção ao suicídio acabam sendo retardados, negligenciados ou simplesmente inexistentes devido à percepção distorcida de que se trata um

problema “menor”. Em segundo lugar, tem-se que os casos reais de óbito por suicídio não registrados como tal acabam sendo registrados sob outras causas, o que as inflaciona indevidamente e leva à implementação de programas superdimensionados, com gastos excessivos que talvez não fossem justificados com base em informações corretas (DE LEO, 2012, p. 46, 47).

Vale ressaltar ainda, a título de informação, que o suicídio insere-se na mortalidade ocasionada pelas chamadas causas externas. Entre elas, estão inclusos os acidentes de trânsito, os homicídios, os suicídios, as guerras e os conflitos civis e os eventos com intenção indeterminada. É comum que sempre que estatísticas específicas sobre suicídio são apresentadas alguém se pergunte se elas são mesmo confiáveis (BOTEGA, 2015, p. 56), visto seus vários desdobramentos.

Portanto, investir em qualificação de pessoal para a melhoria na coleta e organização desse tipo de dados se torna de extrema necessidade para melhor dimensionar e, conseqüentemente, intervir no problema do suicídio. Além da importância na intervenção quanto ao problema do suicídio no devido preenchimento de declarações, fichas e dados, intervir adequadamente também no preenchimento da notificação individual quanto às tentativas de suicídio também se torna de fundamental importância, visto que, desta forma, as possibilidades de novas tentativas de suicídio, e a consecução em si da morte por suicídio, poderiam ser diminuídas, agindo-se desta forma preventivamente.

Foi no ano de 2015 que o Ministério da Saúde (MS) publicou um Instrutivo com orientações para o Preenchimento da Ficha de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada – a qual é individual - com o objetivo de subsidiar os(as) profissionais que atuam nas unidades/serviços notificadores para um preenchimento mais padronizado dessa ferramenta de coleta de dados. Com a publicação deste instrumento, esperava-se qualificar a notificação e, conseqüentemente, as informações destinadas a subsidiar o planejamento, o monitoramento, a avaliação e a execução de políticas públicas integradas e intersetoriais visando à redução da morbimortalidade decorrente das violências, assim como promover a saúde, a cultura de paz, a equidade e a qualidade de vida, de forma mais efetiva (BRASIL, 2015). Vale ainda complementar tais informações com o fato de que, todos esses dados coletados, devem adentrar ao chamado SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), sistema esse integrado em todo território nacional, o qual corresponde aos dados referentes às tentativas de suicídio, visto que os do suicídio em si adentram ao SIM, como já citado anteriormente.

Por este caminho é que levantamos uma outra questão - mas, ao mesmo tempo, reconhecendo que a pesquisa atual não conseguiu tamanho alcance para responder - : se levarmos em conta e aceitarmos o fato de que o número registrado de suicídios é baixo, e se é veridicamente zerado o número de óbitos por suicídio entre os anos de 2011 e 2015 em idosos, com 70 ou mais, no município de Colombo-PR, pode-se pensar que a política de criação e manutenção dos CCI tem funcionado como fator protetivo ao suicídio? Qual afinal o impacto destes CCI e suas respectivas ofertas de atividades que poderiam ser pensadas como preventivas ao suicídio? Essas perguntas podem lançar luz a uma possível sequência da atual pesquisa, visto que para melhor respondê-las seria necessário avaliar especificamente a política dos CCI.

Aliás, este estudo utilizou-se do espaço do CCI para que pudéssemos ter contato com essas pessoas idosas, e tal exercício, que incluiu diretamente o instrumento e uso da palavra, e o circular desta, proporcionou acesso não só a conteúdos atuais bem como a conteúdos latentes de vida, principalmente, quando tocávamos na temática do suicídio, reafirmando assim um dos objetivos desta pesquisa.

Os idosos que relataram as situações vivenciadas no tocante ao suicídio, mesmo que de longe, conforme algumas entrevistas expuseram, confirmavam o que De Leo (2012) pontuou em seus estudos: que o número de afetados pelo suicídio de uma pessoa próxima varia de país para país, de cultura para cultura e que, no mundo ocidental, no mínimo de cinco a seis pessoas ficam profundamente afetadas por uma morte causada por suicídio. O mesmo autor ainda afirmou que em sociedades conhecidamente menos individualistas, as “emoções partilhadas podem tornar comunidades inteiras afetadas pela tragédia de uma única decisão fatal” (p. 7).

Já Bertolote (2012, p. 120) explicita que cada morte por suicídio afeta diretamente, em média, de cinco a dez pessoas, entre familiares, amigos, colegas de trabalho e outras pessoas próximas, como vizinhos por exemplo, os quais foram citados, aqui na pesquisa, nas ocorrências de suicídios pelos idosos entrevistados. Além disso, o mesmo autor coloca que o número de pessoas afetadas por um único suicídio chega a ser de quatro a oito milhões de pessoas anualmente. “Se considerarmos realista a estimativa de cerca de um milhão de pessoas no mundo que renunciam a suas vidas todos os anos, consideramos também que existem muitos milhões de sobreviventes afetados” (DE LEO, 2012, p. 7).

Chamou a atenção no decorrer da pesquisa, o fato de que em todos os casos que os idosos lembraram e relataram alguma situação envolvendo o suicídio, em todos eles, o método empregado foi o do enforcamento. Segundo pesquisas, os métodos mais empregados para o suicídio no Brasil são, pela ordem de frequência: enforcamento, envenenamento e armas de fogo. Em pesquisas realizadas, o enforcamento e armas de fogo foram mais frequentes entre os homens, ao passo que o envenenamento apresentou-se mais frequente entre as mulheres (BERTOLOTE, 2012, p. 65).

O fato também de que os casos lembrados envolveram mais eminentemente situações entre homens, vai ao encontro ao que Bertolote (2012, p. 49,50) afirma, quando diz que, historicamente, o suicídio tem predominado no sexo masculino, em todas as faixas etárias. A explicação mais aceita para tal fato diz respeito justamente aos métodos empregados para o suicídio: de modo geral, predomina entre os homens o emprego de métodos suicidas mais violentos, de alta letalidade, ao passo que, no caso das mulheres, elas tendem a escolher métodos menos letais.

Também, como apontado nos resultados, afirmamos que três temas mostraram-se recorrentes nas entrevistas. O primeiro deles foi a questão envolvendo os laços e vínculos familiares, o segundo foi a crença religiosa e, o terceiro, a participação no CCI. A fim de abordar essas questões, novamente tocaremos na importância do método utilizado na pesquisa para o acesso a tais eixos elencados. Seguiremos adiante por este caminho.

5.2 O circular da palavra no encontro singular como campo

A ideia de alavancar a opinião no um a um, ou seja, de forma individualizada nas entrevistas, e não de forma coletiva, corroborou a premissa de Davidoff (1983) que afirma: “mesmo os seres de uma mesma espécie diferem em sua percepção. [...] As experiências, expectativas, motivações e emoções também influenciam o que é percebido” (p. 210). Portanto, ainda segundo a autora, a percepção é um processo muito mais individualista do que se crê comumente. Nossos sentidos, que estão diretamente ligados à noção da percepção do mundo, são considerados nossas janelas para o mundo, pois nos trazem informações diversas. Todavia, não temos a capacidade de lermos, simplesmente, as mensagens como nos são entregues (p. 211). Tem-se que a percepção individual de cada um a respeito da realidade do seu mundo, perpassa pela interpretação de cada um pelas vivências, sentimentos e sensações experienciadas no seu nicho de convivência sócio-familiar-cultural-econômico.

Azevedo (2011, p. 3) afirma que cada indivíduo é um conjunto de composições singulares. Por este viés, Pelbart (2013, p. 251), em relação à singularidade, lembra que em cada caso não se trata de seguir um projeto dado que caberia realizar, mas abrir o campo para um trajeto a ser percorrido conforme as perguntas, problemas e desafios imprevistos aos quais é preciso responder a cada vez singularmente.

Esta captação da percepção no individual, no um a um, procurando valorizar cada existência, foi experimentado com cada idoso entrevistado, visto que, como já explicitado anteriormente, as entrevistas se deram separadamente, e tiveram como principal inspiração o uso das chamadas tecnologias leve-duras e leves, sendo estas últimas consideradas um recurso privilegiado pelo enaltecimento do vínculo, mediado este pelas palavras e pelas sensações. Palavras e afetações essas que entendemos que teriam tido outro impacto se tivessem sido usados coletivamente, numa abordagem de grupo por exemplo.

Nesta vertente, o canal que aqui quero sublinhar, foi não só o do uso da palavra e o deixar-se permear pelas sensações e afetos, como também o da disposição posta em cena tanto pela pesquisadora quanto por cada entrevistado, na condução de cada dito que naquela relação de entrevista, individualizada, se possibilitou. Afinal, contar uma história pode vir a ser um movimento de desdobramento, deixando vir “o de dentro” para “fora”, libertando muitas vezes aquele que se refugia nos entres das envergaduras, agenciando no sujeito uma possibilidade de, inclusive, uma nova configuração do ser (MAIRESSE; FONSECA 2002, p. 113).

Esse contar uma história, de um a outro e desse outro a um, ainda mais a respeito de um tema considerado tabu como o suicídio, exige ainda mais a construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, ou seja, onde ambos possuem responsabilidade por aquele momento, por aquele encontro. Responsabilidade também pelas vivências ali compartilhadas, bem como das informações repassadas e trocadas, resultando assim o que Mehry (2013) chamou de processo intercessor, pois contém na sua constitutividade a lógica de mútua produção. Esse é um espaço ocupado por processos que podemos entender como produtivos, que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos, vínculos e responsabilizações, jogos transferenciais, entre outros.

É neste sentido de possibilidade de conexão, de construção e desconstrução de territórios de existências, que o circular da palavra e dos afetos ganharam especial

importância no decorrer deste trabalho, bem como me fez lembrar que aquele trabalho citado no início, com as fichas epidemiológicas, me permitiu também sentir o quanto a disposição com as palavras, no contato com o outro, pode gerar frutos de suporte e, conseqüentemente, de vida. Pokorski e Pokorski (2012) afirmam que a linguagem através da palavra é um elemento fundante do sujeito e do conhecimento. Os mesmos autores enaltecem que o ser humano se constitui a partir da linguagem e que o humano se reconhece, apreende espaços e tempos, constrói memórias através de suas falas, histórias e dos relatos que cria. “É enquanto ser de linguagem, a qual supõe um processo de elaboração e esforço que ele acaba por lançar-se na aventura de (o) ser” (p. 97), afinal, não é possível sobreviver fora da língua (CORRÊA, 2009, p. 18).

As atuações, tanto naquele trabalho quanto neste, ultrapassaram as formalidades do que era, até então, instrumentos considerados rígidos, como poderíamos pensar a ficha epidemiológica e a entrevista semi-estruturada. “Apenas” uma ficha epidemiológica, uma tecnologia dura que ia e vinha, quase que como se ali não houvesse uma humanidade inserida. No atual trabalho também poderíamos pensar que tínhamos como missão “apenas” a aplicação de uma entrevista semi-estruturada formalizada previamente, mas não, a vivência direta com os idosos que tive a oportunidade de me permitir conhecer, na abordagem de um tema tão delicado como o do suicídio, tornou-se inspiração para buscar aprofundar as bases teóricas consultadas com os resultados que foram advindos da própria experiência.

Inspirada por este viés e pela própria condução da abordagem escolhida, ou seja, a cartográfica, é que se lançou luz aos três pontos citados anteriormente (vínculo familiar, crença religiosa e participação no CCI), os quais se sobressaíram nas entrevistas que, a meu ver, foram pontos que puderam ser relacionados não só com os conteúdos que mais emergiram nas entrevistas, mas também com materiais relacionados que foram encontrados na fundamentação da pesquisa, principalmente trazido pelo campo da pesquisa.

Vale ressaltar aqui um dito a respeito da abordagem cartográfica a qual possibilitou a captação dos pontos elencados, tal como apresentamos nos resultados (a presença da família, da religião e da participação no CCI):

Como uma antena parabólica, a atenção do cartógrafo realiza uma exploração assistemática do terreno, com movimentos mais ou menos aleatórios de passe e repasse, sem grande preocupação com possíveis redundâncias. Tudo caminha até que a atenção, numa atitude de ativa receptividade, é tocada por algo (KASTRUP, 2007, p. 19)

5.3. O que nos dizem os três alicerces protetores da vida

Portanto, foram por estes três pontos que posso dizer que, enquanto pesquisadora fui tocada, e é por esta sequência que seguiremos adiante, ampliando uma possível hipótese de que a participação no CCI poderia ser tomada como possibilidade de prevenção à ideação e/ou comportamento (s) suicida (s), problematizando-a mesmo, já que não nos propusemos a refutá-la ou não neste estudo.

Damos ênfase aqui a respeito, mais propriamente, de possibilidades para se pensar a prevenção do suicídio, fato este que merece e precisa ser destacado, visto que Botega (2018, p. 183) afirma e reitera que não podemos silenciar sobre a magnitude, o crescimento numérico e o impacto do suicídio, em termos sociais e pessoais. Ele afirma que, não todas, mas considerável porção de mortes pode ser evitada, e alerta que a prevenção ao suicídio, ainda que não seja tarefa fácil, é possível. Ou seja, é por ela que devemos seguir e investir.

Temos como uma das principais ações de prevenção no Brasil, desde o ano de 2015, a campanha de nome Setembro Amarelo. Esta campanha propõe uma conscientização sobre a prevenção do suicídio, com o objetivo direto de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. Ela ocorre no mês de setembro, por meio de identificação de locais públicos e particulares com a cor amarela e ampla divulgação de informações (CVV, 2015), enfrentando, assim, o tabu de não trazer à público os dados dessa realidade do suicídio, tão presente e com tantas repercussões na sociedade como um todo.

Um problema de saúde pública que vive atualmente a situação do tabu e do aumento de suas vítimas é o suicídio. Pelos números oficiais, são 32 brasileiros mortos por dia, taxa superior às vítimas da AIDS e da maioria dos tipos de câncer.[...] A esperança é o fato de que, segundo a OMS, 9 em cada 10 casos poderiam ser prevenidos (CVV, 2015).

Essa campanha de prevenção foi iniciada no Brasil pelo CVV (Centro de Valorização da Vida), CFM (Conselho Federal de Medicina) e ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria). Mundialmente, o IASP (Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio) estimula a divulgação da causa, vinculado ao dia 10 do mês de setembro, dia este se comemora o Dia Mundial da Prevenção do Suicídio (CVV, 2015).

Neste sentido, também preventivo, que os pontos elencados a partir das entrevistas, puderam ser reconhecidos como âncoras, como alicerces importantes para que os idosos, mesmo num trilhar de vida mais próximo da finitude, ainda tenham e sintam-se estimulados a

produzir e a pertencer a um grupo, a um nicho, a uma sociedade como um todo, e seguir vivendo a vida. Uma hipótese seria a de que isso vem de encontro, por exemplo, a dados e resultados de uma pesquisa feita por Santos et. al. (2016) que indicou que um dos principais fatores associados ao fenômeno do suicídio, além da presença de transtornos mentais (como abuso de álcool e drogas), de personalidade Borderline e de forte ideação suicida, seria a ausência de apoio social. As relações familiares, religiosas e nos CCI produziriam modos diferentes de “apoio social”?

Tendemos a apostar que sim, que os eixos familiar, da crença religiosa e da participação no CCI possam vir a ser entendidos como meios de apoio e pertencimento social, ainda mais na velhice. Corrêa (2009, p. 91) sugere que os modos pelos quais o homem contemporâneo se relaciona com o tempo têm consequências ainda mais fortes na velhice. No culto ao corpo jovem, o velho seria estigmatizado. Na velocidade, na aceleração e instantaneidade do mundo, o idoso nem sempre consegue acompanhar o compasso frenético do consumo e da produção, pois, de certa forma, seu corpo não corre mais na velocidade exigida pelo capital.

Salienta-se ainda que, nesses três eixos citados, algo em comum se encontra que é o fato em que a relação com algo e/ou alguém se impõe de certa forma. Se pudermos assim pensar, nos três eixos citados, e pensarmos neles como ambientes, como lugares (da casa, representando a família; da Igreja, representando a crença religiosa; do CCI, representando o vínculo social), temos o registro, pelos relatos nas entrevistas, de que os três, de alguma forma, registram marcas em suas existências, sejam elas positivas ou nem tanto.

Neste ponto, as palavras de Rolnik (1993, p. 245) nos auxiliam, pois a autora diz que as marcas são os estados vividos em nosso corpo no encontro com outros corpos, e que, de certa forma, a diferença que nos arranca de nós mesmos e acaba por nos tornar outro. A autora ainda sugere que, de certa forma, as relações humanas nos alteram, principalmente pelo que emerge de afetos possíveis nesses encontros, também no sentido de afetar e deixar-se afetar. Ou seja, haja um tornar-se cada vez outro no grupo/cenário, ou a repetição existencial de que reafirma o eu possível, esses três territórios são sentidos/percebidos como protetores. Haveriam outros?

Neste viés mais específico dos afetos, Deleuze (1978), inspirado pela filosofia de Espinosa, coloca que há uma variação contínua constituída justamente pelo afeto. Ele coloca que Espinosa determinou dois pólos, alegria-tristeza, que serão para ele as paixões fundamentais: a tristeza será toda paixão, não importa qual, que envolva uma diminuição da potência de agir, e a alegria será toda paixão envolvendo um aumento da potência de agir. É

nesta linha de raciocínio que defendo que os três eixos sugeridos, que podem ser tomados como preventivos ao suicídio, agem, ou seja, quanto mais uma pessoa encontra-se envolvida, cercada por influências que aumentem a sua potência de agir (como estar se sentindo pertencendo ao seu núcleo familiar, possuindo uma crença e vinculação religiosa e participando de um local como o CCI), mais podemos entender que elas estão vinculadas à sensação de alegria e bem-estar, estando assim numa vertente criativa e criadora de um modo de vida. O autor ainda afirma que, ao contrário disso, é o polo da tristeza, a qual funciona diminuindo a potência de agir, que quem sabe podemos relacionar à uma condição possível para a instalação de uma ideia suicida, por exemplo.

Azevedo (2011, p. 9), também inspirada por esta linha de raciocínio baseada em Espinosa, escreve que somos, enquanto humanos, afetados o tempo inteiro e oscilamos entre afetos alegres e tristes de acordo com o tipo de encontro que temos. Seríamos passivos, pois, de certa forma, estamos a mercê das situações e nos comportamos de acordo com o que surge em cada uma delas. No entanto, também, podemos agir se formos causa dos nossos próprios afetos. Para isso, é preciso aprender com a trajetória da vida a observar quais encontros têm a capacidade de nos fortalecer e quais nos enfraquecem para, assim, conseguirmos construir nossas próprias ações e aumentar nossa potência de vida.

Ainda baseado na mesma autora, a arte dos afetos estaria ligada a um modo de apreciação da vida. É possível avaliar uma existência pelo mapa de afetos que é desenhado em seus encontros. Dependendo de quais são os afetos mais presentes em um modo de viver, podemos dizer que se trata de uma vida livre ou escrava, de uma vida forte ou fraca, de uma vida leve ou pesada. As alegrias e as tristezas seriam os critérios para conhecer como um corpo se compõe e o que ele pode.

Tomando como base a baixa na potência de agir, só que por uma perspectiva freudiana, temos como exemplo tanto a melancolia quanto o luto, e ambos teriam causas excitantes devido, principalmente, a influências ambientais. O criador da Psicanálise refere que o luto, de modo geral, é a reação à perda de um ente querido, à perda de alguma abstração que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém, e que não ocorre considerá-lo como uma condição patológica. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto e, por conseguinte, Freud suspeita que essas pessoas teriam uma disposição patológica. Já na condição da chamada melancolia, seriam tidos como sintomas um desânimo profundamente penoso, a cessação de interesse pelo mundo externo, a perda da capacidade de amar, a inibição de toda e qualquer atividade e uma diminuição de sentimentos de auto-estima a ponto de encontrar expressão em auto-

recriminação e auto-envilecimento, culminando numa expectativa delirante de punição (FREUD, 1917, p. 249, 250). Delírio esse que poderia ser pensado como um empuxo à decisão suicida. Além disso, a quebra de vínculos familiares e sociais também poderiam ser pensados como fatores que poderiam influenciar tal empuxo e/ou sentimentos de menos valia.

Souza et al (2014, p. 393) colocam que os idosos no contexto social e cultural, em determinadas fases da vida – como aposentadoria, impossibilidade de exercer a profissão por dependências físicas e psicológicas e surgimento de doenças crônicas – se deparam com mudanças negativas e perdas que, com frequência, lhes causam uma espécie de morte social e subjetiva. Esse sentimento pode se traduzir em isolamento, angústia e dificuldades no relacionamento com seu grupo social e, porque não também, familiar.

Portanto, como já citado anteriormente, e para além de situações de influência ambiental, há também as predisposições de cunho mais inconsciente, advindas portanto do próprio organismo do indivíduo, as quais neste ponto tomaremos sob a perspectiva freudiana, através da sua metapsicologia. O teórico as chamou de pulsões. Segundo Garcia-Roza (1998, p. 120), a pulsão é o instinto que se desnatura, que se desvia de suas fontes e de seus objetos específicos. Destaca-se que a pulsão não surge do mundo exterior, mas de dentro do próprio organismo (FREUD, 1915, p. 124). Da divisão entre pulsões de vida e pulsões de morte, Garcia Roza coloca que o objetivo da pulsão de vida não é evitar que a morte ocorra, mas evitar que a morte ocorra de uma forma não-natural. “Ela é a reguladora do caminho para a morte” (1998, p. 137).

Godino Cabas (2009, p. 58) refere que o movimento pulsional se origina numa fonte, implica uma força, tem em mira um fim, e que esse fim se apóia num objeto. Ou seja, investir em condições, relações e objetos que possam favorecer a sensação de bem-estar e vínculo, pode predispor ao sujeito um curso de vida com mais sensação de prazer e, conseqüentemente, com menos adoecimento.

Em última instância, a felicidade constitui um problema da economia da libido do indivíduo. Todos os tipos de diferentes fatores operarão a fim de dirigir sua escolha. É uma questão de quanta satisfação real ele pode esperar obter do mundo externo, de até onde é levado para tornar-se independente dele, e, finalmente, de quanta força sente à sua disposição para alterar o mundo, a fim de adaptá-los a seus desejos. Nisso, sua constituição psíquica desempenha papel decisivo, independentemente das circunstâncias externas. “Todo homem tem de descobrir por si mesmo de que modo específico ele pode ser salvo” (FREUD, 1930, p. 33, 34).

Aqui na pesquisa, temos que praticamente todos os idosos entrevistados atribuíram a crença em Deus como uma forma de salvação. Alguns até mesmo afirmaram que a ideiação e/ou o suicídio em si estaria fundado na falta de Deus na vida daquelas pessoas afetadas por pensamentos e/ou decisão pela morte, e podemos pensar que tais idosos colocaram a crença em Deus até mesmo como uma recomendação para um apego e sentido pela vida.

É Botega (2018, p. 158) quem vai citar que algumas pessoas conseguem de fato manter um fio de esperança em meio à depressão, ao abraçar uma vida de espiritualidade e de prática religiosa. O autor sublinha que a prática religiosa, além da crença, inclui a participação em cultos e reuniões de fiéis. Segundo o autor, a prática religiosa fortalece a esperança, bem como o sentimento de pertencer a um grupo e de estar conectado a pessoas. Afirma que são âncoras existenciais poderosas e afirma, ainda, que a espiritualidade e a religiosidade são também fatores de proteção ao suicídio.

Santos et al (2016, p. 523) afirmam também que a depressão, a satisfação com a vida e o compromisso religioso podem ser considerados como componentes da dimensão risco e proteção frente à ideiação suicida. Araújo et al (2012), neste sentido, referem que os vínculos que os idosos estabelecem no decorrer da vida são formados principalmente pelo grupo familiar e por amizades na comunidade onde moram. Essas relações, segundo os autores, propiciariam uma sensação de pertencimento e, esse fator, tem sido reconhecido como um aspecto fundamental para um envelhecimento com qualidade de vida. Essas redes de relações como redes de apoio, ajudariam os idosos durante o seu processo de envelhecimento, pois assegurariam uma maior autonomia, independência, bem-estar e saúde.

No entanto, Verdi (2010, p. 21) alerta para o fato de que, no envelhecimento, as perdas de vínculos importantes são inevitáveis. Sugere que o idoso necessitará de condições internas firmes para sobreviver a essas perdas e, só nesta hipótese, poderá viver bem até a idade avançada. Aqueles idosos que relacionarem inconscientemente envelhecimento à decrepitude ou à decadência, desamparo, solidão, etc., provavelmente não conseguirão organizar novos vínculos significativos. Terão uma tendência maior à solidão e também a perdas físicas e morais ainda maiores. Outros poderão ter condições de manter vínculos de amizade que são fundamentais neste período, pois poder conversar e compartilhar verdadeiros interesses ou problemas, perdas, alegrias, viagens, entre outros, é um verdadeiro antídoto para o sentimento de solidão. É por este viés que citamos Freud, quando este sugere que “tornar-se membro da comunidade humana” (1930, p. 26) pode ser um recurso para se lidar com os avatares do mundo. “A substituição do poder do indivíduo pelo poder de uma comunidade constitui o passo decisivo da civilização” (FREUD, 1930, p. 49).

Corrêa (2009, p. 23), por outro lado, sugere que os grupos da terceira idade constituem-se ambigualmente em relação ao espectro da morte: por um lado, fornecem amparo e a presença dos outros, confirmando a possibilidade da manutenção e do prolongamento da vida; por outro, na medida em que aqueles que estão ao lado sucumbem, vem à tona a constatação de que ela continua em sua insidiosa ronda. Afinal, “o silêncio é ensurdecedor na experimentação do envelhecimento no corpo. Ele é o destino irremediável do homem” (Idem, p. 15).

E se envelhecer e morrer são irremediáveis, o que aqui deixamos como conclusão é que sim, concordamos com De Leo (2012, p. 8) quando o autor afirma que deve-se unir esforços e haver a criação de condições para vidas mais significativas e sociedades melhoradas. Ambientes nos quais o suicídio fosse menos possível. Assim, suas sequelas seriam menos frequentes. Afinal a literatura se encaminha para a concordância de que é possível prever e prevenir tentativas de suicídio e ideações suicidas entre pessoas idosas na medida em que se atua nos fatores desencadeantes de tais comportamentos. Embora também haja a concordância do envolvimento da vontade e desejos do sujeito em extremo sofrimento quando comete tais atos (CAVALCANTE et al, 2015, p. 1668).

Porém, mesmo concordando também com esse ponto de vista, ainda reiteramos a importância relacional, visto que os afetos mudam a cada situação, sendo possível ser afetado de maneiras diferentes por um mesmo objeto, pois lembramos que o afeto não depende do objeto em si, mas sim dos encontros nos quais sempre novas relações podem se produzir (AZEVEDO, 2011, p. 7). Relações essas que, portanto, possam ser produtoras e propulsoras de vida e, conseqüentemente, inibidoras pelo desejo da morte antecipada.

Assim, acredita-se que seria possível pensar na construção de mais cenários, além desses três, nos quais a emergência de encontros protetores e produtores de vida na diferença seriam facilitados, estimulados. A multiplicação de espaços-tempos nesse sentido nos parece uma meta razoável para a formulação de políticas públicas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escolher um tema como o do suicídio para tratá-lo junto a uma população considerada vulnerável pelo quesito da idade, posso dizer, que foi uma decisão que envolveu, por si só, um enfrentar barreiras e quebrar tabus. Enfrentar tal desafio, com toda a certeza, foi possível devido, entre outras coisas, a escolha metodológica. O resultado de arte deste trabalho foi construído através da cartografia pois esse método viabilizou um além, um além que exigiu

uma postura enquanto pesquisadora não só a de fazedora de perguntas em busca de meras respostas a serem interpretadas. Cada história que emergiu, de cada momento das entrevistas, a transmissão de emoções que se teve acesso, fez ainda mais jus à delicadeza desta diferença entre o pesquisar – aqui trazendo a noção das pesquisas com métodos considerados mais tradicionais - e cartografar. Através das questões previamente montadas, investidas do meu desejo de saber das histórias de vida, através dos ditos que se tornaram narrativas de vida, a conclusão desta aprendizagem foi de gratidão pela significativa oportunidade.

Outro ponto que eu sinto a necessidade de transmitir diz respeito ao acesso, ou melhor, à dificuldade no acesso, às informações a respeito do suicídio. De fato, se pesarmos os vários não registros da causa de morte por suicídio, e também dos não registros em si nos bancos de dados - fato esse encontrado também em várias bibliografias -, os números que, conhecidamente já são altos, tendem a ser absurdamente altos, o que colocaria o tema e a necessidade de falarmos, estudarmos e pensarmos o suicídio ainda em mais alerta. Melhorar não só o acesso, mas investir em melhores registros acaba por ser uma recomendação e um ponto a ser melhor investigado e elucidado, a fim de que se tenha de fato o tamanho do problema a ser enfrentado e assim, as estratégias de ação serem mais efetivas no eixo preventivo.

Por este viés, e pelos números que foram divulgados principalmente no primeiro Boletim Epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil, que trouxeram o público idoso ao centro da discussão do suicídio, entende-se que a linha de prevenção deva ser trabalhada em amplitude quanto às faixas etárias, e o investimento em políticas públicas voltados aos idosos seja entendido como um verdadeiro ganho para as pessoas diretamente envolvidas como também para a sociedade como um todo. Políticas essas que possam envolver não só criação de espaços físicos mas também que tais espaços sejam investidos de relações pessoais e profissionais que sustentem um sentido de vida, minimizando os afetos de menos valia e de não pertencimento, e maximizando os afetos de mais valia e pertencimento. Afinal, foi no eixo das relações que os idosos entrevistados trouxeram o maior peso, as maiores possibilidades e indicações de variáveis propulsoras de vida com prazer e saúde emocional.

Esse trabalho me fez lembrar de uma política pública que tive conhecimento no tempo em que morei em Paris no ano de 2015, que foi o da existência de um Centro na cidade voltado ao público idoso aberto ao público - principalmente estrangeiro - pois os idosos que lá frequentavam, se dispunham a conversar com as pessoas vindas de fora, a fim de treinar e

estimular não só a troca de informações e contato, mas também o treinar a língua francesa. Além, portanto, do contato pessoal e verbal no próprio Centro, existiam semanalmente passeios pela cidade, estimulando assim o turismo por um outro viés, pelo viés do convívio com pessoas nativas e o incentivo da inclusão dos idosos como pessoas ativas no processo de vivenciar a cidade. Penso que, com tantas cidades turísticas no Brasil, as quais recebem milhares de pessoas anualmente, seria sim possível pensar a implementação de uma política como essa também no nosso país?

Além disso, uma sequência possível para este atual trabalho, seria o aprofundamento na análise desta política implementada pelo município de Colombo-PR que são os CCI, visto que se a política foi implementada há 27 anos atrás, e ainda se mantém, seria interessante traçar o caminho não só da implementação como da permanência desta política até hoje e relacionar por este viés o tema do suicídio.

Outra questão colocada em prática foi o de abordar o tema com pessoas que nunca tentaram efetivamente o suicídio, mas que sim tem opinião a respeito e, como pôde-se verificar, possuem situações e lembranças que se acessaram através dos encontros. A ousadia por serem pessoas idosas a falar desse tema traz também as lições que com eles podemos ter. A disposição para ouvir cada história desses idosos, as quais puderam ser ditas a partir do tema do suicídio, que por vezes funcionou como disparador para que emergissem histórias, fatos e lembranças, foram um privilégio para mim. Arrisco a dizer que eu aprendi muito mais com eles do que eles comigo, pois cada lição de vida que expressaram, sejam elas de notícias e histórias de vidas boas ou nem tão boas assim, a forma que cada um encontrou de lidar com seus dilemas e tarefas do dia-a-dia, do viver a vida assim como ela se apresenta e se apresentou, significou para mim um verdadeiro ensinamento, visto que pude aperfeiçoar a minha caixa de ferramentas naquilo que mais usei, que foram as tecnologias leves.

Me permitir vivenciar as emoções que ali vinham com fatos narrados, moldando cada entrevista muito mais como uma conversa, e a direcionando conforme alguns assuntos que ali emergiam, foi essencial para a boa empreitada do trabalho de ir a campo me possibilitou. Posso dizer que, não só aprendi mais um pouco de cada ser humano que ali comigo esteve, mas também do sentimento e da aprendizagem que foi experimentar uma pesquisa de base cartográfica – e fazer dela ciência -, até então, não experienciada por mim.

Encerro este trabalho, com a mensagem transcrita da citação que muito me marcou – e me ensinou - da Sra. Orquídea: “a vida é muito boa mas a gente tem que saber construir ela,

porque se você quer fazer da sua vida um inferno você faz né, e se você quiser fazer da sua vida, da sua família um pedacinho de céu, ele é. É isso o que eu penso” (sic). Faço minhas as palavras da Sra. Orquídea, retratando na íntegra o que penso. Aprender a desenvolver e edificar a vida, como toda construção é tarefa árdua, que merece flores pelo caminho. Que as plantemos diariamente, principalmente em relações construtivas com os outros e consigo mesmo, para que na velhice, possamos ter a colheita das Orquídeas, com satisfação e orgulho pela vida que se escolheu ter e que, por ela, tenhamos gosto e sentido de permanecer lutando.

7. REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE et al. Percepção de idosos sobre grupo de convivência: estudo na cidade de Cajazeiras-PB. **Rev. Bras. Geriatria e Gerontologia**. vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2014; 39-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232014000100039&lang=pt>. Acesso em 02 de maio de 2018.

ARAÚJO, C.K. et al. Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. **Rev. Jovens Pesquisadores**, Santa Cruz do Sul, n. 1, p. 97-107, 2012.

AZEVEDO, A.B. A arte dos afetos em Deleuze e Espinosa. **Rev. Alegrear**, nº 7-set/2011 - ISSN 18085148, p. 1-11.

BOTEGA, N.J. **Crise suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

_____. **A tristeza transforma, a depressão paralisa**. São Paulo: Benvirá, 2018.

BOTH, J. E. et al. GRUPOS DE CONVIVÊNCIA: Uma Estratégia de Inserção do Idoso na Sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, [S.l.], v. 11, n. 20, p. 995-998, jul. 2013. ISSN 2176-7114. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1718>>. Acesso em: 19 ago. 2018. doi: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.995-998>.

BRASIL (1993). Lei nº 8.742 de 7 de Dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8742.htm>. Acesso em 28 de julho de 2018.

_____ (1994). Lei nº 8.842 de 4 de Janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em 29 de maio de 2018.

_____ (2001). Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sis_mortalidade.pdf>. Acesso em 02 de fevereiro de 2019.

_____ (2003). Lei nº 10.741 de 1º de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em 29 de maio de 2018.

_____ (2004). Política Nacional de Assistência Social - PNAS/2004 – Norma Operacional Básica – NOB/SUAS. <Disponível em <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf>. Acesso em 02 de dezembro de 2018.

_____ (2009). Resolução nº 09 de 11 de Novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Disponível em <[/Legislação_Resolução%20CNAS%20109.2009.pdf](#)>. Acesso em 09 de agosto de 2018.

_____ (2009). Sistema único de Assistência Social (SUAS). Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Consolidacao_Suas.pdf>. Acesso em 20 de agosto de 2018.

_____ (2014). Portaria Nº1.271, de 06 de Junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde públicos e privados em todo território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso em 01 de Março de 2019.

_____ (2016). **Viva: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____ (2017). **Apoio Institucional do Ministério da Saúde**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/gestao-do-sus/articulacao-interfederativa/apoio-institucional-do-ministerio-da-saude>>. Acesso em 25 de junho de 2018.

_____ (2017). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Suicídio: saber, agir, prevenir**. Boletim Epidemiológico nº 30, vol. 48, 14p, 2017. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-aten--ao-a-sa--de.pdf>>. Acesso em 06 de novembro de 2017.

_____ (2017). Ministério da Saúde lança Agenda Estratégica de Prevenção do Suicídio. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/Coletiva-suicidio-21-09.pdf>>. Acesso em 09 de julho de 2018.

_____ (2018). Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060701>>. Acesso em 04 de dezembro de 2018.

BERTOLETE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

CARVALHO, S.R.; AZEVEDO, B.M.S. O diário de campo como ferramenta e dispositivo para o ensino, a gestão e a pesquisa. In: CARVALHO, S.R.; FERIGATO, S.; BARROS, M.E. (orgs). **Conexões saúde coletiva e políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. **Rev. Saúde Pública**, vol.44 no.4, 750-7, São Paulo, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400020>. Acesso em 30 de abril de 2018.

_____. Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). **Ciência Saúde Coletiva**, 20(6):1751-1762, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1751.pdf>>. Acesso em 30 de abril de 2018.

_____. Instrumentos, estratégias e método de abordagem qualitativa sobre tentativas e ideações suicidas de pessoas idosas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(6): 1667-1680, São Paulo, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1667.pdf>>. Acesso em 07 de setembro de 2018.

_____. Estudo qualitativo sobre tentativas e ideações suicidas com 60 pessoas idosas brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2015, vol.20, n.6, pp.1655-1666. ISSN 1413-8123. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.06462015>>. Acesso em 04 de maio de 2018.

CENTRO DE VALORIZAÇÃO À VIDA (CVV). Disponível em: <<http://www.setembroamarelo.org.br/>>. Acesso em 12 de março de 2019.

COLOMBO. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/>> Acesso em 05 de fevereiro de 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O suicídio e os desafios para a psicologia/Conselho Federal de Psicologia**. Brasília: CFP, 2013.

COMEC-PR. Secretaria do Desenvolvimento Urbano: Coordenação da Região Metropolitana de Curitiba. Disponível em <<http://www.comec.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=89>>. Acesso em: 29 de julho de 2018.

CORREA, M. R. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

COSTA, L.B. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. **Revista Digital do LAV – Santa Maria – vol. 7, n.2, p. 66-77-mai./ago.2014**. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/revislav/article/view/15111>>. Acesso em 10 de agosto de 2018.

CURITIBA. Disponível em: <<http://curitibaemdados.ippuc.org.br/>>. Acesso em 05 de fevereiro de 2018.

DAVIDOFF, L. **Introdução à psicologia**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

DE LEO, D. Prefácio. In: BERTOLOTE, J.M. **O suicídio e sua prevenção**. São Paulo: Editora UNESP, 2012.

DELEUZE, G. **Aulas em Vincennes [1918-1981]**: aula de 24 de janeiro de 1978. Tradução de Francisco Traverso Fuchs. Disponível em <http://www.spinoza_filosofo.blogspot.com.br/>. Acesso em 05 de Janeiro de 2019.

DELEUZE, G. & GUATTARI, F. Introdução: rizoma In: **Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia**. [Tradução da edição francesa de 1980 por Aurélio Guerra Neto e Célia Pinto Costa]. Vol. 1, 1ª Ed., Rio de Janeiro: Ed. 34 (Coleção TRANS), 1995, p. 11-38.

FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E.(org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRASER, M.T.D.; GONDIM, S.M.G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 2004, 14 (28), 139 -152. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n28/04.pdf>> Acesso em: 19 de agosto de 2018.

FREGA, T. et al. **Apoio Institucional em Saúde Mental**. In: 10º ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DE CURITIBA “Assumindo compromissos para a ação na saúde: educação colaborativa & 1º Encontro de Integração Ensino-Serviço no SUS Curitiba: Produção Científica e Extensão “A colaboração entre academia e os serviços no SUS Curitiba”, 2016. Curitiba. *Anais...* Curitiba: Centro de Estudos Amilcar Gigante, 2016. 317p.

FREGA, T. et al. **Saúde Mental e Epidemiologia: integração para avaliação, qualificação e atendimento aos pacientes notificados por intoxicação exógena tendo como circunstância a tentativa de suicídio**. In: 10º ENCONTRO DE SAÚDE COLETIVA DE CURITIBA “Assumindo compromissos para a ação na saúde: educação colaborativa & 1º Encontro de Integração Ensino-Serviço no SUS Curitiba: Produção Científica e Extensão “A colaboração entre academia e os serviços no SUS Curitiba”, 2016. Curitiba. *Anais...* Curitiba: Centro de Estudos Amilcar Gigante, 2016. 317p.

FREUD, S., 1856-1939. **O mal-estar na civilização/** Sigmund Freud; trad. José Octávio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 1997.

_____, 1856-1939. **Luto e melancolia/**Sigmund Freud (1917[1915]). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

_____, 1856-1939. **As pulsões e suas vicissitudes/**Sigmund Freud (1915). Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GODINO CABAS, A. **O sujeito na psicanálise de Freud a Lacan: da questão do sujeito ao sujeito em questão**. Rio de Janeiro: Jorge-Zahar, 2009.

GARCIA-ROZA, L.F. **Freud e o inconsciente**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1998.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas-novoportal/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=o-que-e>>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Rev. Psicologia e Sociedade**; 19(1): 15:22, jan./abr. 2007.

KUCHEMANN, B. A. **Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios**. Soc. estado. vol.27 no.1 Brasília Jan./Apr. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922012000100010>. Acesso em: 01 de março de 2018.

LIMA, L.R.F.; SANTOS, L. R.; SILVA, T.M. Vulnerabilidade, Redes Sociais, Uso, Abuso e Dependência de Drogas por Pessoas Idosas. In: SILVA, E.A.; MOURA, Y.G., ZUGMAN, D.K. (org.). **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes – Uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015.

MAIRESSE, D.; FONSECA, T.M.G. Dizer, escutar, escrever: redes de tradução impressas na arte de cartografar. **Rev. Psicologia em estudo**, Maringá, v. 7, n. 2, p. 111-116, jul./dez.2002.

MEHRY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: FRANCO, T.B.; MEHRY, E.E.(org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. O cuidado é um acontecimento e não um ato. In: MERHY E. E. & FRANCO T. B. (Orgs.) **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde - textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MERHY, E. E. & FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E.; BADUY, R. S.; SEIXAS, C. T.; ALMEIDA, D. E. da S.; SLOMP JUNIOR, H. (Org.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2017, v. 1, p. 59-72.

MOREIRA, R. M. M. et al. **Análise Epidemiológica dos Óbitos por Suicídio**. SANARE Rev. De Políticas Públicas, Sobral, vol. 16, nº01, p. 29-34, 2017.

Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

_____, 2015. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Disponível em: <<https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em 29 de janeiro de 2018.

_____, 2017. **No Dia Internacional da Pessoa Idosa, OPAS chama a atenção para envelhecimento saudável**. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5515:no-dia-internacional-da-pessoa-idosa-opas-chama-atencao-para-envelhecimento-saudavel&Itemid=820>. Acesso em 29 de janeiro de 2018.

_____, 2018. **Folha informativa – suicídio**. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5671:folha-informativa-suicidio&Itemid=839>. Acesso em 30 de janeiro de 2018.

PARANÁ. Disponível em: <<http://www.tabnet.sesa.pr.gov.br/tabnetsesa/dh?sistema/sim99diante/obito>>. Acesso em 15 de março de 2019.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). Os textos da pesquisa: relatos e produção coletiva. In: **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

PELBART, P.P. Por uma arte de instaurar modos de existência. In: PELBART, P.P. **O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento**. São Paulo: n-1 edições, 2013, p. 391-419.

POKORSKI, M.M.W.F.; POKORSKI, L.A.F. A linguagem constituinte do ser humano. **Rev. Estudos de Psicanálise**. Belo Horizonte-MG, n. 38, p. 97-104, dezembro 2012.

PORTELLA, J. R. B. Suicídio: alguns apontamentos para uma abordagem historiográfica. In: LOBO, A.M.C.; FONSECA, A.C.M. (org.). **Corpos Deslocados**. Curitiba: Juruá, 2015.

PORTUGAL. **Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017**. Disponível em : <<https://nocs.pt/plano-nacional-prevencao-suicidio/>>. Acesso em 20 de janeiro de 2019.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental - Transformações contemporâneas do desejo**. São Paulo: Estação Liberdade, 2007.

SANTOS, W.S.; ULISSES, S.M.; COSTA, T.M.; FARIAS, M. G.; MOURA D.P.F. A influência de fatores de risco e proteção frente à ideação suicida. **Rev. Psicologia, Saúde e Doenças**, 17 (3), 515-526, 2016.

SILVA, L.G.; ALVES, M.S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84, jan./mar.2008.

SLOMP JUNIOR, H. **Uma experiência em educação permanente em saúde: ativação coletiva de projetos terapêuticos compartilhados com operação de conceitos advindos da homeopatia / Helvo Slomp Junior**. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2015.

SOUZA, G. et al. **Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas**. *Interface (Botucatu)* [online]. 2014, vol.18, n.49, pp.389-402. Epub Mar 17, 2014. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>>. Acesso em 04 de Fevereiro de 2018.

SOUZA, S.R.; FRANCISCO, A. L. **O método da cartografia em pesquisa qualitativa: estabelecendo princípios.... desenhando caminhos....** Espanha, Atas CIAIQ 2016, vol. 2, p. 811-822. Disponível em: proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/826. Acesso em 11 de Junho de 2018.

VERAS, R. P.; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 1929-1936, jun. 2018.

VERDI, M. T. Vínculos: antídoto da solidão. **Rev. da SPAGESP – Sociedade de Psicoterapia Analíticas Grupais do Estado de São Paulo**. nº 2, jul-dez, vol 11, pp. 17-23.

ANEXOS

Anexo 1 – Ficha de Notificação Obrigatória para Situação de Violência



FOLHA 01

Nº _____

FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS

Dados gerais	*3- Data do Atendimento		*A- Hora do Atendimento (00:00 - 23:59)		*4- UF P R		*5- Município de Notificação CURITIBA		Código (IBGE) 4106902				
	*6- Número da Unidade Notificadora					*Código de CNES		*7- Data da Ocorrência da Violência					
Notificação individual	*8- Nome								*9- Data de Nascimento				
	*10- Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		*11- Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado		*12- Gestante 1 - 1º Trimestre 2 - 2º Trimestre 3 - 3º Trimestre 4 - Idade gestacional ignorada		5 - Não 6 - Não se aplica 9 - Ignorado		*13- Raça/Cor 1 - Branca 4 - Parda 2 - Preta 5 - Indígena 3 - Amarela 9 - Ignorado				
	*14- Escolaridade 0 - Analfabeto/sem escolaridade 1 - 1º ao 5º ano incompleto do Ensino Fundamental (1º grau) 2 - 5º ano completo do Ensino Fundamental (1º grau) 3 - 5º ao 8ª série incompleta do Ensino Fundamental (1º grau) 4 - Ensino fundamental completo (1º grau) 5 - Ensino médio incompleto (2º grau) 6 - Ensino médio completo (2º grau) 7 - Educação superior incompleto 8 - Educação superior completo 9 - Ignorado 10 - Não se aplica										*15- Educação Infantil / Pré-escolar	*16- Fora da Escola (para crianças e adolescentes)	*17- Educação Especial
	*18- Número do cartão SUS			*19- Nome da mãe / responsável				*20- Nome do pai / responsável					
	*21- UF		*22- Município de residência			Código (IBGE)		*23- Distrito / Regional					
Dados de residência	*24- Bairro		*25- Logradouro (rua, avenida...)						Código				
	*26- Número		*27- Complemento (apto, casa...)				*28- Vila		*29- Geo Campo 1				
	*30- Geo Campo 2		*31- Ponto de Referência				*32- CEP						
	*33- (DDD) Telefone				*34- Zona 1 - Urbana 3 - Perurbana 2 - Rural 9 - Ignorado		*35- País (se reside fora do Brasil)						
	*36- Ocupação												
Dados da pessoa atendida	*37- Situação conjugal / Estado civil 1 - Solteiro 3 - Viúvo (a) 8 - Não se aplica 2 - Casado / União consensual 4 - Separado (a) 9 - Ignorado				*38- Relações sexuais 1 - Só com homens 3 - Com homens e mulheres 9 - Ignorado 2 - Só com mulheres 8 - Não se aplica								
	*39- Possui algum tipo de deficiência / transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			*40- Se sim, qual tipo de deficiência / transtorno? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Visual <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Outras deficiências / Síndromes <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Transtorno de comportamento									
Dados da ocorrência	*41- UF		*42- Município de ocorrência			Código (IBGE)		*43- Distrito / Regional					
	*44- Bairro		*45- Logradouro (rua, avenida...)						Código				
	*46- Número		*47- Complemento (apto, casa...)				*48- Vila		*49- Geo Campo 1		*50- Geo Campo 2		
	*51- Ponto de Referência				*52- Zona 1 - Urbana 3 - Perurbana 2 - Rural 9 - Ignorado		*53- Hora da ocorrência (00:00 - 23:59)						
	*54- Local de ocorrência 1 - Residência 6 - Via pública 2 - Habitação coletiva 7 - Comércio / serviços 3 - Escola 8 - Indústrias / construção 4 - Local de prática esportiva 9 - Outro 5 - Bar ou similar 99 - Ignorado					*55- Ocorreu outras vezes 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado							
Tipologia da Violência	*56- Tipo de violência 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Financeira/Patrimonial <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Negligência / Abandono <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Outros				*57- Meio de agressão 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal / Espancamento <input type="checkbox"/> Objeto perfuro - cortante <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/objeto quente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Outro				*58- Natureza <input type="checkbox"/> Doméstica / Intrafamiliar <input type="checkbox"/> Extrafamiliar <input type="checkbox"/> Autoagressão <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Violência fetal				
	*59- Se negligência, de: <input type="checkbox"/> Proteção <input type="checkbox"/> Saúde <input type="checkbox"/> Educação <input type="checkbox"/> Estrutural												

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

Nome		FOLHA 02		
Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia Infantil <input type="checkbox"/> Outros _____	<input type="checkbox"/> Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Fazia uso de: 1 - Sim 2 - Não <input type="checkbox"/> Anticoncepcional <input type="checkbox"/> Laqueadura	
	<input type="checkbox"/> Procedimento realizado 1 - Sim 8 - Não se aplica 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B	<input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal	<input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei	
	<input type="checkbox"/> Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Transtorno mental <input type="checkbox"/> Estresse pós traumático <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Transtorno comportamental <input type="checkbox"/> Outros _____			
Lesão	<input type="checkbox"/> Natureza da lesão (Considerar somente o diagnóstico principal) 1 - Contusão 2 - Corte / perfuração / laceração 3 - Entorse / luxação 4 - Fratura 5 - Amputação 6 - Traumatismo dentário 7 - Traumatismo crânio-encefálico 8 - Politraumatismo 9 - Intoxicação 10 - Queimadura 11 - Outros _____ 88 - Não se aplica 99 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Parte do corpo atingida (Considerar somente o diagnóstico principal) 1 - Cabeça / face 2 - Pescoço 3 - Boca / dentes 4 - Coluna / medula 5 - Tórax / dorso 6 - Abdome 7 - Quadril / pelve 8 - Membros superiores 9 - Membros inferiores 10 - Órgãos sexuais / ânus 11 - Múltiplos órgãos / regiões 88 - Não se aplica 99 - Ignorado		
	<input type="checkbox"/> Número de envolvidos 1 - Um 2 - Dois ou Mais 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Vínculo / grau de parentesco com a pessoa atendida? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Ex-cônjuge <input type="checkbox"/> Namorado (a) <input type="checkbox"/> Ex-namorado (a) <input type="checkbox"/> Amigos/Conhecidos <input type="checkbox"/> Desconhecidos <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Patrão/Chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação Institucional <input type="checkbox"/> Policial/Ag. da lei <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Própria vítima	<input type="checkbox"/> Sexo do provável agressor 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Suspeita de álcool e/ou drogas 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Qual? _____	
Encaminhamentos	<input type="checkbox"/> Encaminhamentos no setor de saúde 1 - Ambulatorial/Hospitalar 2 - Internação hospitalar 8 - Não se aplica 9 - Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Encaminhamentos da pessoa atendida para outros setores 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança / adolescente) <input type="checkbox"/> Vara da Infância e Juventude <input type="checkbox"/> Casa Abrigo / Acolhimento Institucional <input type="checkbox"/> Programa Sentinela/CREAS Cristo Rei <input type="checkbox"/> Delegacia da Mulher <input type="checkbox"/> NUCRIA <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Mulher <input type="checkbox"/> CREAS / CRAS <input type="checkbox"/> IML - Instituto Médico Legal <input type="checkbox"/> Outros: _____			
	<input type="checkbox"/> Atendimento emergencial <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> SAV <input type="checkbox"/> Orientações sobre direitos legais <input type="checkbox"/> Saúde mental			
	<input type="checkbox"/> Violência relacionada ao trabalho 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Se sim, foi enviada a comunicação de acidente de trabalho (CAT) 1 - Sim 2 - Não 8 - Não se aplica 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Circunstância da lesão CID 10 - CAP XX	
<input type="checkbox"/> Classificação final 1 - Confirmado 2 - Suspeito / provável	<input type="checkbox"/> Evolução do caso 1 - Alta 2 - Evasão / fuga 3 - Óbito por violência 4 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado	<input type="checkbox"/> Se óbito por violência, data	<input type="checkbox"/> Data de encerramento (igual a data de notificação)	
Nome do acompanhante		Vínculo / grau de parentesco	(DDD) Telefone	
Dados importantes para a Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência (mulheres acima de 18 anos) <input type="checkbox"/> A vítima tem filhos? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado Quantos? _____				
<input type="checkbox"/> O agressor é reincidente? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
<input checked="" type="checkbox"/> DECISÃO DE ATENÇÃO COMPARTILHADA Autorizo o envio das informações dessa ficha para o serviço de saúde próximo de onde resido / para o município onde resido. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Assinatura da vítima ou responsável: _____ Testemunha: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome completo: _____ RG da Testemunha: _____ CPF: _____ Endereço da testemunha: _____				
FAX: (41) 3219-8628 - Enviado FAX <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Breve relato da ocorrência: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____				

* Campo de preenchimento obrigatório para o sistema SINAN

Anexo 2 – Roteiro de entrevista semi-estruturada com questões disparadoras

- O que o Sr./Sra. entende pelo termo suicídio?
- Já esteve direta ou indiretamente envolvido com o tema?
- Em alguma situação ou momento de vida pensou em tirar a própria vida?
- Qual a opinião do Sr./Sra. a respeito do alto índice de idosos que tentam e/ou tiram a própria vida?
- Como é a sua participação no Centro de Convivência (quantos dias costuma vir, o que costuma fazer, como e com quem se relaciona no grupo, etc.)?

Anexo 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, prof. Dr. Helvo Slomp Junior, Ticianne Frega (aluna de pós-graduação da Universidade Federal do Paraná) e Brenda Cristina Fernandes (aluna de graduação da Universidade Federal do Paraná) estamos convidando o Senhor / a Senhora, participantes do Grupo de Convivência no município de Colombo – PR, a participar de um estudo intitulado “A Finitude Autoprovocada da Vida: a percepção de pessoas idosas a respeito do suicídio no município de Colombo – PR”, visto que o índice de suicídios na população idosa é alto e tem permanecido em ascendência no Brasil.

- a) O objetivo desta pesquisa é levantar a opinião e compreender a percepção de pessoas idosas, não institucionalizadas, que frequentam grupos de convivência no município de Colombo a respeito dos dados e números crescentes sobre o tema do suicídio de forma geral. Além disso pretende-se entender se os idosos consideram a participação nos Grupos de Convivência como fator protetivo à ideação suicida.
- b) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder às perguntas da entrevista semiestruturada.
- c) Para tanto você deverá comparecer no Grupo de Convivência para participar da entrevista, o que levará aproximadamente de 20 a 40 minutos.
- d) É possível que o senhor / a senhora experimente algum desconforto, principalmente relacionado ao tema em geral, visto que tratar a respeito do suicídio é considerado um tabu.
- e) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser a eclosão de algum sentimento ruim ou alguma lembrança caso o tema acabe por se ligar diretamente ou indiretamente ao senhor / a senhora.
- f) Os benefícios esperados com essa pesquisa são ter acesso à percepção da população idosa a respeito do tema do suicídio, de forma individual e singular, bem como verificar se a população idosa que participa dos Grupos de Convivência do município de Colombo-PR considera os grupos como fator protetivo à ideação suicida ou não. Vale ressaltar que nem sempre o senhor / a senhora seja diretamente beneficiado por sua participação neste estudo.
- g) Os pesquisadores Helvo Slomp Junior, Ticianne Frega e Brenda Cristina Fernandes, responsáveis por este estudo poderão ser localizados nos seguintes telefones e e-mails, respectivamente: prof. Dr. Helvo – fones xxxxxx, e-mail xxxxxx, Ticianne – fone xxxxxx – e-mail xxxxxx, Brenda – fone xxxxxx – e-mail xxxxxx. Todos estarão disponíveis em horário comercial (8:00 hrs às 18:00 hrs) de segunda a sexta-feira. O endereço

institucional é: Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632 - Jardim Botânico - Setor de Ciências Sociais Aplicadas – Térreo. Os referidos contatos estão à disposição para esclarecer eventuais dúvidas que o senhor / a senhora possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

h) A sua participação neste estudo é voluntária e se o senhor / a senhora não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

i) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas como por exemplo gestores do município de Colombo - PR. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade**)

j) O material obtido advindo da entrevista será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado/apagado ao término do estudo, dentro de 1 ano e 5 meses.

k) As despesas necessárias para a realização da pesquisa (papel, impressões, deslocamento) não são de sua responsabilidade e o senhor / a senhora não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

l) O senhor | A senhora terá a garantia de que problemas como constrangimentos ou qualquer mal-estar emocional decorrentes do estudo serão atendidos no próprio local da entrevista. Caso seja necessário, devido alguma manifestação mais séria, poderá ser acionado o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência do município de Colombo-PR).

m) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

n) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

o) Autorizo (), não autorizo (), o uso do meu áudio para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a gravador.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios da pesquisa. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim. Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Colombo, ____ de _____ de 2018

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE

Assinatura do Orientador

Anexo 4 – Documento emitido pela Secretaria Municipal de Colombo-PR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Ofício nº 085/2018

Colombo, 17 de agosto de 2018.

DE: Vigilância Epidemiológica
Para: UFPR – Programa de Mestrado de Políticas Públicas
IIma. Senhora Ticciane Frega

Cumprimentando-a cordialmente, em resposta ao solicitado por meio de correio eletrônico, informo que foram realizadas buscas nos sistemas de informações SIM – Sistema de informações de Mortalidade e SINAN Net – Sistema de notificações e agravos e não foram encontrados nenhum registro de óbitos por suicídio na faixa etária 70 ou mais anos.

Sem mais para o momento, agradeço e coloco-me a disposição para eventuais esclarecimentos e/ou dúvidas.

Atenciosamente,

Angelita Aparecida Muniz
Coordenação Vigilância Epidemiológica
COREN/PR 209582 Enf.

Rodovia da Uva, 3221 Barracão 2 – Jd. São Marcos, CEP 83402-000-000, Colombo-PR
Fone/fax: 36060100/ 36214342 e-mail: dvsecolombo@gmail.com