

Actas do 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde

Organizado por Henrique Pereira, Samuel Monteiro, Graça Esgalhado, Ana Cunha, & Isabel Leal

30 de Janeiro a 1 de Fevereiro de 2020, Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde

IDEAÇÃO SUICIDA EM IDOSAS FREIRAS?

Vitória Rosa dos Santos¹ (✉ virosasantos@gmail.com), Cloves Antonio de Amissis Amorim¹, Ana Maria Moser¹, & Almir Wellington de Souza¹

¹ Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, há duas formas pela qual a violência autodirigida se manifesta, primeiramente no comportamento suicida, pela via de pensamentos, tentativas e pelo suicídio consumado; e por meio de atos de violência infringidos pelo indivíduo a si mesmo (Minayo & Cavalcante, 2010).

Segundo Botega (2015), a ideação suicida é um conceito que parte desde pensamentos passageiros de que a vida não vale a pena ser vivida até preocupações intensas sobre o porquê viver ou morrer. Para Freitas, Barbosa e Neufeld (2016), a ideação suicida pode ser caracterizada desde um singelo desejo de não acordar pela manhã, até planejamentos específicos de se matar. Ressalta-se que para Humes, Vieira e Fráguas (2016) a ideação suicida pode ou não apresentar plano específico ou tentativa de suicídio.

De acordo com o Datasus/Ministério da Saúde (BR), no período de 2000 a 2015, houve um aumento na taxa de suicídios, na população em geral de 3,9% para 5,5% em cada 100 mil habitantes. A variação foi de 40%. As faixas etárias de 10 a 14 anos, e os idosos configuram o maior crescimento da taxa. Sendo que, atualmente a população idosa é a que mais cresce no Brasil. (Minayo & Cavalcante, 2010; & Pinto, Assis e Pires, 2012).

Parece haver uma associação entre o risco de tentativas de suicídio e a ideação suicida, uma vez que, Silva, Oliveira, Botega, Marín-León, Barros e Dalgalarondo. (2006) demonstra que, 60% dos indivíduos que se suicidavam, apresentavam ideação suicida prévia. Assim como, Organização Mundial da Saúde (OMS) em um estudo multicêntrico, com 10.641 pessoas, demonstrou que, 16% apresentaram algum episódio de ideação suicida ao longo da vida, dos quais, 12% tentaram suicídio após um ano (Figueiredo,

Silva, Vieira, Mangas, Souza, Freitas, Conte, & Sougey, 2015). A razão entre tentativas e suicídios consumados é muito próxima nesta faixa etária, quase 2:1, sendo assim quando se há uma tentativa de dar cabo a vida nesta população deve ser levada muito a sério, pois a chance de ser efetivamente concretizada é alta (Minayo & Cavalcante, 2010).

De acordo com Minayo e Cavalcante (2010) as mulheres apresentam mais pensamentos suicidas que os homens. Para Beutrais (2006) as mulheres apresentam maior propensão ao suicídio, já que, apresentam fatores como: maior ocorrência de distúrbios alimentares, maior prevalência de depressão, ideação e tentativas de suicídio, psicose pós-parto, grande ocorrência de ideação suicida após aborto induzido, assim como em situações de baixo nível de estrogênio e serotonina; vulnerabilidade a perda dos filhos, e violência doméstica contra ela e os filhos; os quais contribuem para o comportamento suicida feminino. (Minayo & Cavalcante, 2013).

Ressalta-se que, as normas de gênero estão presentes em todas as sociedades e que em sua maioria se apresentam desfavoráveis para as mulheres (Meneghel, Gutierrez, Silva, Grubits, Hesler, & Ceccon 2012). Deste modo, as diferenças culturais entre homens e mulheres podem se tornar fatores determinantes ou potencializadores da ocorrência do suicídio.

Segundo Meneghel et al. (2012), as hierarquias de poder entre os sexos, segue presente e naturalizada, principalmente em relação a população idosa. Minayo e Cavalcante (2013) destacam que, atualmente há uma escassa literatura sobre suicídio em mulheres, principalmente as idosas, ainda que, comparado aos homens da mesma faixa etária, elas realizam maior número de tentativas de suicídio.

Minayo e Cavalcante (2013), em sua pesquisa, identificaram fatores associados ao suicídio feminino em idosas, tais como: impactos da violência no curso da vida (na infância, intrafamiliar e de gênero), problemas vinculados à dinâmica familiar (rearranjos familiares e perda da autonomia), efeitos de comorbidades, e perdas e lutos por pessoas referenciais.

Ressalta-se que, a mulher na terceira idade se encontra mais propensa a ter sua saúde mental afetada, visto que, tendem a sofrer mais de isolamento e solidão, tem uma autoimagem mais depreciativa, e uma visão mais negativa da velhice (Falcão & Araujo, 2010). Nesse sentido, conclui-se que, com o envelhecimento, há mudanças significativas na vida do idoso, das quais podem ser positivas ou negativas, de acordo com a interpretação que cada idoso atribuirá aos eventos de sua vida, cujo o desfecho pode ser, para a

maioria dos idosos, a ideação suicida ou a tentativa de suicídio (Silva et al., 2015).

Segundo Dalgalarro (2007), a influência da religião quanto ao modo de construir e vivenciar o sofrimento mental tem sido observada por muitos pesquisadores, Stroppa e Moreira-Almeida (2008) evidenciam que, observações clínicas realizadas a mais de século, já sugerem uma relação entre depressão e religiosidade. E em sua maioria demonstram que o nível de envolvimento religioso está inversamente associado ao nível de sintomas depressivos.

Pimentel (2012) conclui que, as crenças e práticas religiosas apresentam-se como recursos para enfrentar acontecimentos negativos, favorecem o indivíduo a lidar com a doença física e mental, favorece o suporte social, e afastam o indivíduo de comportamentos autodestrutivos.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, cujo objetivo foi caracterizar e descrever a conduta suicida, com ênfase em ideação suicida e a presença de depressão em mulheres idosas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisas em pessoas sob o número CAAE 04615018.9.0000.0020.

Participantes

Participaram 14 idosas, com idade entre 72 e 91 anos, todas freiras, aposentadas de suas atuações. Elas eram institucionalizadas em uma casa de repouso, destinada exclusivamente a freiras idosas. Os dados foram coletados individualmente, a partir de três instrumentos: um questionário sociodemográfico (produzido pelos autores), da Escala de Ideação Suicida de Beck e ao Inventário de Depressão de Beck.

Material

A Escala de Ideação Suicida de Beck (BSI) objetiva detectar a presença de ideação suicida e a intensidade com que cada indivíduo deseja e tem razões para morrer, assim como, mede a extensão da motivação e

planejamento de um comportamento suicida. O Inventário de depressão de Beck (BDI) mede a intensidade da depressão, assim como, revela o padrão sintomático.

RESULTADOS

Participaram do estudo 14 idosas, de idades que variaram de 72 e 91 anos. Todas elas eram freiras, e se dedicaram a religião a maior parte de suas vidas, mas atualmente não se encontravam mais atuantes profissionalmente. Muitas delas devido às comorbidades advindas da idade.

Levando em consideração a espiritualidade delas, assim como o tema proposto na pesquisa, uma parcela das integrantes da casa, se negaram a participar. Durante a pesquisa foi observado a utilização da fé como mecanismo de defesa frente às questões abordadas, assim como a influência da deseabilidade social.

Destaca-se também, que foi observado a necessidade de escuta das idosas, visto que, o tempo esperado para a aplicação dos testes excedeu. Esperava-se em média 40 min por aplicação individual, porém, o tempo médio de aplicação foi de 1 hora e 30 minutos. Deste modo, o número de participantes foi menor do que o esperado. Evidencia-se que a questão 21, do questionário BDI, que se tratava do interesse sexual foi desconsiderada. Visto que, todas as idosas eram freiras e viviam em estado de castidade.

De acordo com o BDI, todas as idosas apresentaram no mínimo um fator característico de depressão, sendo os mais pontuados, a questão 16 (21%), que verifica a presença de distúrbios de sono, como insônia e hipersonia; seguido da questão 11 (13%), que avalia o humor deprimido. No âmbito dos distúrbios do sono, as idosas alegaram questões como, incontinência urinária por conta da idade e a resistência a métodos que contribuam para um maior conforto; e o sentimento de marasmo e inutilidade, atribuindo este às suas comorbidades, visto que, atualmente não conseguem realizar as tarefas, como no passado. Se encontrando muito angustiadas, por estarem impossibilitadas de efetuar os afazeres domésticos, como lavar louça, lavar roupa, cozinhar e varrer a casa; assim

como atividades relacionadas ao autocuidado, tomar banho, vestir-se e locomover-se. Também é necessário ressaltar que a migração para esta casa de repouso e oração é uma escolha das superiores e não da própria irmã.

A vista disso, Neri (2001) evidencia que, as mulheres são afetadas pelas suas comorbidades, pela forma como ela afeta os outros integrantes de seu meio social (Falcão & Araujo, 2010). Segundo Debert (1999) as mulheres experienciam uma situação de vulnerabilidade dupla, na fase da velhice, a partir de dois tipos de discriminação, primeiramente como mulher, e logo como velha. Sendo que, em quase todas as sociedades a mulher é valorizada, somente, por seu trabalho doméstico. Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) destacam que há uma relação diretamente proporcional entre as pressões sociais e o risco de suicídio.

Klafke et al. (2017) ressalta que, idosos em que se encontram em situações debilitadas, tanto no âmbito das capacidades físicas, como nas mentais; tendem a retirar-se do convívio social, visto que nutrem um sentimento de incapacidade e invalidez. Deste modo, se apresentam fatores que contribuem para o sentimento de inutilidade.

Para Bosi (1994); e Figueiredo et al. (2015), o sentimento de inutilidade referido pelos idosos, já se constitui como um fator social, visto que, com a ascensão do capitalismo, fundou-se uma visão preconceituosa do envelhecimento, baseada na ideia de que, o indivíduo é útil enquanto produz. Como resultado, o idoso, que ao envelhecer, e conseqüentemente, se aposentar e manifestar necessidades de cuidado, deixa de ser um membro ativo da sociedade, e passa a ser considerado inútil.

Na questão 11 (13%), questão que avalia o humor deprimido, as participantes alegaram uma facilidade de irritação consigo, pela incapacidade frente a realização das tarefas domésticas, assim como, irritação frente às dificuldades das colegas na realização adequada dos cuidados com a casa. Schlindwein-Zanini (2010) afirma que: “A presença de déficits cognitivos, alteração na memória, na velocidade de raciocínio, recorrentes episódios de confusão, além de problemas para dormir, podem se relacionar com a sintomatologia de demência e depressão.” (Klafke, 2017, p. 112)

A depressão é caracterizada pela predominância de humor depressivo e/ou irritável, e anedonia (Paradela, 2011). Destaca-se entre os sintomas clássicos da depressão o choro, tristeza, apatia, desesperanças, culpa,

sentimentos de inutilidade, e menos valia, ideias de morte, falta de energia, dores difusas, alterações no sono, apetite e hábito intestinal, e diminuição da libido (Paradela, 2011). Stella, Gobbi, Corazza e Costa (2002), destaca que o surgimento da depressão no idoso, está ligada a um contexto de perda de qualidade de vida, associada ao isolamento social e a doenças clínicas graves.

Enquanto a aplicação do BSI, das participantes, somente quatro apresentaram características de uma possível ideação suicida. Nesta escala foi observado uma maior resistência frente às questões abordadas, visto que o mesmo, mede atitudes, planos e comportamentos pertinentes a ideação suicida, deste modo, não foi obtido um campo exploratório significativo. Evidencia-se que a participante (6), apontou o percentual mais alto, em ambos os testes e apresentou um escore positivo, no questionário BDI, no item 9, ideias suicidas, demonstrando certa potencialidade suicida.

Observou-se segundo o comportamento das participantes, o fator da desejabilidade social, pois diversas vezes se foi perguntado aos aplicadores, se as respostas dadas por elas estariam corretas. Barros, Moreira e Oliveira (2004) afirmam que a desejabilidade social se caracteriza como “a tendência para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, evitando críticas em situações de teste.” (p. 241).

Destaca-se que, o suicídio é um tema que historicamente foi tratado como *tabu*. Ou seja, a ideação suicida é vista como uma tentação do diabo. Assim sendo, todas elas apresentaram justificativas pautadas na religião e espiritualidade, principalmente nas questões do âmbito da ideação suicida, a respeito do desejo de se matar, como por exemplo:

“Desejo de me matar? Nunca, é pecado!” (91 anos)

“A tentação vem né, pois sabe como é... o diabo está a solta. Mas eu oro, e Deus é mais forte. Então a tentação vem, mas vai embora como um sopro.” (86 anos).

Stroppa e Moreira-Almeida (2008) indicam a relação entre religiosidade e saúde mental, dado que, dependendo da crença e do tipo de uso, a religião pode proporcionar maior aceitação, firmeza, e adaptação a situações difíceis da vida, conseqüentemente gerando paz, autoconfiança, perdão, e uma imagem própria positiva. Assim como, existe a possibilidade de gerar culpa,

dúvida, ansiedade e depressão por aumento da autocrítica. Koenig (2009) agrega o fato da religião promover uma perspectiva positiva da vida; facilitar a aceitação do sofrimento; favorecer a percepção de controle (indireto) sobre a vida; e reduzir a solidão e o sofrimento ao proporcionar uma comunidade de suporte social e divino; da mesma maneira que, podem reforçar tendências neuróticas, favorecer sentimento de culpa ou medo, e restringir a vida (Pimentel, 2012).

Neri (2011) destaca que, na velhice, devido às perdas e outras limitações, há uma busca de ressignificar a vida, deste modo a espiritualidade auxilia no restabelecimento de critérios de percepção e avaliação da vida, servindo como referência na ampliação projeto de vida, em que o idoso analisa sua perspectiva pessoal quanto a existência e seu término (Silvero & Rosin, 2014).

DISCUSSÃO

Parece que atualmente, a população idosa, segue naturalizando um sistema de desigualdade entre homens e mulheres. Consequentemente, as mulheres acabam apresentando maiores vulnerabilidades, frente aos seus papéis sociais pré-estabelecidos. Com a chegada da velhice, a exercer o devido papel social da mulher se torna mais difícil, e muitas vezes um desafio, levando-se em consideração, não somente, as comorbidades advindas da idade, mas como, eventos estressantes decorrentes do período da terceira idade.

Por conseguinte, o sentimento de inutilidade se faz presente, se mostrando necessário maiores pesquisas que trabalhem esta temática de forma específica, assim como, uma atenção maior neste fator, principalmente por via dos profissionais que prestam assistência a esta faixa etária.

Não se identificou a presença de depressão em nenhuma das participantes, podendo se inferir que tenham ocorrido o mecanismo da deseabilidade social (um mecanismo de falseabilidade de respostas, quando se aplica um instrumento ou uma entrevista), ou ainda, por se tratar de uma população homogênea com a presença da religiosidade intrínseca, que pode ser considerada como fator protetivo de quadros de transtornos do humor.

As quatro participantes que apresentaram fatores de possível ideação suicida, também apresentavam maiores limitações em função do estado de saúde física.

Complementa-se que, o profissional de saúde deve estar alerta aos sinais e sintomas da depressão em idosos, encontrando-se capacitados a atendê-los. Visto que, segundo Figueiredo et al. (2015) a Atenção Básica de saúde se apresenta como um mecanismo de promoção a saúde, e atuam diretamente na qualidade de vida do idoso.

REFERÊNCIAS

- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação Psicológica*, 16(3), 253-386. doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed
- Beutrais, A. L. (2006). Women and suicidal behavior. *Crisis*, 27(4), 153-156. doi: 10.1037/a0013973
- Bosi, E. (1994) *Memória e sociedade: Lembranças de velho* (3ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Botega, N. J. (2015) *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Cavalcante, F. G., Minayo, M. C. S., & Mangas, R. M. N. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2985-2994. doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023
- Dalgalarrodo, P. (2007). Estudos sobre religião e saúde mental realizados no Brasil: Histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 25-33. doi.org/10.1590/S0101-60832007000700005
- Debert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp.
- Falcão, D. V. S., & Araújo, L. F. (2010). *Idosos e saúde mental*. Campinas, SP: Editora Papirus.
- Figueiredo, A. E. B., Silva, R. M., Vieira, L. J. E. S., Mangas, R. M. N., Souza, G. S., Freitas, J. S., Conte, M., & Sougey, E. B. (2015). É possível superar ideações e tentativas de suicídio? Um estudo sobre idosos. *Ciência e Saúde Coletiva (Rio de Janeiro)*, 20(6), 1711-1719. doi: 10.1590/1413-81232015206.02102015

- Freitas, E. R., Barbosa, A. J. G., & Neufeld, C. B. (2016). *Terapias cognitivo-comportamentais com idosos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Humes, E. C., Vieira, M. E. B., & Fráguas, R. J. (2016) *Psiquiatria interdisciplinar*. São Paulo: Editora Manole.
- Klafke, R. L et al. (2017). Perda Cognitiva, Depressão e Ansiedade na Terceira Idade. *Revista Jovens Pesquisadores (Santa Cruz do Sul)*, 7(1), 106-117.
- Meneghel, S. Z., Gutierrez, D. M. D., Silva, R. M., Grubits, S., Hesler, L. Z., & Ceccon, R. F. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983-1992.
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista Saúde Pública*, 44(4).
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G (2013). Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)*, 29(12), 2405-2415. doi.org/10.1590/0102-311X00048013
- Paradela, E. M. P. (2011). Depressão em idosos. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 14(1).
- Pimentel, E. (2012). Coping religioso: A prática da oração. *Theologica (2.ª Série)*, 47, 2.
- Pinto, L. W., Assis, S. G., & Pires, T. O. (2015). Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1963-1972. doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007
- Rodrigues, N. O., & Neri, A. L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2129-2139.
- Stroppa, A., & Moreira-Almeida, A. (2008). Religiosidade e saúde. In M. I. Salgado & G. Freire (Orgs.), *Saúde e espiritualidade: Uma nova visão da medicina* (pp. 427-443). Belo Horizonte: Inede.
- Santos, A. G., & Monteiro, C. F. S. (2018). Domínios dos transtornos mentais comuns em mulheres que relatam violência por parceiro íntimo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3099. Epub 29 de novembro de 2018.
- Silva, V. F., Oliveira, H. B., Botega, N. J., Marín-León, L., Barros, M. B. A., & Dalgalarrodo, P. (2006). Fatores associados à ideação suicida na comunidade: Um estudo de caso-controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.

Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D. I., & Costa, J. L. R. (2002). Depressão no Idoso: Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. *Revista Motriz*, 8(3), 91-98.

Silvero, I., & Rosin, N (2014). *Envelhecimento Humano, Espiritualidade e Cuidado: Introdução aos fundamentos do envelhecimento humano* (Vol. 1). Passo Fundo: IFIBE.