

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL DE SANTA CATARINA  
PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL**

**SINARA RIBEIRO MORAES**

**O SUICÍDIO EM PESSOAS IDOSAS**

**CRICIÚMA**

**2013**

**SINARA RIBEIRO MORAES**

**O SUICÍDIO EM PESSOAS IDOSAS**

Monografia apresentada ao Setor de Pós-graduação da Universidade do Extremo Sul Catarinense - UNESC, para a obtenção do título de especialista em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Feier

**CRICIÚMA**

**2013**

Dedico este trabalho aos meus pais e irmãos  
pelo carinho, compreensão e companheirismo.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela oportunidade de estar realizando este trabalho.

Aos pais, pela paciência e incentivo, principalmente nos momentos de dificuldade.

Aos irmãos, pela compreensão e apoio.

Aos amigos, pelas palavras de conforto nas horas difíceis, pelo auxílio no trabalho e nas dificuldades.

Ao orientador Dr. Gustavo Feier, por estar disposto a ajudar sempre.

“A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.”

Charles Chaplin

## RESUMO

Este trabalho teve como objetivo realizar a revisão de literatura sobre suicídio, tentativas e ideações de suicídio de pessoas idosas. Foram pesquisados também assuntos relacionados com os fatores associados e o comportamento dos familiares dos idosos que cometeram o suicídio. O estudo abrangeu publicações entre 2005 e 2013. As pesquisas foram realizadas nas bases de dados SCIELO, LILACS e BIREME assim como literaturas atuais nas áreas de Enfermagem, Psiquiatria e Psicologia.

**Palavras chave:** suicídio, idosos, suicídio em idosos, enfermidades em idosos e família do idoso.

## **ABSTRACT**

This piece intends to conduct a literature review of suicide among the elderly from a broad perspective, including the act itself, attempts, and thoughts. In addition, this research includes factors related to suicide and the behavior of relatives of elderly who committed suicide. The literary review encompasses publications in the fields of Nursing, Psychiatry, and Psychology released between 2005 and 2013, in addition to the research databases SCIELO, LILACS, and BIREME.

**Key words:** suicide, elderly, suicide and illnesses among the elderly, and the family of the elderly

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO 01</b> – População total jovem e idosa do Brasil 1940 - 2050 .....	15
<b>GRAFICO 02</b> – Proporções de pessoas de 60 anos ou mais de idade que declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos .....	23
<b>GRAFICO 03</b> – Evolução temporal da mortalidade por suicídio na população brasileira com 60 anos ou mais segundo sexo, 1980 - 2009 .....	28



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01</b> – Distribuição dos 51 idosos, segundo estado civil, escolaridade, religião e local de residência nas cinco regiões do país.....	25
<b>TABELA 02</b> – Distribuição dos 51 idosos, segundo atividade profissional e vínculo empregatício nas cinco regiões do país .....	26
<b>TABELA 03</b> – Distribuição do número e proporção de suicídio em 51 idosos, segundo faixa etária e sexo nas cinco regiões do país .....	29
<b>TABELA 04</b> – Distribuição dos meios utilizados pelos 51 idosos, por sexo nas cinco regiões do país.....	30

## LISTA DE FIGURAS

<b>FIGURA 01</b> – Taxas de suicídio (por 100 habitantes) em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros, 2005-2007 .....	20
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**APA** – *American Psychiatric Association*

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**SUPRE-MISS** – Estudo Multicêntrico De Intervenção No Comportamento Suicida

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
<b>2.1 O IDOSO .....</b>	<b>14</b>
<b>2.2 O SUICÍDIO, AS TENTATIVAS DE SUICÍDIO E AS IDEAÇÕES SUICIDAS EM IDOSOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.3 SUICÍDIOS E OS TRANSTORNOS MENTAIS.....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 SUICÍDIOS E AS ENFERMIDADES FÍSICAS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.5 SUICÍDIOS E ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS.....</b>	<b>24</b>
<b>2.6 SUICÍDIOS SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.7 O SUICÍDIO DO IDOSO E O IMPACTO EM SUAS FAMÍLIAS .....</b>	<b>31</b>
<b>3 METODOLOGIA .....</b>	<b>33</b>
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>34</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>36</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno humano complexo e figura como grave problema de Saúde Pública a nível mundial (VIDAL *et al*, 2013). Ocupa a terceira entre as causas mais frequentes de óbitos, com quase um milhão de pessoas se suicidando por ano (VIDAL *et al*, 2013; BOTEGA *et al*, 2009). A projeção para o ano de 2020 é que mais de um milhão e meio de pessoas cometam suicídio e que o número de tentativas seja até vinte vezes maior que o número de mortes (VIDAL *et al*, 2013).

No mundo como um todo, em números absolutos, o suicídio mata mais que o homicídio e as guerras juntos (MINAYO, 2010). No ano de 2003 a 2009, ocorreram 60.637 mortes por suicídio, o equivalente a 24 óbitos por dia, que representa um coeficiente médio de 4,5 mortes por 100 mil habitantes (VIDAL *et al*, 2013). Para alguns autores, o suicídio representa prejuízo para a sociedade, pelos investimentos necessários na formação do ser humano, anos potenciais de vida perdidos e pelos custos de internação com indivíduo que não obtém sucesso com o ato (SOUZA *et al*, 2011). As informações da literatura indicam que as estatísticas de suicídio se distribuem desigualmente pelo mundo em relação ao sexo, grupo de idade, modo de perpetração, raça e etnia (CAVALCANTE, 2012; MINAYO, 2010). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de um milhão de pessoas morrem a cada ano em decorrência de suicídio, o que equivale a uma a cada 40 segundos, ou uma taxa de 16 mortes por 100 mil habitantes (PINTO *et al*, 2012).

No Brasil, as taxas de suicídio são baixas se comparadas a outros países. Os registros sobre a mortalidade demonstram o aumento da incidência de suicídio na faixa etária de adulto jovem, principalmente no sexo masculino, mesmo considerando as possíveis subnotificações existentes (Ministério da Saúde, 2008).

Os homens cometem suicídio três vezes mais que as mulheres, entretanto, as mulheres tentam suicídio quatro vezes mais que os homens. Esta taxa está relacionada com os métodos utilizados, pois os homens utilizam armas de fogo, enforcamento ou precipitações de locais altos e as mulheres tendem mais a tomar dosagens excessivas de medicamentos ou venenos (KAPLAN, 1997).

Em relação à raça, estudos epidemiológicos sobre o tema consideram que o suicídio entre a população branca é quase duas vezes maior do que a não branca, sendo que em 1992 a taxa de suicídio chegou a 1,6 vez superior à

população negra (KAPLAN, 1997; PINTO *et al*, 2012). Na religião, o índice é mais baixo na população católica do que entre os judeus e protestantes. No estado civil, o casamento, reforçado pelos filhos, diminui significativamente o risco de suicídio. A ocupação também é um fator relevante, pois o trabalho, em geral protege contra o suicídio. Alguns estudos mostram que a doença física está presente em 25% a 75% de todas as vítimas e, que é um fator contribuidor em 11 a 51% dos suicídios. A doença mental possui taxas significativas, pois quase 95% dos pacientes que cometem suicídio possuem uma doença mental diagnosticada (KAPLAN, 1997).

O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje como um grave problema para a sociedade na maior parte do mundo. As pessoas idosas são consideradas o maior grupo de risco para o suicídio, o que se torna um problema de saúde pública em vários países, principalmente devido ao envelhecimento populacional (OMS, 2002). Segundo Gonçalves *et al* (2011), a velhice se caracteriza com o índice elevado de suicídio, pois neste período se vivem situações como isolamento social, desemprego, aflições econômicas e perda de entes queridos. Para Minayo *et al* (2009 apud Beeston 2006), o crescimento das taxas de suicídio em idosos indica que o aumento da idade se relaciona com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à autodestruição. Os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que para os homens, as taxas passaram de 19,2/100 mil habitantes na faixa etária de 15 a 24 anos e para 55,4/ 100 mil habitantes para homens acima de 75 anos no ano 2000. Para as mulheres as taxas são usualmente mais baixas na faixa de 75 anos ou mais, atingindo no máximo de 15,8 óbitos/100 mil habitantes (PINTO, 2012).

A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e em grande parte do mundo, o que justifica uma atenção maior e um maior foco para as questões sociais e de saúde que a afetam (MINAYO, 2010). No ano de 2009, foram totalizadas 21.437 mortes por causas externas de pessoas com idade acima de 60 anos. Destas, 1.378 foram por suicídio. Deve-se levar em conta que 3.364 mortes ocorridas neste mesmo ano foram notificadas como indeterminadas, pois não foi possível fazer a distinção entre acidente, agressão ou lesão autoinfligida (PINTO *et al*, 2012). MINAYO (2010), ressalta que por meio de um conjunto de pesquisas, concluiu-se que quando uma pessoa idosa ameaça se matar, deve-se levar o assunto a sério, pois é provável que qualquer tentativa pode finalizar ao ato de tirar a própria vida.

O presente estudo teve por objetivo analisar artigos e literaturas atualizadas sobre o suicídio em pessoas idosas, assim como fatores associados.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O IDOSO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera idosa toda a pessoa com 60 anos ou mais. Para as que residem em países em desenvolvimento e para os países desenvolvidos, este limite é de 65 anos (WHO, 1994).

O envelhecimento da população é um processo que ocorre em todo o mundo, com consequências esperadas nos vários âmbitos da vida em sociedade (DRANE, 2013). Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional mesmo nos países mais pobres (VERAS, 2009). Em vários países, inclusive os em desenvolvimento, o envelhecimento da população tem causado várias discussões no que diz respeito às políticas públicas (POLARO *et al*, 2013). Este fenômeno recebe pouca atenção na área da saúde pública, de pesquisadores e da mídia, pois as ações costumam ser priorizadas as que atendem a população mais jovem (PINTO, 2012).

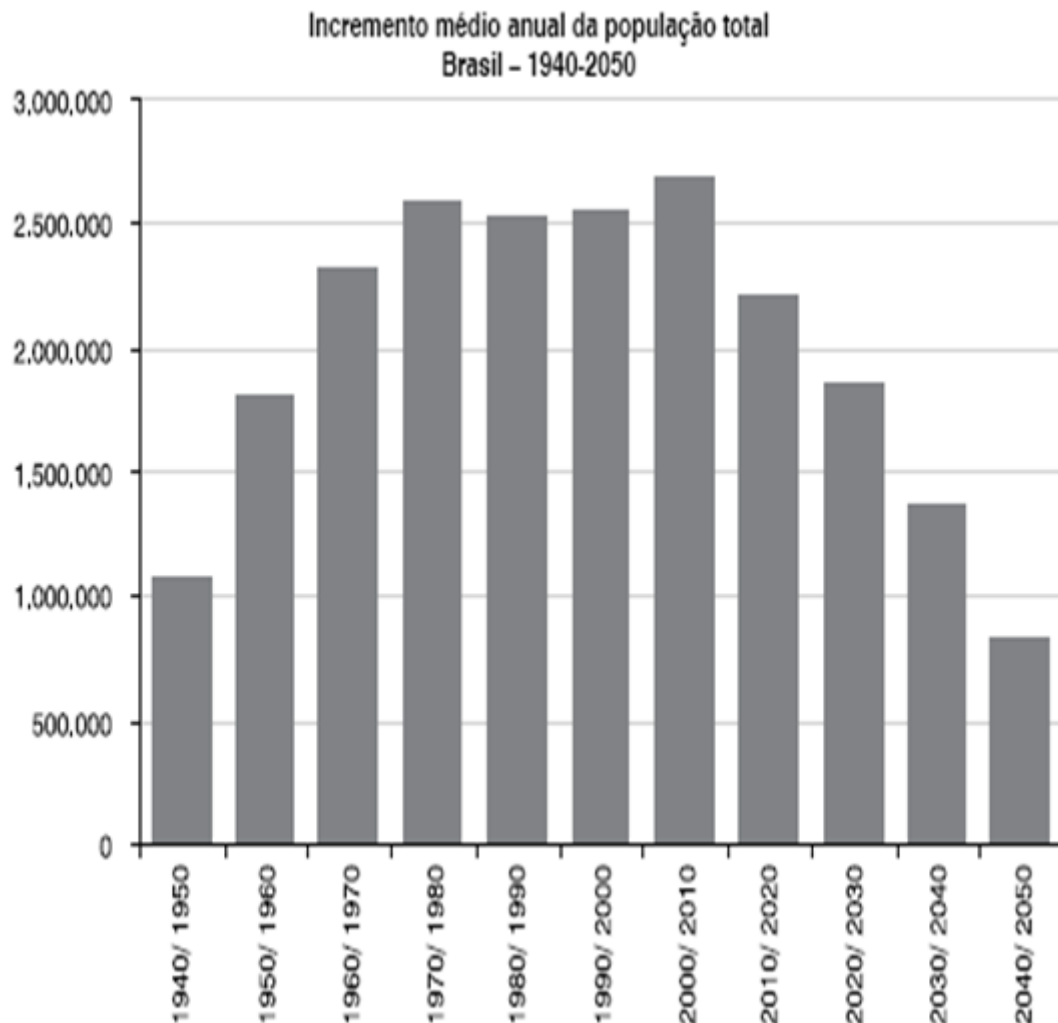
Para Ferreet *et al* (2011), a velhice é uma época em que as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família, de certo modo, foram cumpridas e o indivíduo pode sentir livre para realizar seus desejos e sonhos.

A população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e em grande parte do mundo (MINAYO, 2010). A cada ano, 650 mil novos idosos são incorporados à população brasileira e sua maior parte possui doenças crônicas ou limitações funcionais (VERAS, 2009). O Brasil tem se organizado na tentativa de responder às crescentes demandas da população que envelhece, preparando-se para enfrentar as questões da saúde e do bem-estar dos idosos, pois é o grupo que cresce rapidamente no cenário da vulnerabilidade (FERNANDES, 2012). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em dezembro de 2011, a expectativa de vida (73,5 anos) da população brasileira no ano de 2010 (COUTINHO, 2012). Estima-se que para o ano de 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em números de idosos, com a população com mais de 60 anos em aproximadamente 30,9 milhões de pessoas (VERAS, 2009; SELEGHIM *et al*, 2012).

A transformação demográfica (Gráfico 01) é um dos fenômenos estruturais mais importantes e no Brasil vem se manifestando com o crescimento rápido da população idosa, alcançando a taxa de 12,3% da população geral em



2010, devendo aproximar-se de 30% em 2050, segundo projeções de estatísticas (SELEGHIM *et al*, 2012; BRITO *et al*, 2008).



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica, 2004. Censos Demográficos de 1940, 1950, 1960 e 1970.

**GRÁFICO 01** - População total jovem e idosa do Brasil 1940-2050  
**FONTE:** BRITO, (2008)

Enquanto a taxa média geométrica da população idosa na faixa de 60 anos gira em torno de 3,3%, na de idosos com 80 anos ou mais, essa taxa chega aos 5,4%, uma das mais altas do mundo (CUNHA *et al*, 2012).

Uma visão social deturpada a respeito dos idosos resulta do entendimento que a sociedade possui sobre o envelhecimento como um processo que torna as pessoas senis, inativas, fracas e inúteis. Socialmente, esse posicionamento preconceituoso frente ao idoso é resultado de uma representação

social, o que influencia em vários aspectos a vida dos idosos e a visão que eles têm de si mesmos (CUNHA *et al*, 2012).

## **2.2 O Suicídio, As Tentativas de Suicídio e as Ideações Suicidas em Idosos**

Suicídio é resultado da alteração do pensamento e da conduta da pessoa. É a ação de tirar a própria vida de maneira voluntária e intencional, que é iniciada e levada por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de resultado fatal (VIANA *et al*, 2008). O suicídio pode ser abordado como uma dimensão que integra um contínuo de comportamentos que pode partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, tentativas de suicídio e finalmente a concretização do ato fatal (KRUGER *et al*, 2010).

Pode ser considerado como um fenômeno complexo, de causas múltiplas, cuja ocorrência não pode ser atribuída a uma única característica ou evento estressor (PINTO, 2012). Para Kaplan (1997), não é um ato aleatório, mas um escape de um problema ou crise que está causando um intenso sofrimento podendo estar associado às necessidades frustradas, com sentimentos presentes de desesperança e desamparo e conflitos ambivalentes entre a sobrevivência e o estresse insuportável. Videbeck (2012) compreende o suicídio como um transtorno multidimensional que resulta de uma interação entre os fatores ambientais, sociais, fisiológicos, genéticos e biológicos.

Segundo Gonçalves *et al* (2011), o suicídio não é hereditário, sendo que o que se transmite de pai para filho é o temperamento que pode predispor para o suicídio, mas que não pode constituir uma explicação da determinação desses. Alguns autores consideram que o comportamento autodestrutivo, como o uso de substância psicoativa, não aceitação do tratamento médico, determinados estilos de vida que também podem resultar em morte, podem ser considerados como comportamento suicida, podendo ser mascarado ou distorcido como uma situação natural (SOUZA, 2011).

Algumas causas podem estar relacionadas ao suicídio. Pessoas com transtornos psiquiátricos como depressão, transtorno de humor bipolar, esquizofrenia, abuso de substâncias psicoativas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno de personalidade *borderline*, correm maior risco de cometer

suicídio. Outras causas mais evidentes são as doenças crônicas, como câncer, AIDS, diabetes, acidentes cerebrovasculares e lesões na cabeça e na medula espinhal. Entre os fatores ambientais que aumentam o risco de suicídio estão incluídos isolamento, perdas recentes, falta de suporte social, desemprego, eventos de vida críticos e história familiar de depressão e suicídio, ainda, idade, raça, religião, estado civil, ocupação e clima (VIDEBECK, 2012; KAPLAN, 1997).

A tentativa de suicídio é um ato suicida que falhou ou não foi concluída, acompanhada de evidências de que a pessoa tinha a intenção de morrer (VIDEBECK, 2012; QUEVEDO, 2008). Diferenciam-se de outros comportamentos autodestrutivos nos quais não existe uma intenção de morte, embora os elementos exteriores possam ser comuns entre ambos (BERTOLOTE, 2010).

Devido aos diversos fatores e de problemas associados à tentativa de suicídio, não existe uma única “receita” para todas as pessoas que apresentam este risco (BERTOLOTE, 2010). O hábito de se machucar ou as tentativas de suicídio devem ser considerados fortes preditores de possível suicídio em idosos, ressaltando a pequena diferença dos que tentam e dos que consumam o ato (MINAYO, 2010).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio e considera que a estimativa das tentativas de suicídio pode superar dez vezes mais do que a do suicídio propriamente dito (OMS, 2002). Em um estudo realizado com treze países europeus apontou taxas médias de suicídio 29,3/ 100.000 entre pessoas com mais de 65 anos e taxas de tentativas de suicídio de 61,4/ 100.000 para a mesma faixa etária (SELEGHIM, 2012). Outro estudo realizado em 32 países mostrou queda dos óbitos por suicídio para a população de homens e mulheres acima de 65 anos a partir da década de 1980 (PINTO, 2012).

As ideações suicidas significam pensar em ser agente de sua própria morte, podendo ser ativas quando a pessoa busca meio para cometê-las e variam em gravidade dependendo da especificidade dos planos e grau da intenção suicida, (VIDEBECK, 2012; QUEVEDO, 2008). Para alguns autores, qualquer investigação sobre o tema da ideação de suicídio é um problema, uma vez que este tema é pouco perguntado por pesquisadores e relatado pelos idosos. Quando isso ocorre, muitas vezes é confundido com processos depressivos (MINAYO, 2010). Risco de suicídio pode ser definido como a possibilidade de que a ideação de suicídio leve ao

ato suicida. O risco aumenta de acordo com o número de tentativas e também está associado a intervalos de tempos menores entre elas. Estima-se que para cada caso de suicídio existam pelo menos dez tentativas de gravidade suficiente que necessitem de cuidados médicos e que as tentativas de suicídio sejam até quarenta vezes mais frequentes do que o suicídio consumado (VIDAL, 2013).

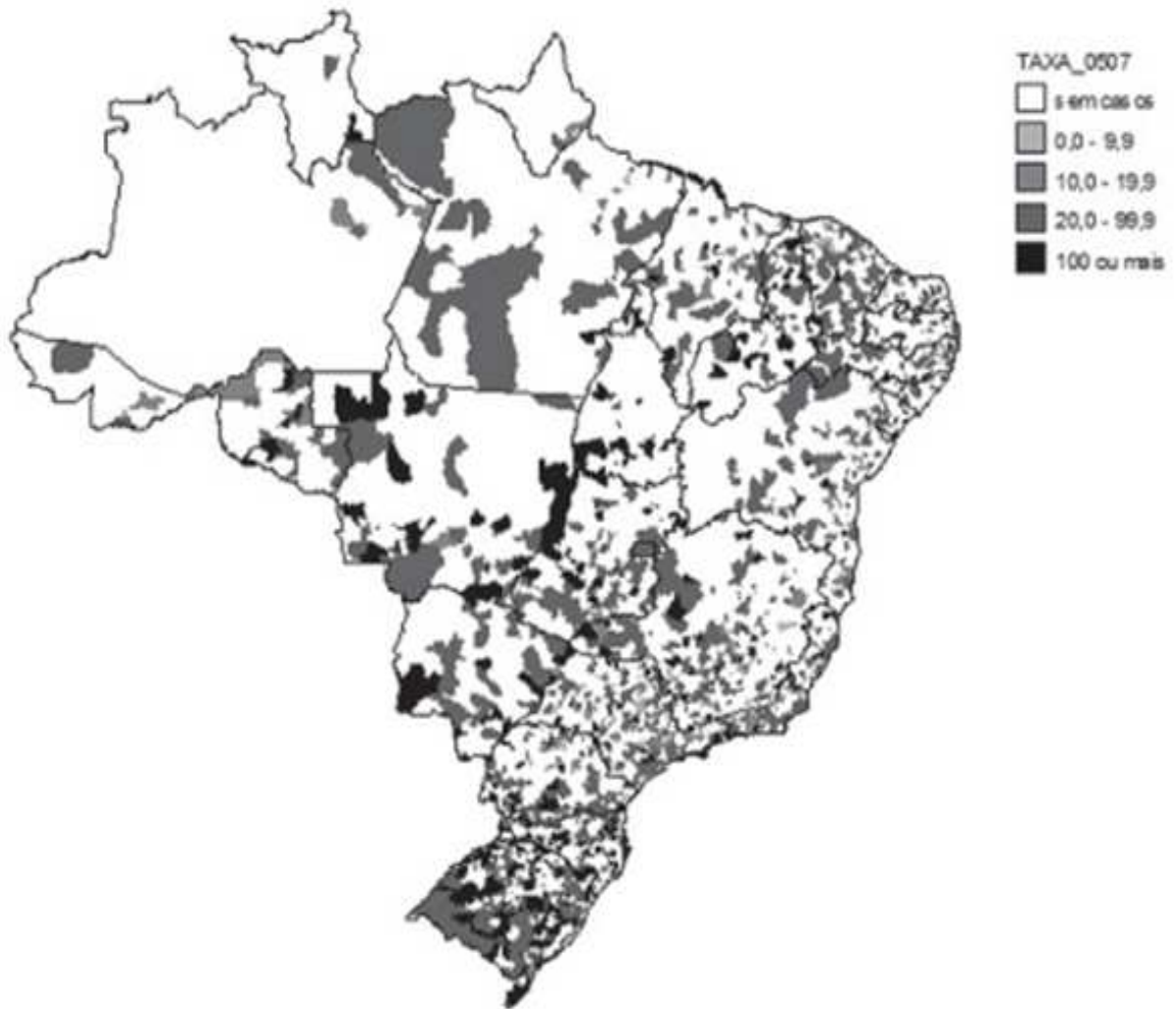
As prevalências de ideação e plano suicidas, bem como de tentativa de suicídio, não diferem substancialmente na maioria das pesquisas realizadas na Europa, Estados Unidos e Austrália, cujas estimativas de prevalência de ideação suicida durante a vida situaram-se, na maioria, entre 10% e 18%, e as de tentativas de suicídio entre 3% e 5%. Em uma pesquisa realizada pela OMS em 2002 (SUPREMISS), com um total de 5.980 pessoas investigadas, as prevalências de ideação suicida variaram de 2,6% (Chennai, Índia) a 25,4% (Durban, África do Sul), ficando a brasileira (17,1% em Campinas, prevalência ponderada) próxima às de Karaj, Irã (14,1%), Yuncheng, China (18,5%) e Tallin, Estônia (12,4%) (NAVARRO, 2012).

Alguns pesquisadores consideram que a relação entre ideação, tentativas e efetivação de suicídio pode ter sua ligação por intermédio da comunicação verbal, do comportamento, de casos situacionais e de alguns outros conjuntos de sinais. Em pessoas idosas, a manifestação verbal pode ir diretamente ao assunto, sendo confidenciado o desejo de morrer para pessoas próximas ou comunicando a alguém que a agredir. Muitas vezes pode ser somente insinuado o desejo de morte por meio de comentário aos familiares, amigos e companheiros (MINAYO, 2010).

Um aspecto importante para o suicídio de idosos se refere à relação entre tentativas e óbitos consumados. Para outras faixas etárias essa relação fica na faixa de 100 a 200 tentativas para uma morte consumada, nos idosos ela é de 2 a 3 tentativas por um óbito consumado (PINTO, 2012). No Brasil são consideradas relativamente baixas as taxas de suicídio ao que se referem à população na faixa etária acima de 60 anos, embora seu crescimento seja quase o dobro da população em geral devido ao aumento crescente das taxas relativas ao suicídio no grupo de homens idosos (MINAYO, 2010). Entre os anos 1980 e 2005, a taxa média de suicídio foi de 4,12/ 100. 000 idoso, com tendência de elevação para os homens, declínio entre as mulheres e aumento progressivo com o avanço da idade em ambos (SELEGHIM *et al*, 2012). É considerado possível que o suicídio, em função da religiosidade e o não recebimento do seguro de vida, tenha a subnotificação ainda

mais alta que as associadas a outras causas externas, justificando a qualidade de registros de óbitos (PINTO, 2012).

Os meios mais comuns de suicídio utilizados em inúmeros países são o enforcamento, o estrangulamento e a sufocação (PINTO, 2012). Em um levantamento realizado por Cavalcante *et al* (2012) os meios utilizados pelos idosos na prática do suicídio no país entre 1980 e 2006 foram enforcamento (51,7% a 56,2%), armas de fogo (13,4% a 16,6%) e o envenenamento (4,8% a 7,5%). Para as formas de tentativas mais raras foram registradas a queda de altura (1,7% a 2,8%) e a carbonização parcial por chamas (2,6 %). Em outro estudo realizado por Pinto *et al* (2012), apresentada na Figura 01, verificou-se que entre os anos de 2005 a 2007, mais da metade dos municípios brasileiros apresentaram óbitos de idosos por suicídio, sendo que 44,5% pertencem a região Sul, 30,7% a região Sudeste, 13,3% a região Nordeste e 9,1% a região Centro Oeste, permitindo perceber a relevância do problema no país e a desigual distribuição epidemiológica existente .



**FIGURA 01** – Taxas de suicídio (por 100 habitantes) em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros, 2005-2007  
**FONTE:** PINTO, (2012)

Os idosos que atentam contra sua própria vida, estão mais suscetíveis a não serem ajudados em tempo hábil, pois muitos compõem um grupo etário que vive sozinho. As pessoas com idade mais avançada (acima de 80 anos) explicitam com mais facilidade suas ideias suicidas. Dados dos Estados Unidos mostram que 75% dos idosos que se suicidaram nunca haviam feito uma tentativa anteriormente. Entre os idosos há cerca de duas a quatro tentativas para cada suicídio, ou seja, as ideias e tentativas aumentam o risco de morte autoinfligidas (CAVALCANTE, 2012).

## 2.3 SUICÍDIOS E OS TRANSTORNOS MENTAIS

Transtorno mental, definido pela *American Psychiatric Association* (APA), é uma síndrome ou um padrão psicológico ou comportamental significativo que ocorre em um indivíduo. Está associada à angústia, o aumento significativo do risco de morte, de dor, de incapacidade e de uma importante perda da liberdade (VIDEBECK, 2012). Outros autores consideram que o desenvolvimento e o prognóstico dos transtornos mentais podem ser determinados pelas interações de fatores psicológicos, sociais e culturais com a bioquímica e a fisiologia humana (JURUENA *et al*, 2007).

A presença de doença psiquiátrica é um dos fatores considerados mais importantes para o risco de suicídio e nos quais estudos apontam que mais de 90% dos indivíduos que cometem suicídio satisfazem critérios para uma ou mais doença psiquiátrica (QUEVEDO, 2008). Os critérios gerais de diagnóstico de transtornos mentais (APA, 2002) incluem insatisfação com as características, habilidades e realizações; relações ineficazes ou insatisfatórias, descontentamento com o próprio lugar no mundo; ineficácia ao enfrentar eventos da vida e ausência de crescimento pessoal. No caso de idosos, a doença psiquiátrica está frequentemente associada ao processo de adoecimento mental, ao problema de saúde física, ao isolamento e a falta de suporte social (CAVALCANTE, 2012).

O comportamento suicida não constitui uma doença, mas está associado a diversos transtornos mentais, dos quais se destacam os de humor, transtorno por uso de substância (especialmente o álcool), as esquizofrenias e os transtornos de personalidade (BERTOLOTE, 2010). Segundo Minayo *et al* (2010), doenças e transtornos mentais estão fortemente ligados ao suicídio em pessoas idosas e em um estudo com idosos que se suicidaram, 77% deles padeciam de algum distúrbio psiquiátrico quando cometeram o ato. Dos idosos estudados, 63% sofriam de depressão e 44% apresentavam algum outro problema, como a resistência na forma de ver a própria vida e a obsessão.

Para Pinto *et al* (2012), os transtornos de humor são considerados relevante fatores de risco para o suicídio em idosos. Pesquisadores mostram que transtornos afetivos ou de humor, principalmente a depressão, estão relacionados ao suicídio (MINAYO *et al*, 2010). Videbeck (2012) considera que a depressão é comum entre os idosos, tendo notável aumento quando estão clinicamente doentes

pois tendem a ter características psicóticas, em especial delírios, com maior frequência do que pessoas mais jovens. A depressão e os estados depressivos são colocados como fatores precipitantes do suicídio, sendo estes associados às seguintes causas: efeitos cumulativos de perdas sociais, reação a perda afetiva, evolução de um quadro de depressão grave associado à insônia, isolamento, ociosidade e inutilidade (CAVALCANTE, 2012). Segundo Meneghel *et al* (2012), a depressão pode ser causada pelo afastamento de trabalho, aposentadoria, doença ou invalidez.

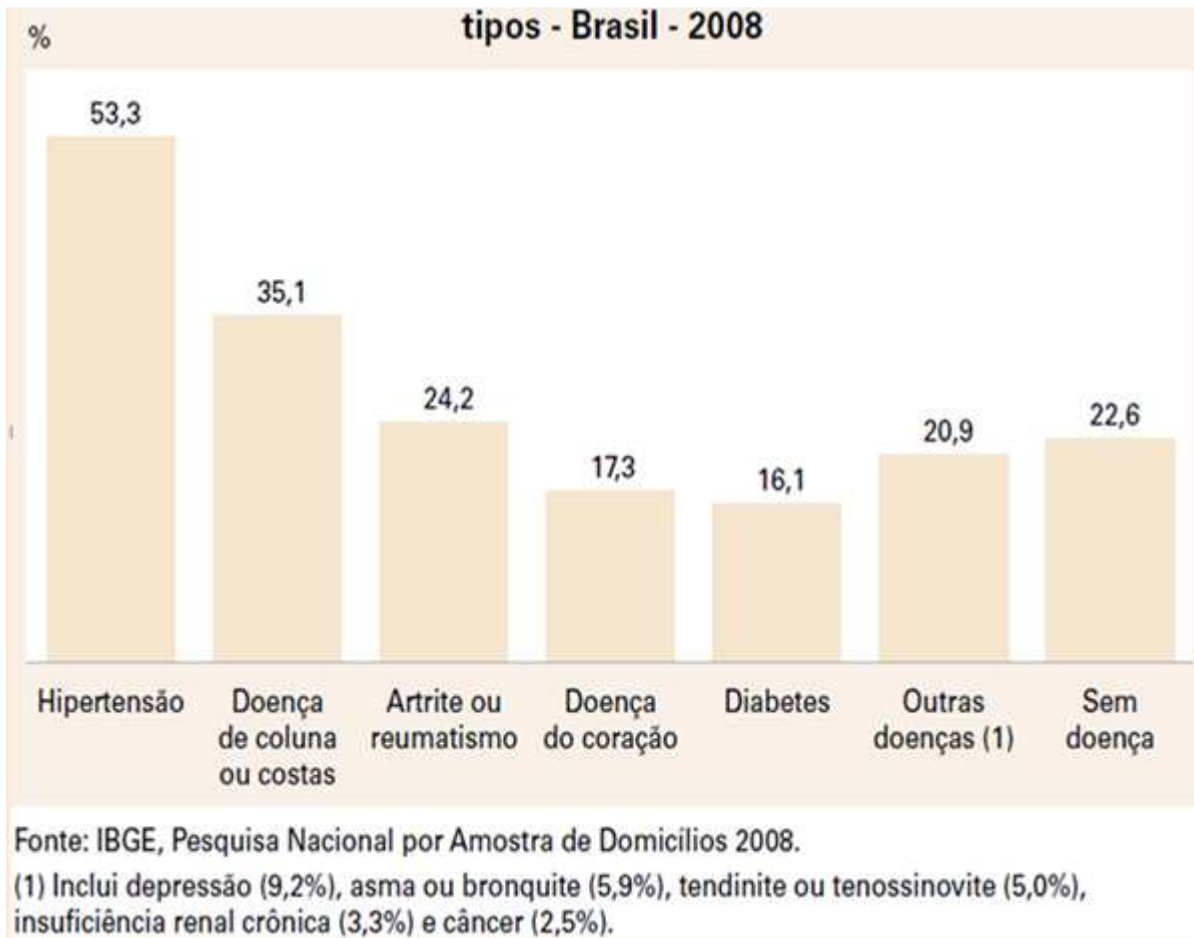
Ainda que exista um preconceito segundo o qual as pessoas idosas sejam originalmente deprimidas por causa da idade, a depressão não é um fato normal do envelhecimento (MINAYO, 2009).

## **2.4 SUICÍDIOS E AS ENFERMIDADES FÍSICAS**

O envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas. Consiste na redução da capacidade de adaptação homeostática a situações de sobrecarga funcional, alterando progressivamente o organismo e tornando-o mais susceptível às agressões internas e externas (MAIA *et al*, 2011).

O aumento de quase 700% da população idosa em menos de 50 anos conseqüentemente aumenta o número de doenças próprias do envelhecimento e uma das preocupações relacionadas ao como este aumento da expectativa de vida está associado a uma alta taxa de comorbidades (MAIA *et al*, 2011; VERAS, 2009). Segundo uma pesquisa realizada em 2008 pela PNAD (Pesquisa Nacional por amostras em Domicílio), 22,6% dos idosos afirmou não possuir doenças, 49% dos idosos apresentavam doenças crônicas, 53,3% possuíam hipertensão, 35,1% apresentavam dores de coluna e 24,2% dos idosos tinham artrite ou reumatismo, (CONTIJO, 2011).





**GRÁFICO 02** – Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade declararam sofrer algum tipo de doença crônica, segundo os principais tipos.

**FONTE:** CONTIJO, 2011 *apud* IBGE, 2008

Determinadas doenças físicas apresentam também associação como os comportamentos suicidas, entra as quais síndrome de dor crônica, doenças neurológicas, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), síndrome imunodeficiência adquirida e certas neoplasias (BERTOLOTE *et al*, 2010). Em idosos, a presença de doenças graves é considerada um fator de risco para o suicídio e em alguns estudos, esta associação é mais significativa para algumas enfermidades, como câncer, problemas no sistema nervoso central, complicações cardiopulmonares e doenças urogenitais principalmente em homens. Minayo *et al* (2012) destaca que a dor e o sofrimento físico desempenham um papel importante na fragilização do idoso e no desencadeamento do suicídio, associada ao agravamento de transtornos mentais.

Várias pesquisas examinaram a relação entre o suicídio, as tentativas e ideações com o enfrentamento das doenças terminais e foram encontradas pessoas (uma em cada quatro) que expressam o desejo de acabar com a própria vida

(MINAYO, 2010). Considera-se que uma doença clínica grave por si só não é potencialmente suicida, pois a maioria dos suicídios dá-se em pessoas que além de sofrerem de uma doença clínica, possuem um transtorno psiquiátrico, como a depressão e agitação (BERTOLOTE, 2010). A experiência de uma enfermidade física grave pode ser considerada um fator desencadeante para depressão em idosos. Esta doença crônica aumenta a probabilidade de desenvolver a incapacidade funcional, uma vez que sua presença pode ser responsável pela perda da autonomia e pelo agravamento de enfermidades persistentes (MINAYO *et al*, 2010).

## 2.5 SUICÍDIOS E ESTRESSORES PSICOSSOCIAIS

Alguns fatores costumam relacionar-se ao risco aumentado de suicídio, como perda afetiva recente, desemprego, declínio da condição socioeconômica, relação familiar conturbada, entre outros (QUEVEDO, 2008). O suicídio pode acontecer em qualquer família e em qualquer grupo social, porém existem algumas diferenças significativas sobre os fatores sociais de risco de suicídio que afetam pessoas jovens, adultas e idosas. Jovens e adultos que tentam ou cometem suicídio são impulsionados por problemas interpessoais, financeiros, legais ou de desempenho escolar ou no trabalho e os idosos são impulsionados principalmente por perdas, mudanças, dependência, entre outros fatores (MINAYO, 2010).

Alguns acontecimentos interferem em aspectos psicológicos, psiquiátricos e biológicos dos idosos. Entre fatores sociais estão o status de solteiro, viúvo ou separado, perda de familiares significativos e questões de ordem econômica, como crises financeiras e queda do status econômico. Para fatores psicossociais, o alcoolismo e o uso de drogas são considerados importantes (PINTO, 2012).

Para Gonçalves *et al* (2011), a educação, assim como a fraca religiosidade, está associada a um nível mais elevado de suicídio, pois desenvolve no ser humano um sentimento de maior independência. Cavalcante (2012) relata em um estudo a visão de conjunto do perfil social e econômico de idosos e considera relevante os fatores como escolaridade, religião, estilo de vida e atividade profissional, tipo de vínculo do chamado trabalhador ativo ou inativo. Para Seleglim *et al* (2012), o suicídio em idosos está fortemente ligado à questões

socioeconômicas e considera que a medida que a idade aumenta, o nível de escolaridade diminui, devido ao fato de que no começo do século passado a educação era restrita a poucos.

Em uma pesquisa realizada por Cavalcante (2012), foram encontrados alguns contrastes (Tabela 01) entre a relação homens e mulheres idosos. Quanto ao estado civil, a maioria dos homens é casada e a minoria viúva, divorciado ou separado. Para as mulheres idosas, a maioria (90%) encontrava-se sem companheiro, por estar viúva, separada ou solteira. Quanto à escolaridade, 50% dos homens que tentaram suicídio tinham o ensino fundamental completo ou incompleto, 7,5% completaram o ensino fundamental e 22,5% era analfabeta ou semianalfabeta. Para mulheres, 63,6% têm baixa escolaridade e 12,8% concluiu o ensino primário. No estudo, o apoio religioso foi pouco efetivo para os idosos e suas famílias, havendo predomínio da religião católica (53%), seguida da evangélica (15,7%) e uma minoria, especialmente homens, sem religião (12,5%).

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	%	N	%
<b>Estado Civil</b>														
Solteiro(a)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	9,1
(Re)casado ou união estável	1	-	11	-	7	1	3	-	5	-	27	67,5	1	9,1
Divorciado ou separado	3	-	3	-	-	-	-	1	1	1	7	17,5	2	18,2
Viúvo(a)	1	-	-	-	-	2	1	-	4	4	6	15,0	7	63,6
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Escolaridade</b>														
Analfabeto ou Semianalfabeto	-	-	4	-	-	-	1	-	4	4	9	22,5	4	36,3
Alfabetizado	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	2	5,0	1	9,1
Curso primário	-	-	1	-	-	-	-	1	2	1	3	7,5	2	18,2
Curso fundamental	4	-	6	-	3	2	1	-	2	-	16	40,0	2	18,2
Curso médio ou técnico	1	-	2	-	-	-	1	-	-	-	4	10,0	1	9,1
Curso superior	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2,5	1	9,1
Não informado	-	-	-	-	3	-	1	-	1	-	5	12,5	-	-
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Religião</b>														
Católica	4	-	10	-	2	-	1	1	4	3	21	52,5	6	54,5
Evangélica	-	-	1	-	1	2	-	-	3	1	5	12,5	3	27,3
Espírita	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2,5	-	-
Nenhuma	1	-	-	-	4	1	-	-	-	-	5	12,5	1	9,1
Não informado	-	-	2	-	-	-	3	-	3	1	8	20,0	1	9,1
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100
<b>Local de residência</b>														
Meio Rural	-	-	5	-	-	-	-	-	10	5	15	37,5	5	45,5
Meio Urbano	5	-	9	-	7	3	4	1	-	-	25	62,5	6	54,5
Subtotal	5	-	14	-	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100

**TABELA 01** – Distribuição dos 51 idosos, segundo estado civil, escolaridade, religião e local de residência nas cinco regiões do país

**FONTE:** CAVALCANTE, (2012)

	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)			
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		F	
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	%	N	%
<b>Atividade Profissional</b>														
Dona de casa	-	-	-	-	-	3	-	1	-	-	-	-	4	36,4
Religioso	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2,3	-	-
Agricultor	1	-	3	-	1	-	-	-	10	5	15	34,0	5	45,4
Prestador de serviços	2	-	5	-	3	-	1	-	3	-	14	31,8	-	-
Técnico	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	1	2,3	1	9,1
Funcionário de empresa	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	3	6,8	-	-
Profissional liberal	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	2,3	1	9,1
Administrador do próprio negócio	2	-	4	-	1	-	-	-	2	-	9	20,5	-	-
Subtotal	5	-	14	2	7	3	4	1	15	5	44	100	11	100
<b>Vínculo Ativo ou Inativo</b>														
Informal	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	5,0	-	-
Autônomo	3	-	5	-	3	-	-	-	2	-	13	32,5	-	-
Aposentadoria	2	-	6	2	2	3	4	-	8	5	22	55,0	10	91,0
Sem vínculo empregatício	-	-	1	-	2	-	-	1	-	-	3	7,5	1	9,0
Subtotal	5	-	14	2	7	3	4	1	10	5	40	100	11	100

**TABELA 02** – Distribuição dos 51 idosos, segundo atividade profissional e vínculo empregatício nas cinco regiões do país

**FONTE:** CAVALCANTE, (2012)

Este mesmo estudo descreve que as mulheres idosas que faleceram por suicídio eram na maioria donas de casa ou agricultoras, apenas duas possuíam carreira profissional de nível técnico e superior. Em relação aos homens, 34% eram agricultores, 31,8% eram prestadores de serviço, 20,5% eram administradores do próprio negócio e 55% eram homens aposentados (CAVALCANTE, 2012).

A morte de uma pessoa querida, especialmente de um cônjuge, doença terminal com dores incontroláveis, medo do prolongamento da vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares, isolamento social, mudanças de papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento ou situações de dependência física ou mental das quais idosos se sentem humilhados são considerados fatores importantes para o risco de suicídio (MINAYO et al, 2012).

## 2.6 SUICÍDIOS SOB A PERSPECTIVA DE GÊNERO

A sociedade exerce um papel fundamental na construção do indivíduo e os fatores sociais, como a família, a escola, os grupos de amigos e a sociedade, influenciam tanto na prevenção como na ocorrência do suicídio (GONÇALVES *et al*, 2011).

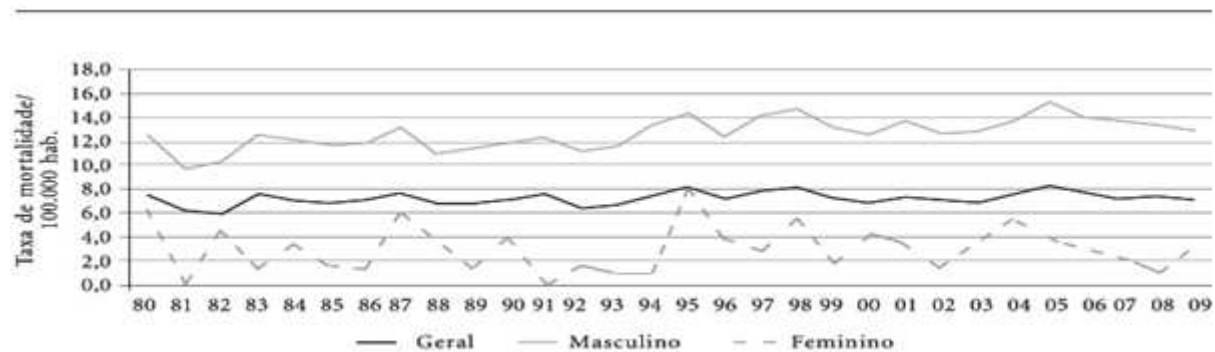
Gênero é considerado por meio de estudos sobre grupos sociais, a diferença percebida entre os sexos e dá o significado às relações hierárquicas de poder. É no contrato de gênero que existem as representações de um consenso social a respeito de quem são os homens e as mulheres, o que fazem, esperam e pensam (MINAYO *et al*, 2012). Estas representações estariam ameaçadas pelas mudanças e transformações, como no trabalho e na família, em “mulheres como dona de casa” e “homens como provedores”, enfraquecimento dos laços familiares, aumento de divórcio, diminuição do tamanho familiar e aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho (CORTE *et al*, 2009).

As condutas ligadas a gênero, que têm se mantido mesmo na velhice, têm sido colocadas de forma secundária ao se analisar a determinação de eventos vitais, o que torna de grande relevância o estudo do comportamento pautado em gêneros (MENEGHEL *et al*, 2012). Os estudos sobre o assunto se aprofundaram com o movimento feminista, que num momento focou a condição das mulheres e deixou em segundo plano os homens e a masculinidade. Os argumentos sobre a masculinidade significaram o rompimento do silêncio acerca da sexualidade, saúde, a reprodução do homem e a perspectiva teórica que fundamenta esta nova abordagem (MINAYO *et al*, 2012). As hierarquias de poder entre os homens e mulheres seguem naturalizadas em um modelo no qual o homem tem autoridade sobre a mulher e filhos. As mulheres idosas foram socializadas por meio de normas que negam suas próprias necessidades para cuidar do outro, quer seja o marido, os filhos ou os familiares. Os homens idosos estão em risco quando se afastam do trabalho, na vigência de conflitos relacionais ou em situações que ameaçam seus códigos de honra e sua masculinidade (MENEGHEL *et al*, 2012).

Apesar de o suicídio ser mesmo um fenômeno de inúmeras causas, observa-se que as fragilidades ligadas ao gênero são um fator explicativo importante (MINAYO *et al*, 2012). A diferença acentuada nas estatísticas de suicídio entre homens e mulheres tem influenciado o debate sobre a importância da condição de

gênero na ocorrência deste evento (MENEGHEL *et al*, 2012). O padrão epidemiológico predominante do suicídio é o de taxas de mortalidade três a quatro vezes maiores para homens (no Brasil, essa variação foi de 4:1 em 2006), explicadas por argumentos que incluem a maior letalidade e agressividade dos meios utilizados (MINAYO *et al*, 2012).

A morte autoinflingida em homens e em homens idosos é hoje um problema de saúde pública reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (MINAYO *et al*, 2012). Em uma análise realizada (Gráfico 03), pode-se observar a evolução temporal da mortalidade por suicídio no Brasil em idosos (60 anos ou mais anos) segundo o sexo. As taxas para a população masculina são substancialmente maiores que as da população feminina. Para todo o período de análise, existe um patamar de 10 óbitos por 100 mil habitantes durante todo o período, exceto no ano de 1981, quando atingiram seu valor mais baixo, 9,8 óbitos por 100 mil habitantes. As taxas femininas oscilam ao longo dos anos, no entanto, de forma geral, permaneceram variando entre 0 a 8 óbitos por 100 mil habitantes durante todo o período (PINTO, 2012).



**GRÁFICO 03** – Evolução temporal da mortalidade por suicídio na população brasileira com 60 anos ou mais, segundo sexo, 1980-2009

**FONTE:** PINTO, (2012)

Em um estudo realizado (Tabela 03) por meio das autópsias psicológicas com familiares de homens idosos que morreram por suicídio, dos 51 casos analisados, 55% estava entre 60 a 69 anos, 25% entre 70 e 79 anos e 20% acima de 80 anos (MINAYO *et al*, 2012).

Faixa etária	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %	N %
60 a 64 anos	3 60,0	- -	10 71,5	1 50,0	3 42,8	1 33,3	- -	- -	3 30,0	1 20,0	19	3
65 a 69 anos	1 20,0	- -	1 7,1	- -	- -	1 33,3	- -	- -	1 10,0	1 20,0	3	2
70 a 74 anos	- -	- -	1 7,1	- -	1 14,3	- -	- -	- -	2 20,0	2 40,0	4	2
75 a 79 anos	- -	- -	2 14,3	1 50,0	1 14,3	1 33,3	3 75,0	- -	- -	- -	6	2
80 a 84 anos	1 20,0	- -	- -	- -	1 14,3	- -	1 25,0	1 100	3 30,0	1 20,0	6	2
> 85 anos	- -	- -	- -	- -	1 14,3	- -	- -	- -	1 10,0	- -	2	-
Total	5 100	- -	14 100	1 100	7 100	3 100	4 100	1 100	10 100	5 100	40	11

**TABELA 03** - Distribuição do número e proporção de suicídio em 51 idosos, segundo faixa etária e sexo nas cinco regiões do país

**FONTE:** MINAYO, 2012

Os meios mais comuns de suicídio para os homens, em diferentes contextos culturais, são o enforcamento, o estrangulamento, o uso de armas de fogo, a intoxicação por pesticidas e a sufocação (MENEGHEL *et al*, 2012; PINTO, 2012). Em um estudo realizado nas cinco regiões do país (Tabela 04), os 51 idosos estudados usaram métodos mais violentos e mais letais como o enforcamento e a morte por uso de armas de fogo, este último especialmente entre homens (PINTO, 2012). Em outro levantamento realizado, referente aos meios utilizados para o suicídio, o enforcamento também foi o meio mais utilizado para o suicídio tanto para homens (65%), quanto para mulheres (72,7%), seguido de armas de fogo (20%) e envenenamento (10%) em homens (CAVALCANTE, 2012).

Meios	Norte		Nordeste		Centro-Oeste		Sudeste		Sul		Total (n=51)											
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F										
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%										
Enforcamento	4	80,0	-	-	6	42,9	-	-	5	71,4	3	100	2	50,0	-	-	9	90,0	5	100	26	8
Armas de Fogo	1	20,0	-	-	5	35,7	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	1	10,0	-	-	8	-
Envenenamento	-	-	-	-	3	21,4	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	4	-
Facada no peito	-	-	-	-	-	-	-	-	1	14,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
Queda de altura	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Carbonização	-	-	-	-	-	-	1	50,0	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	2
Afogamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	25,0	-	-	-	-	-	-	1	-
Total	5	100			14	100	2	100	7	100	3	100	4	100	1	100	10	100	5	100	40	11

**TABELA 04** – Distribuição dos meios utilizados pelos 51 idosos, por sexo nas cinco regiões do país  
**FONTE:** CAVALCANTE, (2012)

A menor ocorrência de suicídio entre mulheres idosas, segundo pesquisas, pode ser considerada devido à baixa prevalência de alcoolismo, a religiosidade, as aptidões sociais e ao desempenho de papéis que culturalmente lhe são peculiar durante a vida. As mulheres idosas não só morrem menos por violência ou autoviolência que os homens, como cuidam mais da saúde e da sociabilidade. Em outro estudo foi considerado que as mulheres, geralmente, possuem mais facilidade para reconhecer precocemente sinais de depressão e buscam e apoio social nos momentos de crise (MINAYO *et al*, 2012).

Para Gonçalves *et al* (2011), a maior taxa de participação de mulheres no mercado de trabalho tem acirrado a competição entre sexos, confirmando a possibilidade do aumento da taxa de suicídio devido ao desgaste emocional. Para outros autores, o desempenho do homem envolve comportamentos machistas e agressivos, como competitividade, impulsividade, maior acesso a tecnologias letais e gosto por armas de fogo (MINAYO *et al*, 2012; GONÇALVES *et al*, 2011).

O homem idoso possui um alto risco para as violências autoinfligidas particularmente nos momentos de passagem da vida laboral para a aposentadoria e quando são diagnosticados com doenças crônicas. (MINAYO *et al*, 2010). Muitos homens idosos, inseridos na cultura patriarcal quando a vida profissional cessa, associam o novo momento da vida com a falência do papel tradicional de provedor



econômico e de referencia familiar, retraindo-se da sociedade, causando elevado risco de isolamento, tristeza, estresse e vontade de dar fim a própria vida (MINAYO *et al*, 2012; GONÇALVES *et al*, 2011).

Questões relacionadas ao gênero e as diferenças culturais entre homens e mulheres podem ser fatores determinantes ou potencializadores para o suicídio, por isso não há dúvida que homens e mulheres idosos precisem de muito mais reconhecimento e apoio do que é fornecido atualmente (MENEGHEL *et al*, 2012; MINAYO *et al*, 2012).

## **2.7 O SUICÍDIO DO IDOSO E O IMPACTO EM SUAS FAMÍLIAS**

A família é a célula mestra da sociedade contemporânea, atuando não só para a continuação da existência dos indivíduos, mas também para a proteção e socialização de seus membros. O grupo é responsável pela sobrevivência cotidiana, reunindo recursos para a satisfação das necessidades básicas, desenvolvendo estratégias em que rendas são obtidas e agrupadas em um orçamento comum (ROMAGNOLI *et al*, 2006). Pode ser considerada como unidade social complexa e fundamental para o processo de viver de todo ser humano, que se concretiza por meio da vivência, que é dinâmica e singular. Ela não é formada apenas por um conjunto de pessoas, mas pelas relações e ligações entre elas (BORBA *et al*, 2011). O suicídio tem impactos diretos sobre a família e pessoas próximas ao suicida não se limitando a sofrimentos individuais (SOUZA *et al*, 2011; MINAYO *et al*, 2012). Este tema é considerado complexo e digno de reflexões, principalmente quando se pensa nos sentimentos vivenciados pela família, bem como o cuidado fornecido a ela (BURIOLA *et al*, 2011). Os grupos familiares inserido no contexto do suicídio precisam de auxílio para que possam reconstruir-se (KRUGER, *et al*, 2010).

A família, em especial, é identificada como um grupo que mais sofre os efeitos de diversas origens, os quais se prolongam no curto, médio e longo prazo. Os vários sentimentos como, culpa, sensações inexplicáveis, perguntas sem respostas lógicas e o forte estigma social, se instalam sobre os familiares dos suicidas em uma realidade que ninguém sai ileso (FIGUEIREDO *et al*, 2012). O sofrimento se inclui ao sistema familiar e a rede de amigos, produzindo rupturas nos laços afetivos e sociais, o que pode provocar o isolamento de pessoas, parentes e

amigos, limitando ou cerceando trocas que seriam fundamentais para o reequilíbrio desse grupo (MINAYO, *et al*, 2012).

Os sentimentos que afetam parentes e amigos deve ser vista cuidadosamente pela área da saúde, pois o desgaste afetivo-social precisa ser acompanhado com instrumentos adequados para cuidar daqueles que sobreviveram e que terão que conviver com a história do suicídio (MINAYO *et al*, 2012).

### 3 METODOLOGIA

Este estudo foi realizado por meio da revisão compreensiva da literatura sobre pesquisas a respeito do suicídio em pessoas idosas.

A primeira etapa do trabalho consistiu em investigar quais os temas relacionados ao suicídio em idosos, sua prevalência e seus fatores associados.

Foram analisadas 62 referências apresentadas pela literatura relevantes ao estudo, encontradas nas bases de dados SCIELO, LILACS, BIREME e literaturas atuais na área da Enfermagem, Psicologia e Medicina Psiquiátrica. Foram consideradas publicações relacionadas ao suicídio em idosos. As publicações gerais referentes ao suicídio, sobre tentativas e ideações de suicídio foram consideradas importantes visto que existe uma estreita relação entre estes três momentos. Foram relevantes estudos que problematizaram os fatores associados ao suicídio, sua tendência, a relação entre a ideação, a tentativa e o suicídio propriamente dito. Também foram consideradas pesquisas referentes à epidemiologia do suicídio em idoso, a relação entre o suicídio e as doenças clínicas e mentais em idosos, a perspectiva de gênero e os estressores psicossociais. Outro fator considerado relevante foram os estudos que relataram sobre a família e amigos dos idosos que se suicidaram.

Após a identificação dos artigos, estes documentos foram agrupados por ordem cronológica do tema discutido, facilitando assim a análise, o que permitiu conhecer as perspectivas sobre o suicídio em idosos.

As palavras-chaves utilizadas na busca da revisão foram: suicídio, idosos, suicídio em idosos, enfermidades em idosos e família do idoso. O estudo abrangeu publicações entre os anos de 2005 a 2013.

## 4 CONCLUSÃO

O suicídio na população idosa pode ser considerado um problema de saúde pública, como consta nos estudos apresentados. O aumento do número de idosos é um fenômeno observado no mundo inteiro. No Brasil, segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a transformação do padrão demográfico corresponde a uma das mais importantes modificações estruturais da sociedade, resultando no aumento da população idosa. Algumas transformações que contribuem para o aumento desta população são o desenvolvimento econômico, a melhoria no controle de doenças infecciosas, o melhor acesso a água potável, instalações sanitárias, assistência a saúde e o surgimento de novas tecnologias (ALMEIDA *et al*, 2010).

A preocupação em relação ao envelhecimento populacional e o aumento do suicídio na população idosa são constantemente relatados em todas as pesquisas. No Brasil, cerca de 1200 pessoas com 60 anos ou mais morrem a cada ano em decorrência do suicídio (PINTO, 2012).

O suicídio é um acontecimento que pode ser prevenidos e vários de seus fatores de risco podem ser modificados como a presença de algumas doenças físicas e mentais (PINTO *et al*, 2012). Estudar o comportamento das tentativas de suicídio em idosos é importante para analisar a grandiosidade e as características epidemiológicas, contribuindo para ampliar o conhecimento desse fenômeno, auxiliando em ações voltadas para sua prevenção e redução (BOTEGA, 2009).

Em relação aos transtornos mentais, a depressão recebe destaque sendo citada como causa principal do suicídio na população idosa. O tratamento da depressão é considerado fundamental para a prevenção do suicídio, visto que na maioria das pesquisas ele é um fator relevante (PINTO *et al*, 2012; MINAYO *et al*, 2010). A modificação do estilo de vida, a melhora do contato social podem ser efetivos e importantes na redução do suicídio em idosos (PINTO, 2012).

Pesquisadores destacaram a solidão que pode ocorrer com a população idosa mesmo convivendo com outras pessoas e relacionaram a importância do cultivo da amizade como fator de proteção tanto para a depressão quanto para o suicídio. Segundo Gonçalves *et al* (2011) a maior proteção contra o suicídio é a estreita convivência entre a religião, família e sociedade. As relações de amizades,

ao lado de familiares, são as figuras mais importantes da rede social do idoso (ALMEIDA *et al*, 2010).

As enfermidades físicas graves receberam destaque nos estudos relacionados estando relacionada aos transtornos mentais, principalmente a depressão. Os idosos que necessitam de mais cuidados são os que vão perdendo a autonomia física, psicológica e econômica, pois costumam perder também o sentido da vida (PINTO *et al*, 2012). Mesmo para as pessoas idosas que se encontram em estado de saúde mais fragilizado, na medida do possível, sua autonomia deve ser estimulada por meio de ações simples, como a escuta ativa, considerando a singularidade do envelhecimento de cada pessoa e a repercussão positiva no cuidado, a partir do momento em que lhe é garantido o direito humano básico de exercer seu autogoverno (CUNHA, 2012).

Pinto *et al* (2012), reforça a importância de se investigar os suicídios na população acima de 60 anos devido ao crescimento do grupo etário no mundo e também no Brasil. O setor saúde e o social possuem um papel fundamental no apoio e na proteção das pessoas idosas (PINTO, 2012). Atualmente, é necessário oferecer uma atenção especializada para este grupo social, com uma abordagem abrangente e sistêmica para que os idosos encontrem orientação e motivação para viver e não para morrer (MINAYO *et al*, 2012; PINTO, 2012) .

Ampliar os estudos sobre a temática de suicídio em idosos no Brasil é fundamental para verificar a sua maior ocorrência e quais os grupos mais vulneráveis, de forma que possam ser planejadas ações mais concretas e implementadas, visando o bem estar e atendimento cuidadoso (PINTO, 2012; MINAYO *et al*, 2012).

A conquista da crescente longevidade humana é um fator positivo do desenvolvimento da sociedade moderna, mas a OMS adverte não ser suficiente acrescentar anos à vida, devendo-se acrescentar mais vida aos anos conquistados (POLARO, 2013). Ampliar os estudos sobre o suicídio em idosos no Brasil é fundamental, de forma que ações mais concretas possam ser planejadas e implementadas (PINTO, 2012). O prolongamento da vida é o desejo de qualquer sociedade, no entanto, só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se acrescente qualidade aos anos adicionais de vida (VERAS, 2009).

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Kelly; MAIA, Eulália Maria Chaves. Amizade, idoso e qualidade de vida: revisão bibliográfica. **Psicologia em estudo**. Maringá, nº 4, vol 15, 743-750. 2010.

BANDO, Daniel H. *et al.* Suicide rates and trends in São Paulo, Brazil, according to gender, age and demographic aspects: a joinpoint regression analysis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, vol.34, n.3, pp. 286-293. 2012.

BERTOLETE, José Manoel; MELLO-SANTOS, Carolina de; BOTEGA, Neury José. Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, vol. 32, pp. 87-95. 2010.

BORBA, Letícia de Oliveira *et al.* A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. **Revista escola enfermagem. USP**, vol.45, n.2, pp. 442-449. 2011.

BOTEGA, Neury José *et al.* Prevalências de ideação, plano, e tentativa de suicídio: um inquérito de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, nº12, vol 25, pp. 2632-2638, 2009.

\_\_\_\_\_; Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. vol. 27, nº 1, pp. 45-53. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temática Prevenção de Violência e Cultura de Paz II – Painel de indicadores do SUS nº5**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_; Ministério da Saúde. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. 1ª ed. Brasília. 2007.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista brasileira de estudo populacional**. 2008, vol.25, n.1, pp. 5-26. 2008

BURIOLA, Aline Aparecida *et al.* Assistência de enfermagem às famílias de indivíduos que tentaram suicídio. **Escola Anna Nery**. 2011, vol.15, nº4, pp. 710-716. 2011.

CARNEIRO, Henrique Figueiredo. O mal-estar entre a dor e o laço social. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, vol.10, n.3, pp. 703-704. 2010.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Autopsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº 8, vol 17, pp 1943-1954. 2012.

CONTE, Marta *et al.* Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, vol.17, n.8, pp. 2017-2026. 2012.

CONTIJO, Érica Eugênio Lourenço; SILVA, Marcos Contijo da; INOCENTE, Nancy Julieta. Políticas públicas voltadas ao idoso no Brasil.

CÔRTE, Beltrina *et al.* Suicídio na envelhecimento. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo, nº4, vol 12, pp 636-649. 2009.

COUTINHO, Evandro Silva Freire; LAKS, Jerson. Saúde mental do idoso no Brasil: a relevância da pesquisa epidemiológica. **Caderno de Saúde Pública**, vol.28, nº 3, pp. 412-412. 2012.

CRUZ, Daniele Teles da; CAETANO, Vanesa Caiafa; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. **Caderno de Saúde Coletiva**, vol 18, nº 4, pp 500-508. 2010.

CUNHA, Juliana Xavier Pinheiro *et al.* Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde debate**, vol.36, nº 95, pp. 657-664. 2012.

DRANE, James F. Suicide: a solution to aging, dying, and medical problems? *Revista Bioetikos - Centro Universitário São Camilo*. vol 7, nº 1, pp 59- 67, 2013.

FERNANDES, Maria Teresinha de Oliveira; SOARES, Sônia Maria. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da escola de enfermagem da USP**, vol.46, nº 6, pp. 1494-1502. 2012.

FERRETTI, Fátima; NIEROTKA, Rosane Paula; SILVA, Márcia Regina da. Concepção de saúde segundo relato de idosos residentes em ambiente urbano. **Interface (Botucatu)**, vol.15, nº37, pp. 565-572, 2011.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos *et al.* Impacto do suicídio da pessoa idosa em suas famílias. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº 8, vol 17, pp 1993-2002. 2012.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência saúde coletiva**, vol.17, nº 1, pp. 123-133.2012.

GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do. Por que os homens procuram menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Caderno Saúde Pública**, vol 23, nº 3, pp 565-574. 2007.

GONCALVES, Ludmilla R. C.; GONCALVES, Eduardo; OLIVEIRA JUNIOR, Lourival Batista de. Determinantes espaciais e socioeconômicos do suicídio no Brasil: uma abordagem regional. **Nova economia**. Belo Horizonte, vol.21, n.2, pp. 281-316. 2011.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência saúde coletiva**, vol.15, suppl.1, pp. 1497-1508. 2010.

JURUENA, Mario Francisco *et al.* Um paradigma para entender as doenças psiquiátricas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo, suppl 1, vol.29, pp 1-2. 2007.

KAPLAN, Harold I; SADOCK, Benjamin J; GREBB, Jack A. Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre, Artmed, 1997.p.753.

\_\_\_\_\_; Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.7 ed. Porto Alegre, Artmed, 1997.p.753- 754.

KRUGER, Liara Lopes; WERLANG, Blanca Suzana Guevara. A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. **Psico-USF**, vol 15, nº1, pp. 59-70. Jan/abr 2010.

MAIA, Bruna Carla *et al.* Conseqüências das quedas em idosos vivendo na comunidade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, nº2, vol 14, pp 381-394. 2011.

MARIN-LEON, Letícia; OLIVEIRA, Helenice Bosco de and BOTEGA, Neury José. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. **Revista Panamericana Salud Publica** , vol.32, n.5, pp. 351-359. 2012.

MENEGHEL, Stella Nazareth *et al.* Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº8, vol17, pp 1983- 1992. 2012

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, nº4, vol 44,pp 750-757. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; MENEGHEL, Stella Nazareth; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio de homens idosos no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº10, vol17, pp 2665- 2674.2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; GRUBITS, Sonia; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Observar, ouvir, compartilhar: trabalho de campo para autópsias psicossociais. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº8, vol17, pp 2027-2038. 2012.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza *et al.* Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006. **Revista Saúde Publica**. São Paulo, nº 2, vol 46, pp 300-309. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza *et al.* Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. **Ciência e saúde coletiva**, vol.17, n.10, pp. 2773-2781.2012.

MORAES, Paulo Henrique Paiva de *et al.* Relationship between neuropsychological and clinical aspects and suicide attempts in euthymic bipolar patients . **Psicologia e Reflexão. Critica**, vol.26, n.1, pp. 160-167. 2013



MOTTA, Luciana Branco da; AGUIAR, Adriana Cavalcanti; CALDAS, Célia Pereira. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Caderno Saúde Pública**, vol.27, n.4, pp. 779-786. 2011.

NAVARRO, Maria Carmem Carmona; MARTINEZ, Maria Carmem Pichardo. Atitudes do profissional de enfermagem relação ao comportamento suicida: influencia da inteligência emocional. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, nº6, vol 20, pp 1- 8. 2012.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.

PEGORARO, Renata Fabiana; CALDANA, Regina Helena de Lima. Sobrecarga de familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial. *Psicologia em Estudo*, vol.11,nº 3, pp 569-577.set/dez 2006.

PETTENGILL, Myriam Aparecida Mandetta; ANGELO, Margareth. Vulnerabilidade da família: desenvolvimento do conceito. **Revista. Latino-Am. Enfermagem**, vol.13, n.6, pp. 982-988. 2005.

PINTO, Liana Wernersbach *et al.* Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº 8, vol 17, pp 2003-2009. 2012.

PINTO, Liana Wernersbach *et al.* Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº 8,vol 17, pp 1973-1981. 2012.

PINTO, Liana Wernersbach; SILVA, Simone Gonçalves; PIRES, Thiago de Oliveira; ASSIS, Simone Gonçalves de. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, nº8, vol17, pp 1963- 1972. 2012.

POLARO, Sandra Helena Isse *et al.* Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. **Revista brasileira de enfermagem**, vol.66, n.2, pp. 228-233. 2013.

QUEVEDO, João; SCHMITT, Ricardo; KAPCZINSKI, Flávio. Emergências Psiquiátricas. 2 ed. Porto Alegre, Artmed, 2008.

RODRIGUES, Maria Aparecida Pinheiro *et al.* Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. **Caderno Saúde Pública**, vol.25, suppl.3, pp. 464-476. 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico. **Psicologia em estudo**, vol.11, n.2, pp. 305-314. 2006.

SCHMITT, Ricardo *et al.* Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre, nº30, vol 2, maio/agosto, pp 115-123, 2008.

SELEGHIM, Maycon Rogério *et al.* Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos. **Revista Cogitare Enfermagem**. Curitiba, nº 2, vol 17, pp 277-283. 2012.

SILVA, Lucía *et al.* The process of end-of-life care delivery to the families of elderly patients according to the Family Health Strategy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol.21, n.1, pp. 380-387.2013.

SILVA, Maria de Nazareth Rodrigues Malcher de O.; COSTA, Ilene Izidio da. A rede social na intervenção em crise nas tentativas de suicídio: elos imprescindíveis da atenção. **Revista Tempus Actas Saúde Coletiva**, vol 4, nº 1, pp 19-21. 2010.

SOUZA, Viviane dos Santos *et al.* Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal brasileiro de psiquiatria**, vol.60, nº4, pp.294-300, 2011.

SUASSUNA, Patrícia Diógenes *et al.* Fatores associados a sintomas depressivos em idosos atendidos em ambulatório público de Geriatria. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, nº 4, vol 15, pp 643-650. 2012.

VERAS, Renato. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, vol 43, nº 3, pp 548-554. 2009.

VIANA, Greta Nazário *et al.* Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, n 1, vol 57, pp 38-43. 2008.

VIDEBECK, Sheila L. *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

VIDAL, Carlos Eduardo Leal; CONTIJO, Eliane Costa Dias Macedo; LIMA, Lúcia Abelha. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativas do excesso de mortalidade. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, nº 1, vol 29, pp 175-187. 2013.