

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
Faculdade de Medicina
Departamento de Medicina Social
Curso de especialização em Saúde Pública - *latu senso*

Suicídio em idosos no Brasil de 2005 a 2010.

Porto Alegre
2013

ANDRESSA ZANIN

Suicídio em idosos no Brasil de 2005 a 2010.

Trabalho de Conclusão de Especialização do
Curso de Pós Graduação em Saúde Pública
da Universidade Federal do Rio Grande do
Sul como requisito parcial para obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública.

Orientador: Profº Paul Douglas Fisher, PhD

**Porto Alegre
2013**

RESUMO

O presente estudo teve como objetivo descrever as tendências temporais geográficas e os fatores de risco associados em suicídios de idosos brasileiros. Foi utilizada a metodologia de pesquisa quantitativa com abordagem descritiva. O período de estudo delimitado foi de 2005 à 2010 na população brasileira na faixa etária igual ou maior de 60 anos. Os dados de mortalidade e morbidade foram coletados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) utilizando a categoria de grande grupo de causas da CID 10 (X60 – X84 lesões autoprovocadas voluntariamente) e as taxas calculadas por 100 mil habitantes. Os resultados indicaram a tendência decrescente em todas as regiões do Brasil, mesmo no Sul onde a taxa de mortalidade se sobrepõe. A tendência de internação também apresenta um declínio considerável em várias regiões, porém a letalidade entre os homens é maior por usarem meios mais letais para o suicídio. O que se propõe é um plano de prevenção mais adequado, que absorva essa demanda na atenção primária em saúde.

Palavras-chaves: idosos, suicídio, suicídio em pessoas idosas, suicídio no Brasil.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Mortalidade por suicídio na população ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.....	21
Gráfico 2: Mortalidade por suicídio masculino com idade ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.....	22
Gráfico 3: Mortalidade por suicídio feminino com idade ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 – 2010.....	22
Gráfico 4: Taxa de Internação na população ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no BR por Região de 2005 à 2010.....	23
Gráfico 5: Taxa de internação na população masculina ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no BR por Região de 2005 à 2010.....	24
Gráfico 6: Taxa de internação na população feminina ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no BR por Região de 2005 à 2010.....	25
Gráfico 7: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.....	26
Gráfico 8: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população masculina ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.....	26
Gráfico 9: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população feminina ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS

BR – Brasil

CID 10 – Classificação Internacional de Doenças 10ª edição

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

RS – Rio Grande do Sul

SPA – Substâncias Psicoativas

SUS - Sistema Único de Saúde

UF – Unidades Federativas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	07
2. JUSTIFICATIVA.....	09
3. OBJETIVOS.....	10
3.1 OBJETIVO GERAL.....	10
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	11
5. REVISÃO TEÓRICA.....	12
5.1 COMPORTAMENTO SUICIDA E SUICÍDIO: UMA QUESTÃO MULTIFATORIAL.....	12
5.2 A POPULAÇÃO IDOSA E O SUICÍDIO.....	15
5.3 PREVENÇÃO DO SUICÍDIO E A SAÚDE PÚBLICA.....	18
6. RESULTADOS.....	21
6.1 A MORTALIDADE POR SUICÍDIO DE IDOSOS.....	21
6.2 INTERNAÇÕES POR LESÕES AUTOPROVOCADAS VOLUNTARIAMENTE.....	23
6.3 A LETALIDADE DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO.....	25
7. DISCUSSÃO.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
BIBLIOGRAFIA.....	33

1. INTRODUÇÃO

Mundialmente, o suicídio está em destaque nas causas de morte por violência e deixa para trás os acidentes de trânsito e homicídios (CHRISTANTE, 2010). No Brasil, as taxas de suicídio são baixas comparadas com as taxas mundiais (BRASIL, 2011) porém, há um crescimento de notificações de óbitos pelo mesmo motivo. Segundo Daolio (2010, p.254), “ o que se percebe é que existe um aumento constante de ano para ano dos índices de suicídio por 100.000 habitantes”.

O Ministério da Saúde (MS) em conjunto com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) considera como fatores de risco associados ao suicídio: o sexo masculino, a faixa etária, a situação econômica, a ocupação e a moradia (BRASIL, 2006a). Porém, devemos considerar outras causas para que um sujeito em intenso sofrimento realize ações contra a própria vida. Doenças graves, isolamento, transtornos mentais e dependência química são, segundo Mello (2000), situações de vulnerabilidade. Esses fatores merecem atenção não só da família, como agente sinalizador, mas também das equipes de saúde quanto as modificações de comportamento.

Há um aumento na expectativa de vida tanto no mundo, como no Brasil, onde a população acima de 60 anos vem crescendo desde o ano 2000. No Plano Nacional de Saúde (PNS) de 2012-2015 é colocado que a população acima de 60 anos terá uma “duplicação em termos absolutos, entre 2000 e 2020(...). Para 2050, projeta-se um número de 64 milhões de idosos” (BRASIL, 2011 p.13). Com o crescimento dessa população, as doenças, os processos orgânicos e psicológicos necessitam de atenção para prevenir o comportamento suicida.

A aposentadoria, a falta de ocupação, a rotina, a perda do companheiro, a ausência dos filhos ou entes queridos e possíveis doenças clínicas e mentais podem influenciar as ideações e tentativas de suicídio. Gawryszewski, Jorge e Koizumi (2004, p.100) colocam em seu artigo algumas perdas que influenciam quadros depressivos: “ abandono por parte dos familiares, a solidão, a perda do vigor físico, perda do status [...] doenças crônicas e proximidade da morte” são fatores de risco para essa faixa etária.

A questão do comportamento suicida em idosos prevalece desde que as taxas de óbitos aumentaram em comparação com os óbitos da população em geral. Para Minayo e Cavalcante (2010, p.751) “apesar de as taxas de suicídio serem

relativamente baixas, as que se referem à população na faixa etária acima de 60 anos são o dobro das que a população em geral apresenta [...]”.

As tentativas de suicídio e o suicídio geram transtornos emocionais, econômicos e sociais, não somente para a família, mas também para o coletivo. “O comportamento suicida exerce considerável impacto nos serviços de saúde e calcula-se que 1,4% da carga (*burden*) global ocasionada por doenças no ano de 2002 deveu-se a tentativas de suicídio” (BOTEGA, 2007, p.2).

A importância da pesquisa para promover ações de esclarecimentos e prevenção ao suicídio são necessárias, já que, há um aumento da expectativa de vida da população e, com isso, as dificuldades inerentes do processo do envelhecimento. Pinto, Assis e Pires (2012, p.1964) referem que “a importância de investigar os suicídios na população acima de 60 anos se deve a esse grupo etário estar crescendo no mundo e também no Brasil”. As referências teóricas sobre o tema são restritas apesar de ser um assunto relevante. Para efetivar políticas de saúde é necessário elaborar pesquisas e publicações sobre suicídio (ROCHA et al, 2007). A partir da pesquisa pretendemos enriquecer o acervo de estudos sobre o tema.

2. JUSTIFICATIVA

O interesse em desenvolver um estudo na área do suicídio vem da minha experiência na atuação em saúde mental não somente no serviço ambulatorial, mas também durante a internação psiquiátrica. Em relação a população idosa, os questionamentos iniciaram a partir da prática com essa faixa etária e queixas de ideia de morte e desvalia, seguidos de tentativas de suicídio. Entender o processo do envelhecimento e algumas crises do ciclo vital advindas sobre o desejo de morte motivaram ao meu estudo sobre a quantidade de pessoas idosas envolvidas no comportamento suicida.

Considerando os referenciais teóricos estudados sobre o tema e a preocupação da Organizações Mundial de Saúde em promover estratégias para prevenção, podemos considerar este como um problema de saúde pública a merecer atenção no Brasil e no mundo. Em 2006, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio com a elaboração e publicações de materiais para a área técnica além da Portaria nº1876 de 14 de agosto de 2006 que trata sobre aspectos de prevenção do suicídio. No mesmo ano a Organização Mundial da Saúde (OMS), publicou um manual de prevenção de suicídio para conselheiros.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Descrever as tendências temporais geográficas e os fatores de risco associados em suicídios de idosos brasileiros no período de 2005 a 2010.

3.2 Objetivos Específicos

- Calcular a taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente da população acima dos 60 anos por sexo e região;
- Calcular a taxa de internação por lesões autoprovocadas voluntariamente da população acima dos 60 anos por sexo e região;
- Calcular a letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente da população acima dos 60 anos por sexo e região;

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com abordagem descritiva utilizando dados secundários de morbidade e mortalidade por lesões autoprovocadas (X60 – X84) que inclui lesões ou envenenamento auto infligidos intencionalmente, segundo a Classificação Internacional de Doenças - CID 10 (Capítulo XX).

A população estudada foi de idosos a partir de 60 anos em geral e por sexo em cada Unidade Federativa do Brasil no período de 2005 a 2010.

A coleta de dados foi realizada através do banco de dados nacional do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Os dados foram analisados usando o *LibreOffice Calc* e calculados a partir dos dados de óbitos e internações por lesões autoprovocadas voluntariamente da população total e por sexo.

Foram realizados cálculos a partir das seguintes equações, segundo os dados coletados:

Taxa de Mortalidade por Suicídio

$$\frac{\text{óbitos}(\text{lesões autoprovocadas voluntariamente} \geq 60 \text{ anos}) * 100000}{\text{população} \geq 60 \text{ anos}}$$

Taxa de Internação por Suicídio

$$\frac{\text{internação}(\text{lesões autoprovocadas} \geq 60 \text{ anos}) * 100000}{\text{população} \geq 60 \text{ anos}}$$

Letalidade

$$\frac{\text{óbitos}(\text{lesões autoprovocadas voluntariamente} \geq 60 \text{ anos})}{\text{óbitos} + \text{internação}(\text{lesões autoprovocadas voluntariamente} \geq 60 \text{ anos})}$$

Para o referencial teórico foram pesquisadas nas bases de dados da SciELO (Scientific Eletronic Library), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), Portal CAPES e Google Acadêmico. Os descritores utilizados para a pesquisa foram: “suicídio”, “suicídio em pessoas idosas”, “suicídio no Brasil”, “comportamento suicida”. Contemplou-se artigos da língua portuguesa e espanhola, sem período delimitado de publicação.

5. REVISÃO TEÓRICA

5.1 Comportamento Suicida e Suicídio: uma questão multifatorial.

O significado de suicídio compreende diversas dimensões, porém define como “todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado”(DURKHEIM, 2000, p.14)

A palavra suicídio vem do latim *sui* “próprio” e *caedere* “matar”, surge no século XVIII passando a ser mais utilizada em 1734 com o Iluminismo. Historicamente, o suicídio era condenado pela população e pelas leis de alguns governos (SILVA, 1992). Luis XIV de Bourbon (França) emitiu um decreto lei criminal em 1670 onde determinava que, o corpo do suicida era jogado na rua e seus bens confiscados.

Atualmente, o ato de cometer suicídio está ligado a sofrimentos, frustrações, doenças e incapacidades. Apesar do tabu histórico, esse tema está :

“[...] associado a necessidades frustradas ou insatisfeitas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos ambivalentes entre sobrevivência e estresse intolerável, um estreitamento de opções percebidas e uma necessidade de fugir; a pessoa suicida envia sinais de sofrimento” (SADOCK e SADOCK, 2007, p.972).

Sobre os aspectos sociais, Durkheim (2000, p.423) refere que “o suicídio constitui uma tara moral embora a opinião pública parece tender a tornar-se, sob esse aspecto, mais indulgente do que outrora, por outro lado ele não deixa de se manter algo de seu antigo caráter criminoso”.

O comportamento suicida é um fenômeno multifatorial e classificado segundo Turecki (1999) por ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio de fato. A atenção com o comportamento e discurso revelam situações de cuidado. Pensamentos de morte, perda da autoestima e isolamento são sintomas que requerem atenção. As tentativas de suicídio são práticas intencionais de autoagressão que podem, ou não, resultarem de internações hospitalares. As tentativas de baixa letalidade são consideradas como um pedido de ajuda, ocorrendo em momentos de crise interpessoal e social de um indivíduo (BAHLS, BOTEAGA, 2007 *apud* MANN, 2002).

Para definição de comportamento suicida, apoiada pela OMS, Werlang e

Botega (2004, p.17) referem que:

“[...] comportamento suicida como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato. Essa noção possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um *continuum*: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativa de suicídio e, finalmente, suicídio [...]”.

Além da definição, a OMS coloca a violência autodirigida como fonte do comportamento suicida advindo de possíveis pensamentos de morte, tentativas e o próprio suicídio e, também, de situações de automutilações (MINAYO e CAVALCANTE, 2010).

Questionamentos sobre o suicídio e os motivos que levam o sujeito recorrer a tal atitude nos fazem pensar nos caminhos que os mesmos percorrem e que situações os levam a essa violência. Muitos profissionais buscam respostas para esse efeito, e se tem pesquisado através de diferentes abordagens sobre os fatores de risco para o suicídio.

Fatores de risco para o comportamento suicida estão associados a doenças e transtornos mentais, uso de substâncias psicoativas (SPA), doenças terminais e degenerativas, dificuldades sociais, ambientais e econômicas, além de tentativas prévias (MINAYO e CAVALCANTE 2010; MENEGHEL et al 2004).

Diferentes variáveis podem aumentar o risco de suicídio. Para Sadock e Sadock (2007, p. 972) “os homens cometem suicídio quatro vezes mais que as mulheres, uma taxa que é estável em todas as idades”. O risco aumenta com a idade, com pessoas isoladas socialmente, com história de suicídio na família e, com relação a raça, o mesmo autor aponta que “dois em cada três suicídios são de homens brancos”(p.973).

Os transtornos mentais são fatores significativos para o comportamento suicida como transtornos depressivos, esquizofrenia, uso substâncias psicoativas (SPA) com ênfase no álcool, transtornos de personalidade e ansiedade. (OMS, 2002; BOTEGA et al, 2006; SADOCK e SADOCK, 2007; BESSA, 2010).

Teorias sociológicas, psicológicas e biológicas tentam entender e explicar esse comportamento. Marx e Durkheim abordam o suicídio através da sociologia e das relações sociais e da interação com o indivíduo.

Karl Marx, filósofo alemão, pai do socialismo científico, publicou em 1846, na

Alemanha, o livro “Peuchet: sobre o suicídio”. Nele faz referência a sociedade e ao sistema de governo onde estão ligadas as relações sociais dos indivíduos. Rodrigues (2009) em um estudo sociológico aponta que Marx faz uma crítica social ao modo de produção com a vida particular da sociedade. Para Seki (2011, p.139) não poderíamos ser indiferentes ao tema:

“[...] o suicídio, um fenômeno que facilmente poderia passar distante de nossas análises sobre os conflitos entre as relações sociais de produção e o desenvolvimento das forças produtivas, ficando marginalizado às hipóteses psicodinâmicas – que, com todo prazer, cumpriram e cumprem seu papel explicativo e justificador, sempre dispostas a apontar para o sujeito e encontrar algo de errado em suas 'mentes' ou em seu 'caráter”.

O compromisso de Marx com a vida, trazendo a sociologia para outros campos de estudos e contemplando o sujeito como ser social fica claro no trecho dessa resenha.

A obra “O Suicídio” de Émile Durkheim, sociólogo francês, um dos fundadores da sociologia moderna, foi publicada na França em 1897. Nessa obra o autor questiona como os processos sociais agem sobre o coletivo de indivíduos. Faz uma aproximação entre a área científica e a social. Durkheim apresenta o suicídio através de “sistemas de representações coletivas”(RODRIGUES, 2009, p.701). O fato do indivíduo sentir-se útil e inserido no meio social lhe dá empoderamento de sua vida.

“É necessário que, não apenas de quando em quando, mas a cada instante de sua vida, o indivíduo possa perceber que o que ele faz tem um objetivo. Para que sua existência não lhe pareça vã, é preciso que ela a veja, de modo constante, servir a um fim que lhe diga respeito imediatamente. Mas isso só é possível desde que um meio social mais simples e menos extenso o envolva de mais perto e ofereça um fim mais próximo a sua atividade”(DURKHEIM, 2000, p.489).

Freud e Menninger escreveram sobre o suicídio como uma forma reprimida do desejo de matar, como estrutura inconsciente. Sadock e Sadock (2007, p.977) referem que, Freud em seu livro “Luto e Melancolia”, aborda que o suicídio “representa agressão voltada para si contra um objeto de amor introjetado, investindo de forma ambivalente.” As teorias psicológicas entendem que o processo do suicídio deriva de inúmeras projeções do sujeito acerca das vivências e de como internaliza e lida com essas informações e sofrimentos.

O comportamento suicida advém de diferentes aspectos e situações. A biologia e a genética também realizaram estudos para ajudar na elucidação desse fenômeno. Sabe-se que o suicídio está ligado, não somente a doenças mentais e

fatores de risco, mas também a fatores biológicos e genéticos. Estudos apontam que há uma diminuição da atividade serotoninérgica no comportamento suicida (TURECKI, 1999; SADOCK e SADOCK, 2007; VALLADOLID, 2011). Valladolid (2011) coloca que os fatores genéticos são independentes do indivíduo ter, ou não, doença mental.

A história de vida é repleta de informações importantes para analisar o suicídio, mas a genética também está ligada a esse comportamento. Turecki (1999) aponta sobre a carga genética conferir maior disposição ao suicídio, assim como, “a transmissão do comportamento suicida é independente da segregação familiar e da morbidade psiquiátrica” (p.2).

O misto de situações e fatores neuroquímicos/biológicos que estão envolvidos no processo de adoecimento e na perda da vontade de viver, demonstram que o sofrimento do indivíduo chegou a um momento de estafa, a identificação do problema deve ser primária. Essas condições devem ser analisadas de forma a auxiliar na prevenção e na promoção de tratamentos que diminuam o risco para o fato.

5.2 A População Idosa e o Suicídio

Para a OMS a população idosa se classifica a partir dos 65 anos para países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento (SILVA et al, 2011).

No Brasil, o envelhecimento populacional é resultante de uma reestruturação demográfica decorrentes de melhorias nas políticas públicas de atenção à saúde, previdência e assistência social. Closs e Schwanke (2012, p.11) relatam que as mudanças são resultados de “melhoria na vida dos indivíduos, com maior acesso aos serviços de saúde, cobertura previdenciária, medicamentos e alimentação, bem como de melhores condições sanitárias”.

O crescimento da população idosa e a expectativa de vida repercute na saúde pública e no impacto para o desenvolvimento de estratégias e ações que visem a qualidade de vida da terceira idade e um olhar atento para os problemas sociais (BRASIL, 2011; PORCU et al, 2002).

Ao envelhecer o sujeito vai acarretando uma série de perdas significativas, não somente orgânicas, mas também emocionais e sociais. “O crescimento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade se relaciona com

processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa a se autodestruir” (MINAYO e CAVALCANTE, 2010, p.751 apud BEESTON, 2006).

Pensar no comportamento suicida nessa população é estar de acordo com o que os dados e pesquisas apontam sobre a situação atual. MATEUS et al (2008-2011) retoma sobre a fatalidade desse comportamento em idosos, devido a métodos mais letais utilizados pelos mesmos e os processos biológicos ligados ao envelhecimento.

Os transtornos mentais, principalmente a depressão e o alcoolismo, aparecem na maioria dos artigos publicados como fatores de risco para o suicídio. (BOTEGA et al, 2006; SILVA et al, 2006; PIRES et al, 2009; RÁBAGO et al, 2010; BESSA, 2010; BARRERO, 2012). No entanto, outras situações de vulnerabilidade não estão associadas a transtornos mentais ou de origem orgânica. Sexo, faixa etária, cor, estado civil, fatores socioeconômicos e psicossociais também são fatores identificados como risco para o comportamento suicida.

Pires et al (2009), relatou que, entre os idosos, o sexo masculino e a faixa etária a cima de 75 anos, a cor branca e residir em área urbana são fatores preditores para o comportamento suicida, mas também a falta de um relacionamento conjugal, o desemprego, o isolamento social, a perda de pessoas da família, a impulsividade, entre outros, são considerados fatores de risco a serem observados.

Após as considerações realizadas acerca dos fatores preditores para o suicídio, pensar nos idosos enquanto população a ser estudada é relevante, visto que há um aumento nas taxas de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente.

Bertolote e Fleischmann (2004) estimam que a taxa de mortalidade tem uma tendência a aumentar com a idade, onde a taxa é oito vezes maior do que entre os jovens.

Estudos comprovam que a elevação das taxas de mortalidade são predominantes em indivíduos idosos (LOVISI et al, 2009; CAVALCANTE e MINAYO, 2012; SELEGHIM et al, 2012). O aumento da população e as condições orgânicas e psicossociais de alguns sujeitos predispõe que, os mesmos, estejam vulneráveis aos fatores de risco.

Em relação ao sexo, os homens representam a maior taxa de mortalidade por suicídio do que as mulheres. A OMS (2002, p.80) apresenta que a “taxa de suicídio é quase universalmente mais elevada entre homens, em comparação com as

mulheres, por um coeficiente agregado de 3,5:1". Alguns estudos falam sobre comportamentos masculinos ligados ao sucesso da tentativa de suicídio. Viana et al (2008, p.39) em sua pesquisa sobre prevalência de suicídio no sul do Brasil aponta sobre a diferença entre os sexos:

"Não se sabe exatamente a causa dessa diferença, porém acredita-se que os homens tenham comportamento de competitividade e impulsividade maior que as mulheres [...], e buscam maior acesso a tecnologias letais e armas de fogo, métodos que acarretam lesões fatais mais rapidamente."

O homem, por sua natureza, traz consigo comportamentos inatos que, por sua vez, associados aos fatores de risco, insere-se com mais facilidade ao comportamento suicida. Meneghel et al (2004) trazem que certos comportamentos suicidas estão envolvidos com o desempenho da masculinidade. O papel que o homem ocupa na sociedade e a demanda que se espera dele, culturalmente, deixa-o mais sensível e vulnerável as dificuldades inerentes do envelhecimento e perda do papel provedor e social.

Esse papel constituído no coletivo, é também, demonstrado quando há o surgimento de sintomas depressivos ou questões sociais e culturais que não estão mais sobre o domínio do próprio indivíduo masculino. A procura por ajuda quanto a questões importantes em relação ao seu bem estar ainda aparecem e são dificuldades para esse sexo. Minayo, Meneghel e Cavalcante (2012, p.2665), reproduzem que "quando afetado pela doença, ele tende a se calar e não buscar apoio". Essa tendência ao silêncio e a dificuldade em verbalizar certas situações estão associadas na maneira de como a subjetividade masculina se insere socioculturalmente no cotidiano (CÔRTE et al, 2009, p.637).

Enquanto as tentativas de suicídio são mais letais na população masculina, a literatura mostra que, no contexto feminino, essas tentativas estão associadas diretamente. Selegim et al (2012), aponta que as tentativas de suicídio estão associadas as mulheres e que, entre os métodos utilizados, os medicamentos são os principais.

O desempenho de papéis que a mulher ocupa na sociedade, a torna mais flexível, em comparação ao homem, com as perdas do envelhecimento. A mulher segue como cuidadora do lar ou como referência para a família mesmo após o envelhecer. Para Meneghel et al (2004, p.808): "a menor ocorrência de suicídio entre as mulheres tem sido atribuída à baixa prevalência de alcoolismo, à religiosidade, às

atitudes flexíveis em relação as aptidões sociais e ao desempenho de papéis durante a vida” . Botega et al (2006, p.215) explica que “pessoas com maior envolvimento religioso de um modo geral possuem menores taxas de suicídio”.

Além da questão religiosa e social, culturalmente, a mulher idosa foi educada nos moldes de cuidadora. Essa educação imposta culturalmente, que ainda hoje é prevalectida em muitas famílias. “As mulheres idosas foram socializadas segundo as normas que negam as próprias necessidades para cuidar do outro, quer seja o marido, os filhos ou os familiares” (MENEHEL, 2012, p.1984).

Conforme Minayo et al (2012, p.2672), as mulheres “mesmo na velhice, elas costumam dar continuidade a suas funções de cuidadoras, a exercer atividades domésticas e a ter uma relação mais próxima e comunicativa com os familiares e com a comunidade vacinal”.

Em contrapartida, as mulheres mesmo com o cuidado com o outro se preocupam muito mais com sua saúde e procuram com mais facilidade o serviço especializado, se necessário. Estudos sobre suicídio descrevem que as mulheres tem mais facilidade de reconhecer sintomas e dificuldades e procuram o médico ou a rede social (MENEHEL et al, 2004; MINAYO et al, 2012).

Contudo, mesmo com a diferença entre os sexos apresentada pela literatura, o risco de suicídio nessa população existe e deve ser considerado, para incluir capacitação nas equipes de saúde e assistência social. O incentivo de reinserir esse idoso no território no qual faz parte é necessário para uma reformulação de papéis dentro da sociedade.

5.3 Prevenção do Suicídio: uma questão de saúde pública.

O suicídio é apontado por vários estudiosos, inclusive pela OMS (2002), como um problema de saúde pública. Com o aumento da expectativa de vida, o número de pessoas com mais de 60 anos estar em constante crescimento, as pesquisas e estratégias de inserção do tema nas medidas preventivas devem ser priorizadas. O tabu sobre o assunto deverá dar lugar a esclarecimentos e com isso a quebra de preconceitos entre as pessoas.

Falar em prevenção, é percorrer por todas as esferas da saúde e assistência social. Além da sensibilização dos profissionais envolvidos até a forma de como se apresenta o assunto para a sociedade.

Muito se tem feito para articular a prevenção do comportamento suicida e atenção aos momentos de crise porém, ainda está aquém das necessidades. Quando uma pessoa se suicida, afeta outras pessoas que fazem parte do convívio social, portanto não é só um problema pessoal, mas também social.

Considerando que o suicídio é questão multifatorial e complexa, a prevenção se faz necessária em diferentes esferas: nas escolas, no trabalho, no lazer e nos poderes políticos, e também nos setores de ações em saúde (BRASIL, 2007).

A OMS e o Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais de saúde já organizaram alguns materiais que abordam o tema em diferentes esferas. A OMS publicou diversos relatórios sobre o tema para diferentes categorias profissionais como: o Relatório Mundial sobre o suicídio ; Prevenir o suicídio: um guia para profissionais da mídia; Prevenção do suicídio: manual para professores e educadores e manual para médicos clínicos gerais, todos no ano de 2000. Em 2006, foi publicado um manual sobre a Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros pela OMS e o Manual dirigido aos profissionais das equipes da saúde mental pela OPAS em parceria com o Ministério da Saúde. A secretaria de saúde do Estado do Rio Grande do Sul, em 2011, criou um Manual de Prevenção do Suicídio para orientações e formação das redes municipais de atenção à saúde.

Entende-se que há um esforço dos poderes públicos nacionais e internacionais em propor debates e oferecer materiais para trabalhar a prevenção do suicídio, desde o início do comportamento alterado, interpretando os sinais que os indivíduos apresentam.

Ao sinalizar o suicídio como multifatorial, a prevenção também atravessa um percurso onde as intervenções sejam realizadas desde o nascimento até o envelhecimento, com atenção as questões orgânicas e psicossociais. Lovisi et al (2009) mostra que na revisão da literatura a ausência de apoio social e dificuldades socioeconômicas aumentam os riscos em indivíduos vulneráveis.

Esse trabalho preventivo deve ser realizado em todas os campos da saúde e, de preferência, por todos os profissionais dessa área. Com a qualificação dos profissionais sobre esse tema, o indivíduo em sofrimento poderá ser atendido e assim evitar que chegue ao suicídio de fato. “A prevenção desse ato não é um problema exclusivo das instituições de saúde mental, psiquiatras e psicólogos, mas sim de toda a comunidade, suas organizações, instituições e comunidade” (BARRERO, 1999, p.213). Daolio (2010) também traz sobre o acolhimento dessas

peças na atenção primária e, que a melhora da detecção e manejo de sinais e sintomas são importantes na prevenção do suicídio.

Os gestores devem proporcionar aos profissionais de saúde qualificação e educação permanente, não somente sobre a área clínica, mas também sobre doenças mentais. Profissionais que não estão acostumados com essa demanda apresentam despreparo e dificuldade em lidar com esses fenômenos.

O tratamento e cuidado dos fatores de risco são fundamentais para a prevenção. A depressão ou outro transtorno mental, e o uso de álcool devem ser tratados e acompanhados pela equipe das unidades de saúde e serviço especializado.

O Brasil tem realizado um esforço importante em relação ao suicídio. Em 2005 montou um grupo com representantes sociais (governo, sociedade civil, universidades) para elaborar políticas públicas de prevenção do suicídio (Portaria nº 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005). Nesse mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu diretrizes para que a prevenção do suicídio fosse implantada em todas as unidades federativas do Brasil (Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006).

As estratégias de prevenção ao suicídio devem proporcionar aos indivíduos e suas famílias acometidas por esse sofrimento espaços de escuta e enfrentamento das dificuldades afim de buscar outras soluções para os problemas.

“ aspectos como a promoção da qualidade de vida, a criação de estratégias de comunicação e sensibilização em relação a esse fenômeno, promoção de cuidados à população que contemplam acesso a modalidades terapêuticas, estímulo a pesquisa e disseminação de informações sobre tentativa e suicídios propriamente dito, assim como a promoção de educação permanente de profissionais da saúde pública” (BOTEGA et al, 2006 p.219).

Proporcionar melhora na qualidade de vida das pessoas está direcionado as políticas públicas e assistência social que estimulam o hábito de vida saudável e a mudança do padrão cultural com melhora na relação com a família e amigos.

6. RESULTADOS

6.1 A Mortalidade por Suicídio de Idosos

Durante o período do ano de 2005 à 2010 foram analisados os números de óbitos por lesões autoprovocadas voluntariamente e a população de pessoas na faixa etária igual ou superior a 60 anos em todas as Unidades Federativas do Brasil para calcular a mortalidade dessa população.

A tendência temporal apresenta que a mortalidade entre idosos ≥ 60 anos mostra um declínio nas regiões Sul (S) e Centro Oeste (CO). As regiões Norte (N), Noroeste (NE) e Sudeste (SE) mantiveram as taxas de mortalidade praticamente estáveis, oscilando pouco no período estudado.

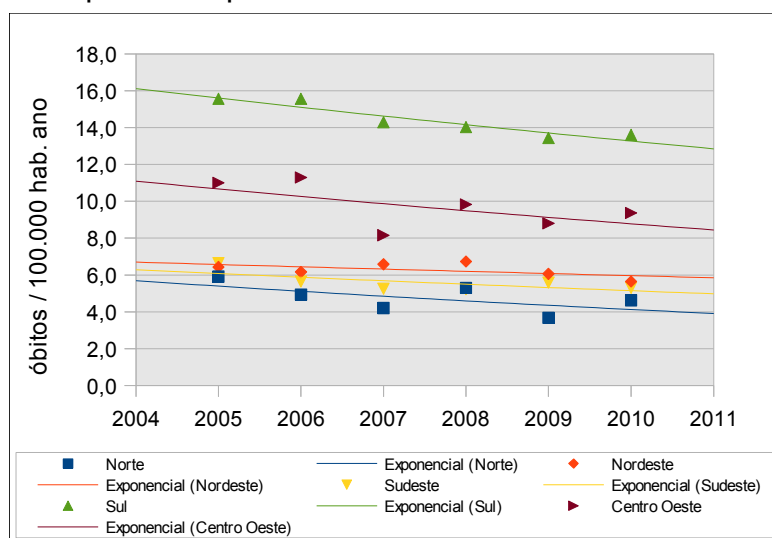


Gráfico 1: Mortalidade por suicídio na população ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.

Entre todas as regiões do Brasil, o Sul concentra a maior taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas, 14,4/100.000 habitantes e, entre os estados que a compõem, o Rio Grande do Sul apresenta a média mais elevada em comparação com a própria região (19,0/100.000 habitantes).

A região Norte, com sete unidades federativas, detém a menor taxa do Brasil, na média de 4,8/100.000 habitantes.

A média da mortalidade no Brasil entre os homens com idade ≥ 60 anos entre os anos de 2005 à 2010 é de 13,6 /100.000 habitantes. Entre as regiões, a média é maior no Sul (S) e Centro Oeste (CO).

A tendência temporal do sexo masculino referente a mortalidade por suicídio (gráfico 2) mostra que há um declínio na mortalidade entre o período estudado em

todas as regiões do Brasil, principalmente no Sul (S) e Centro Oeste (CO) onde as médias são maiores e, o Norte (N).

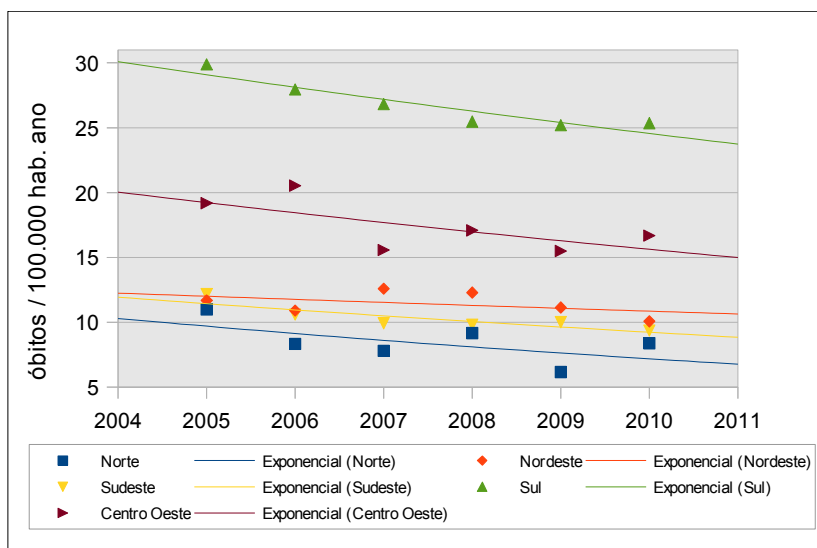


Gráfico 2: Mortalidade por suicídio masculino com idade ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.

Na população feminina e idosa no Brasil, a mortalidade por suicídio entre 2005 à 2010 resultou na média de 2,4/100.000 habitantes, no entanto a região Sul apresenta, aproximadamente o dobro na média nacional.

As linhas do gráfico 3 apresentam pouca variação, porém a linha de tendência da região Sul (S) está em declínio mais acentuado.

Analisando a mortalidade na população idosa (≥ 60 anos) e classificando por sexo nota-se que há uma diminuição, ainda que pequena, nas médias de mortalidade por suicídio. Algumas regiões apresentam a mortalidade maior que a média brasileira. Considera-se nesses casos, a cultura e os fatores de risco de determinadas populações.

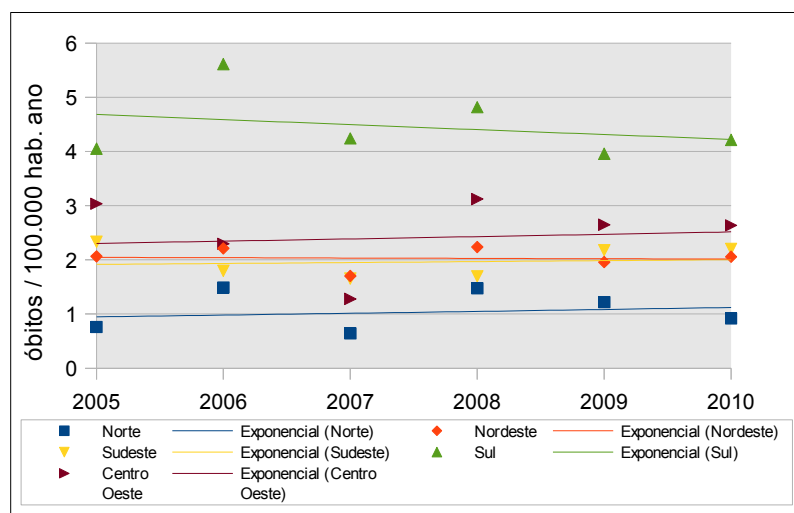


Gráfico 3: Mortalidade por suicídio feminino com idade ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.

Entre a análise conforme os sexos durante o período estudado, os homens se suicidam mais que as mulheres, confirmando a literatura pesquisada sobre o tema, por utilizarem meios mais letais de autoagressão e pelos fatores socioculturais aos quais são impostos pela sociedade.

6.2 Internações por Lesões Autoprovocadas Voluntariamente

Para estudar as internações por comportamentos suicidas foram pesquisados dados de internação por grande grupo da CID-10 de lesões autoprovocadas voluntariamente na faixa etária a partir dos 60 anos. Também foram realizados análise das internações por sexo.

No que se refere a taxa de internações por lesões autoprovocadas voluntariamente, o Brasil mantém a média de 3,9/100.000 habitantes no período de 2005 à 2010. No entanto, ao contrário da mortalidade, a região Norte apresenta o maior número de internações, com a média de 12,1/100.000 habitantes e o Sul com a taxa mais baixa, de 2,7/100.000 habitantes no mesmo período.

Entre os estados que pertencem ao Norte do país, o Acre contempla a maior média de internação 54,8/100.000 habitantes e, por conseguinte, o Pará com 17,5/100.000 habitantes. No Sul, o estado com menor taxa de internação é o Rio Grande do Sul, que durante o período apresentou maior mortalidade.

Na região Norte, onde a taxa de internação é mais elevada, a linha de tendência aponta um declínio nesses 5 anos analisados. Na região Centro Oeste também é decrescente. As internações nas outras regiões se mantiveram com pouca variação e a região Sul com leve aumento.

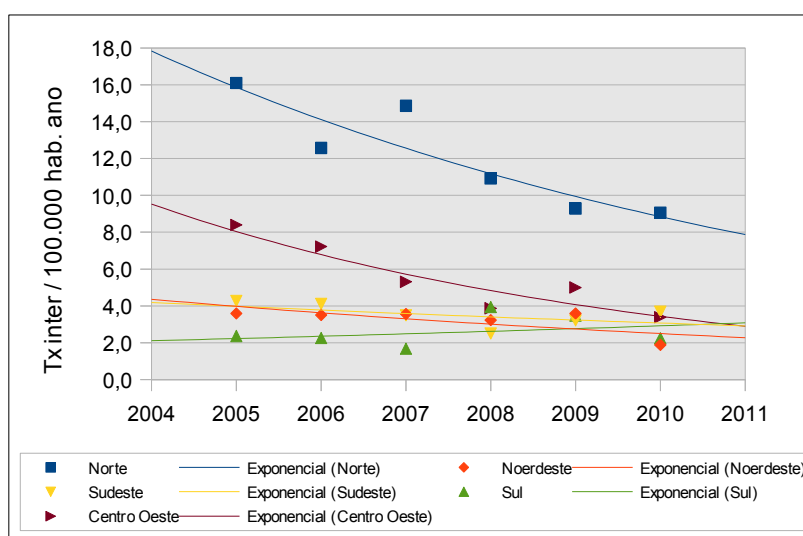


Gráfico 4: Taxa de Internação na população ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no BR por Região de 2005 à 2010.

A questão das internações psiquiátricas ainda é bastante discutida após a reforma psiquiátrica que prevê o fechamento dos leitos psiquiátricos e abertura de serviços substitutivos. Contudo, percebemos que o número de internações por tentativas de suicídio está decaindo, porém segue a necessidade de leitos hospitalares para essa demanda.

Os homens idosos apresentam maior mortalidade que as mulheres, no que se refere a internações, as médias são menores. Analisando as linhas de tendência masculina, a regiões Norte, Centro Oeste e Sudeste estão em declínio acentuado, no Sul o declínio é pequeno e no Nordeste permanece estável. O que se observa nas linhas de tendência entre mortalidade e internação nessa população é o fato de que o declínio nas taxas acontece em ambas nas mesmas regiões com exceção da região Sul.

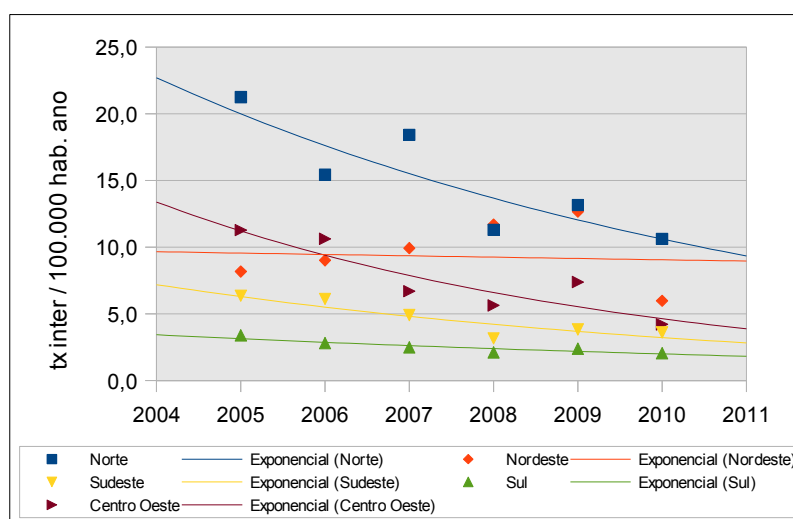


Gráfico 5: Taxa de internação na população masculina ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no BR por Região de 2005 à 2010.

Dentre as internações dos homens idosos, a região Norte contempla a maior taxa de internação – 15,0/100.000 habitantes - enquanto o Sul do país registra a menor taxa – 2,5/100.000 habitantes. A média de internações por lesões autoprovocadas voluntariamente no Brasil é de 6,4/100.000 habitantes.

As internações femininas durante 2005 até 2010 representam a média de 2,8/100.000 habitantes. No gráfico 6 as linhas de tendência que representam as regiões mostram que, no Norte, Centro Oeste e Nordeste há um declínio na taxa de internação conforme o ano. No Sul, as taxas aumentaram e no Sudeste permaneceu sem modificações. A região Norte se destaca com a média de 9,5/100.000 habitantes, onde os estados do Acre e Pará regulam em 16,3/100.000 habitantes e

16,1/100.000 habitantes, respectivamente.

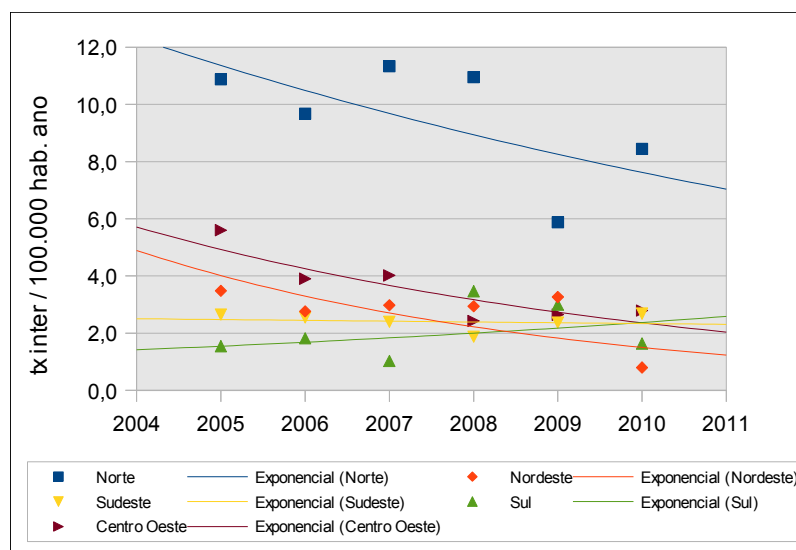


Gráfico 6: Taxa de internação na população feminina ≥ 60 anos por lesões autoprovocadas voluntariamente no Brasil por Região de 2005 - 2010.

Ao analisar os gráficos de tendência de internação se verifica uma diminuição nas internações por tentativas de suicídio. A redução de leitos em hospitais psiquiátricos e medidas de cuidados em atenção primária e serviços substitutivos são importantes para atuar na prevenção e no cuidado dessa população..

6.3 A Letalidade das Tentativa de Suicídio

Estudamos as tendências referentes a mortalidade e internações por lesões autoprovocadas voluntariamente na população idosa no Brasil. No entanto, o questionamento da letalidade dessas ações nessas pessoas são apresentados para esclarecer e debater com a literatura.

O percentual das letalidades por lesões autoprovocadas voluntariamente na população ≥ 60 anos no decorrer dos anos de 2005 à 2010 no Brasil é de 66%. Isso demonstra que a questão do suicídio, no caso de idosos, é uma problemática de saúde pública.

Nas linhas de tendência (gráfico 7) das regiões brasileiras, o que se nota é que no Sul a letalidade vem caindo gradualmente, enquanto no Norte (N), Centro Oeste (CO) e Nordeste (NE) a letalidade aumentou e , em 2009, o CO e NE chegaram na mesma porcentagem.

Apesar do Sul apresentar o percentual letal mais elevado do Brasil, 84%, é a

única região que vem reduzindo a letalidade nessa população. O Sudeste teve um aumento pequeno acima de sua porcentagem de origem.

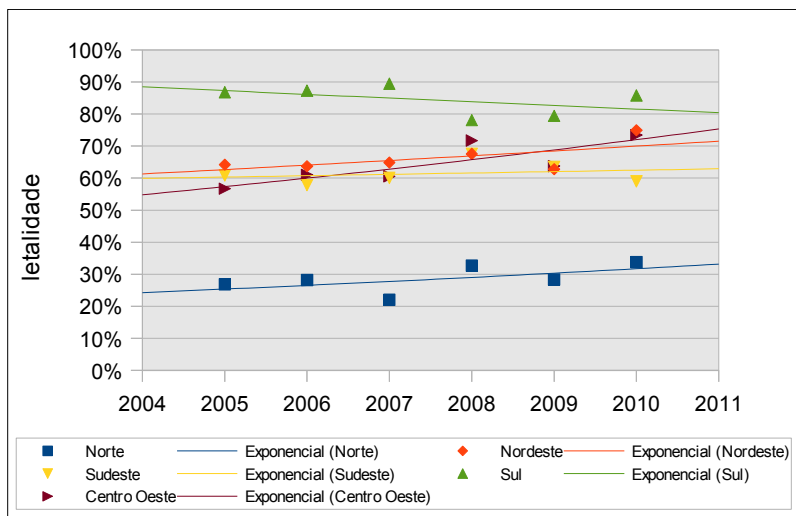


Gráfico 7: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.

A tendência temporal da letalidade (gráfico 8) na população masculina se difere em alguns pontos da população total estudada. As regiões Centro Oeste e Norte seguem em elevação na letalidade das tentativas de suicídio, juntamente com o Sudeste. A região Nordeste apresenta pouco declive e permanece na mesma faixa percentual. A letalidade desse comportamento no Sul aumentou, aproximadamente, 10% em relação ao ponto inicial.

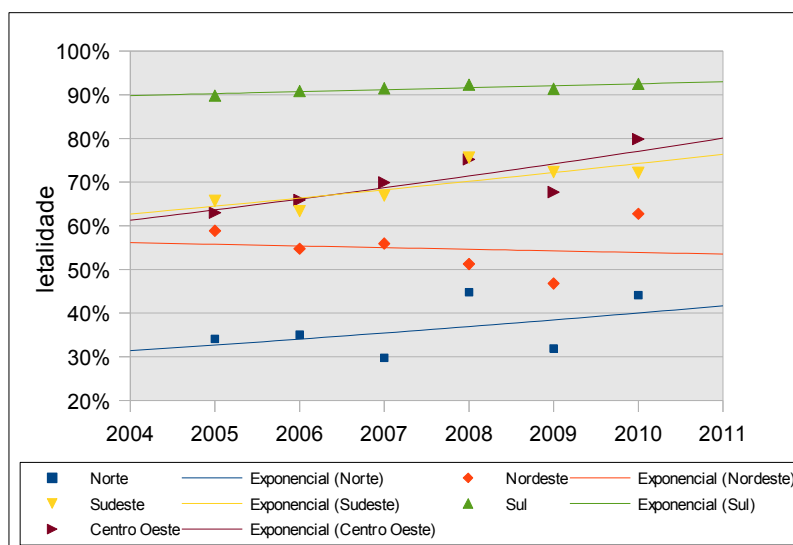


Gráfico 8: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população masculina ≥ 60 anos no BR por Região de 2005 à 2010.

A média percentual da letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente de homens com idade ≥ 60 anos no Brasil é de 68% e, destacando as regiões com maior e menor letalidade, o Sul compõem 91% e o Norte com 37%, respectivamente.

A população feminina, conforme revisão de literatura tentam o suicídio com mais frequência que os homens utilizando-se de medicamentos como método. Conforme os dados pesquisados e apresentados, elas indicam maior taxa de internação, mas a menor incidência de letalidade entre os sexos.

No Brasil, a letalidade do comportamento suicida em idosas no período de 2005 à 2010 foi de 46%. O percentual das regiões brasileiras foram de 69% para o Sul e 11% para o Norte. O Sudeste, Centro Oeste e Nordeste permaneceram com números bem próximos, 45%, 42% e 45%, respectivamente.

Através do gráfico 9 de linhas de tendência se observa que as regiões Nordeste e Centro Oeste apresentam linhas crescentes regulando o percentual em alguns períodos temporais. No Norte também há um aumento da letalidade e o Sudeste com estabilidade nesse indicador.

O Sul, apesar do percentual alto, mostra um decréscimo na letalidade das ações pelas mulheres idosas da região.

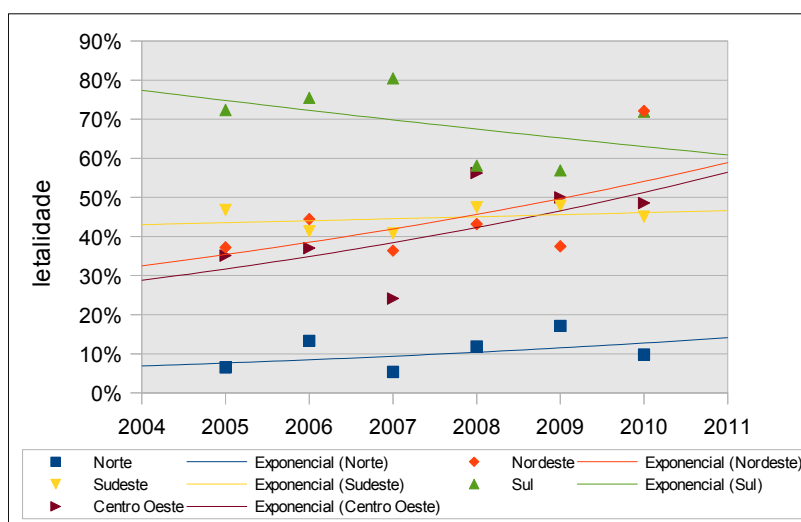


Gráfico 9: Letalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente na população feminina ≥ 60 anos no Brasil por Região de 2005 à 2010.

Não foram encontrados nas literaturas pesquisadas, artigos que abordassem a letalidade em pacientes idosos. O que se propõe é ao longo do ciclo vital e com as mudanças orgânicas do corpo, o idoso fica mais vulnerável a lesões, com dificuldades maiores na reabilitação.

7. DISCUSSÃO

Ao analisar os dados da pesquisa, alguns pontos importantes a serem considerados para a discussão serão apresentados a seguir.

Os dados mostraram que, entre os sexos analisados, os homens idosos se suicidam mais que as mulheres, ou seja, suas tentativas são bem sucedidas. No geral, eles se suicidam mais que elas em qualquer faixa etária. O sexo masculino utiliza meios mais violentos em suas tentativas (CHRISTANTE, 2010). O homem utiliza, frequentemente armas de fogo, enquanto que, a mulher tenta suicídio através de ingestão medicamentosa em excesso ou envenenamento. Defensivos agrícolas e enforcamento estão entre métodos utilizados por ambos os sexos (MARÍN-LEON e BARROS, 2003; BERTOLOTE, 2010).

Socialmente, o homem representa um papel de provedor da família, sujeito de poder. Quando envelhece, se aposenta, perde alguém próximo da família ou sua companheira, além de outros fatores de risco já citados na revisão de literatura, quando perde esse papel social fica vulnerável ao comportamento suicida.

Para Minayo e Cavalcante (2010) as mulheres apresentam mais pensamentos de morte enquanto os homens efetivam o suicídio. As mulheres costumam falar mais sobre seus sofrimentos com familiares e amigos, porém os homens tendem a ser mais introspectivos em relação a sua situação emocional.

A vulnerabilidade para o suicídio entre os sexos se define de acordo com os fatores de risco e a representação social na qual foram inseridos. Meneghel et al (2012) propõe que os suicídios entre homens são motivados pela crise da masculinidade, ou seja, o fato de não conseguirem se adaptar as mudanças da idade e papéis sociais.

Em contraponto, as mulheres idosas costumam dar continuidade ao seu papel social. Seguem com a responsabilidade do cuidado, vínculos com familiares e amigos, se inserem em atividades religiosas e procuram ajuda mais facilmente, quando doentes. Esses são fatores considerados de proteção para o suicídio. Pinto et al (2012a) considera que além das mulheres utilizarem meios menos letais para o suicídio, procuram ajuda dentro do seu território social.

Dentro das regiões brasileiras analisadas sobre a letalidade, verificou-se que o Sul vem diminuindo ao longo do período estudado ao mesmo tempo que a taxa de mortalidade é alta na mesma região. O interessante em destacar é que a letalidade

aumenta nas outras regiões que apresentam mortalidade menor.

As internações por tentativas de suicídio e os serviços especializados são fatores importantes para pensar na diminuição da letalidade desse comportamento no Sul do Brasil. Outra situação são os serviços especializados e a assistência à saúde mental na atenção primária. Na região Sul, até 2010 havia 318 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Brasil (BRASIL, 2013).

Candiago e Abreu (2007) realizaram um estudo sobre as internações psiquiátricas e observaram que o Rio Grande do Sul tem uma proporção acima da média no que se refere a internações psiquiátricas em hospitais gerais e demonstra a avançada reestruturação da assistência psiquiátrica em curso no Brasil.

No entanto, os gaúchos apresentam elevada mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em comparação com os outros estados. Meneghel et al (2004) consideram que, no RS, a mortalidade por suicídio está associada entre os agricultores. Londres (2011) aponta uma série de pesquisas que indicam a relação de agrotóxicos organofosforados em suicídios em agricultores.

Quatro cidades gaúchas contribuem para o *ranking* de mortalidade do estado, Venâncio Aires, Santa Cruz do Sul, Candelária e São Lourenço do Sul. Essas cidades são localizadas em regiões de produção agrícola, especialmente de fumo, e de colonização alemã que são, culturalmente, intolerantes aos insucessos e vergonhas (NOGUEIRA, 2010).

Os agrotóxicos organofosforados assim como fungicidas composto por manganês, em casos de intoxicações, manifestam distúrbios comportamentais e suicídios. (LONDRES, 2011; LEVIGARD e ROZEMBERG, 2004).

Werlang [2012] faz uma consideração importante sobre a comunidade rural no que diz respeito a anomia social que a representa:

“A comunidade rural, no sentido de portadora de valores e modos de vida tradicionais parece padecer. Padece pela absorção de significâncias que não são mais identificáveis e padece, especialmente, pela não concretização de aspirações através daquilo que lhe é mais característico: o trabalho na agricultura. A objetivação deste padecimento manifesta-se através da elevadas taxas de mortalidade-suicídio que esquadriham o Rio Grande do Sul” (p.17).

O problema causado pelo uso dessas substâncias no cultivo da lavoura, associados com a cultura e o meio social ao qual esses indivíduos participam, representam uma hipótese para a mortalidade elevada nessas cidades, igualmente

com o estado na qual pertencem.

Para trabalhar na redução da mortalidade por suicídio, deve-se intervir em diferentes instâncias do desempenho ocupacional na vida dessas , não só pelos que apresentam risco de suicídio, mas também como medida de prevenção para a população em geral.

Conforme o sujeito vai organizando sua vida, vai acrescentando valores sociais e culturais que moldam sua subjetividade. Se essas conquistas se abalam por uma questão não premeditada ou por uma doença mental, os riscos para o suicídio aumentam. Alguns fatores de proteção são citados pela literatura para prevenção de comportamentos suicidas, como: exercícios, estilo de vida saudável, contato social, integração comunitária, espiritualidade, entre outros.

Christante (2010, p.32) escreve sobre fatores que podem proteger o indivíduo como “vínculos afetivos bem estruturados, o bom relacionamento com a família, ter filhos, ter uma crença espiritual, uma condição financeira estável e realização profissional, por mais simples que seja a ocupação”.

O governo federal, conforme citado na revisão teórica, tem se preocupado com as taxas de suicídio através de publicações acerca da prevenção e manuais para profissionais da saúde.

O cuidado com o comportamento suicida em idosos e suas famílias deve ser realizado a qualquer momento e em qualquer nível de atenção à saúde. Para Minayo et al (2012, p.308) “é preciso oferecer atenção especializada a esse grupo social, para que os idosos encontrem nos profissionais orientação e incentivo para viver, e não para morrer”. Motivar e orientar o idoso a buscar ajuda de serviço especializado, porém dar o primeiro suporte a crise é essencial nos casos desse tipo de comportamento.

A família precisa de acolhimento e orientações quando acometida por um familiar que tentou suicídio. Figueiredo (2012) fala que o sistema de saúde e de assistência social possam estar presentes junto aos familiares para dar atenção psicológica e social afim de minimizar os efeitos relacionados com o suicídio.

O acompanhamento do indivíduo que tentou o suicídio e da família auxilia, também, para a prevenção de comportamentos suicidas posteriores.

Dentre a literatura pesquisada, não foram encontrados estudos sobre o tema na demais regiões do Brasil. A religiosidade e os aspectos culturais da região norte podem ser um freio inibitório para o comportamento suicida, porém não há

evidências que comprovem essas questões como fatores de proteção ao suicídio. Percebe-se a necessidade de pesquisas e aprofundamento do tema em questão para que possamos entender os diferentes processos de saúde doença nas diferentes regiões e culturas brasileira.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio em idosos é considerado uma questão de saúde pública. A mortalidade entre idosos no Brasil deve ser considerada a medida que a população nessa faixa etária cresce e aumenta a expectativa de vida.

Os resultados desse estudo apontam que o sexo masculino apresenta maior mortalidade, ou seja, tem mais êxito em suas tentativas do que as mulheres. Esse êxito está relacionado com a letalidade maior entre os homens por seu papel social e por utilizarem meios mais agressivos e letais para o suicídio. As mulheres praticam mais tentativas de suicídio e, no que se refere a letalidade, se torna baixa por buscarem mais ajuda quando necessário e por utilizarem meios menos letais em suas tentativas.

Na análise das regiões, nota-se que a região Sul representa as maiores taxas em todos os indicadores estudados. Esse fato se deve a questão cultural e dos papéis que os homens e as mulheres representam na região, além de que o maior número de casos estarem registrados em populações rurais e agrícolas.

Há uma tendência decrescente na maioria das regiões referente ao suicídio conforme o período e os indicadores estudados, o que estabelece uma hipótese de maior atenção à saúde dessa população, pois as políticas e ações de prevenção deram-se, praticamente, no mesmo período no Brasil com a criação da Estratégia Nacional para Prevenção do Suicídio em 2006.

Dentre os fatores de risco associados ao comportamento suicida, a depressão e o uso de álcool são considerados pela literatura como principais, no entanto, o isolamento social, a perda do papel social de referência e as doenças causadas pela idade, também se consideram fatores de risco para a população idosa.

Considerando os resultados e a revisão da literatura sobre o tema, a atenção à pessoa idosa deve contemplar o cuidado com o processo do envelhecimento e as doenças físicas e emocionais advindas desse período. Torná-la novamente importante para a sua família e comunidade como ser ativo e representante de um papel dentro do contexto social.

A atenção à saúde do idoso deve ser ampla, onde contemple também aspectos emocionais presentes nesses indivíduos e valorize experiências ricas de vida.

REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

BAHLS, Saint-Clair; BOTEGA, Neury J. **Epidemiologia das tentativas de suicídios e dos suicídios**. In: MELLO, Marcelo F; MELLO, Andrea de Abreu F; KOHN, Robert (org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. 207p.

BARRERO, Sérgio A. P. **Factores de riesgo suicida em el anciano**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n. 8, p.2011 -2016, 2012.

_____. **El suicídio, comportamiento y prevencion**. Revista Cubana de Medicina General Integral, v.15, n. 2, 196 – 217, 1999.

BERTOLETE, José Manuel. **O Suicídio no Mundo**. In: BOTEGA, Neury J. et al. **Prevenção do Suicídio**. Revista Debates. Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, n.1, p.10 – 20, 2010.

BERTOLETE, José M.; FLEISCHMANN, A. **Suicídio e doença mental: uma perspectiva global**. In: WERLANG, Blanca G; BOTEGA, Neury J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BOTEGA, Neury J. **Comportamento Suicida em Números**. In: BOTEGA, Neury J. et al. **Prevenção do Suicídio**. Revista Debates. Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, n.1, p.10 – 20, 2010.

_____. **Suicídio: saindo da sombra em direção a um plano nacional de prevenção**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v.29, n.1, p.7 – 8, 2007.

_____ et al. **Prevenção do Suicídio**. Revista Debates. Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, n.1, p.10 – 20, 2010.

_____ et al. **Prevenção do comportamento suicida**. Revista Psico, Porto Alegre, v. 37, n. 3, p.213 – 220, 2006.

BESSA, Marco Antonio. **Suicídio e Álcool e Outras Drogas**. In: BOTEGA, Neury J. et al. **Prevenção do Suicídio**. Revista Debates. Associação Brasileira de Psiquiatria, Ano 2, n.1, p.10 – 20, 2010.

BRASIL. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES)**. Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def> Acesso em: 14/01/2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde – PNS: 2012-2015**. Brasília: Ministério da Saúde: 2011. 114p.

_____. **Levantamento bibliográfico sobre os temas: suicídio, sobrevivência, família**. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2007. 48p.

_____. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25605 Acesso em 18/05/2013

_____. **Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental**. Ministério da Saúde e Organização Pan-Americana da Saúde (OPA), 2006b. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf.manual_prevencao_suicidio_saude_mental.pdf Acesso em: 06/01/2013.

_____. **Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006**. Institui diretrizes nacionais para prevenção do suicídio a ser implantadas em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/portaria_1876.pdf Acesso em 18/05/2013.

_____. **Portaria nº 2.542/GM de 22 de dezembro de 2005**. Institui grupo de trabalho com o objetivo de elaborar e implantar a Estratégia Nacional de Prevenção ao Suicídio. Ministério da Saúde, 2006. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/pdf/portaria_2542.pdf Acesso em 18/05/2013.

CANDIAGO, Rafael H; ABREU, Paulo B. **Usos do Datasus para avaliação das internações psiquiátricas, Rio Grande do Sul**. Revista de Saúde Pública, v.41, n. 5, p.821 – 829, 2007.

CAVALCANTE, Fátima G; MINAYO, M^a Cecília de Souza. **Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p.1943 – 1954, 2012.

CHRISTANTE, Luciana. **Com saída**. Revista Unesp-ciência. Outubro, 2010. p.30 – 34.

CLOSS, Vera E; SCHWANKE, Carla H. A. **Indicadores demográficos relacionados ao envelhecimento**. In: SCHWANKE, Carla H. A, et al. **Atualizações em geriatria e gerontologia IV: aspectos demográficos, biopsicossociais e clínicos do envelhecimento**. Porto Alegre: Edipucrs, 2012. 499p.

CORRÊA, Felipe F. R.H; LAGE, Naira V.; SOUSA, Karla C. A. de. **Onde estão sendo publicados os estudos sobre o suicídio no Brasil?** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 29, n. 4, p.380 – 385, 2007.

CÔRTE, Beltrina, et al. **Suicídio na envelhescência**. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 12, n. 4, p.636 – 649, 2009.

DAL-BEN, Cristina M. et al. **Políticas de saúde mental e mudanças na demanda de serviços de emergência**. Revista de Saúde Pública, v. 33, n. 5, p.470 – 476, 1999.

DAOLIO, Edilberto. **Suicídio: um alerta para uma sociedade autodestrutiva.** Saúde Coletiva, v.44, n.7, p.253 – 258, 2010.

DURKHEIM, Émile. **O suicídio: estudo de sociologia.** 2ªed. São Paulo: Editora WMF, 2000.

FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos, et al. **Impacto do suicídio em suas famílias.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 1993 – 2002, 2012.

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro; JORGE, Maria Helena Prado de Mello; KOIZUMI, Maria Sumie. **Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual.** Revista da Associação Médica Brasileira, vol.50, n.1, p. 97-103, 2004.

LEVIGARD, Yvonne E; ROZEMBERG, Brani. **A interpretação dos profissionais da saúde acerca das queixas de “nervos” no meio rural: uma aproximação ao problema das intoxicações por agrotóxicos.** Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 6, p. 1515 – 1524, 2004.

LONDRES, Flávia. **Agrotóxicos no Brasil: um guia para ação em defesa da vida.** Rio de Janeiro: Assessoria e serviços a projetos em agricultura alternativa, 2011. 190p.

LOVISI, Giovanni M. et al. **Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006.** Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 31, supl. II, p. s86 – s93, 2009.

MARÍN-LEON, Letícia; BARROS, Marilisa B. A. **Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico.** Revista de Saúde Pública, v. 37, n.3, p.357 – 63, 2003.

MATEUS, M. A., et al. **Avaliação do risco suicida no idoso em cuidados de saúde primários.** Revista de Psiquiatria Consiliar e de Ligação, v. 16 a 19, n. 1 e 2, p.43 -47, 2008 – 2011.

MELLO, Marcelo Feijó de. **O suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional.** Cadernos de Saúde Pública, v. 16, n.1, p.163 – 170, 2000.

MENEGHEL, Stela N. et al. **Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero.** Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 8, p. 1983 – 1992, 2012.

_____. **Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.** Revista de Saúde Pública, v. 38, n. 6, p.804 – 810, 2004.

MINAYO, Mª Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura.** Revista de Saúde Pública, v. 44, n.4, p.750 -757, 2010.

MINAYO, Mª Cecília de Souza; MENEGHEL, Stela N; CAVALCANTE, Fátima G.

Suicídio de homens idosos no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n. 10, p.2665 – 2674, 2012.

MINAYO, M^a Cecília de Souza et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006**. *Revista de Saúde Pública*, v.46, n. 2, p.300 – 309, 2012.

NOGUEIRA, Ricardo. **Das quatro cidades com mais suicídios, três ficam na região**. *Gazeta do Sul*, 2010. Disponível em: <http://abp.org.br/portal/clippingsis/exibclipping/?clipping=11713> Acesso em 30/05/2013.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. **Prevenção do Suicídio: um recurso para conselheiros**. Genebra, 2006.

_____. **Relatório Mundial da Saúde. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa, 2002.

PINTO, Liana Wernersbach; ASSIS, Simone Gonçalves de; PIRES, Thiago de Oliveira. **Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n.8, p.1963 – 1972, 2012.

PINTO, Liana Wernersbach, et al. **Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos brasileiros no período de 2005-2007**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 8, p. 2003 – 2009, 2012^a.

_____. **Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.17, n. 8, p. 1973 – 1981, 2012^b.

PIRES, Maria Cláudia da Cruz et al. **Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos**. *Revista de neurobiologia*, vol. 72, n. 4, p.21 – 28, 2009.

PORCU, Mauro et al. **Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados e residentes na comunidade**. *Acta Scientiarum*, v. 24, n. 3, p.713 – 717, 2002.

RÁBAGO, Horácio G., et al. **Factores de riesgo, asociados a intento de suicidio, comparando factores de alta e baja letalidad**. *Revista de Salud Pública*, v. 12, n. 5, p.713 – 721, 2010.

ROCHA, Felipe Filardi da, et al. **Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio na Brasil?** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 29, n.4, p.380 – 385, 2007.

RODRIGUES, Marta M. A. **Suicídio e sociedade: um estudo comparativo de Durkheim e Marx**. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 12, n. 4, p.698 – 713, 2009.

SADOCK, B. J; SADOCK, V. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. 1584p.

SELEGHIM, Maycon R. et al. **Caracterização das tentativas de suicídio entre idosos**. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 2, p.277 – 283, 2012.

SEKI, Allan Kenji. **Resenha** de: MARX, Karl. Sobre o Suicídio. São Paulo: Boitempo, 2006. 82. **Geminal Marxismo e Educação em Debate**, v. 3, n.1, p.139 – 141, 2011.

SILVA, Cristiano T. B. da, et al. **Perfil psiquiátrico e sociodemográfico dos idosos avaliados no pronto-atendimento de um hospital universitário de Porto Alegre**. Revista da AMRIGS, v. 55, n. 2, p.164 – 168, 2011.

SILVA, Marcimedes M. **Suicídio: trama da comunicação**. Dissertação de Mestrado. PUCSP, 1992.

SILVA, Viviane F. et al. **Fatores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso-controle**. Caderno de Saúde Pública, v. 22, n. 9, p. 1835 – 1843, 2006.

TURECKI, Gustavo. **O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 21, suppl. 2, p.18 – 22, 1999.

VALLADOLID, Martín Nizama. **Suicídio**. Revista Peruana de Epidemiología. v.15, n.2, p.1 – 5, 2011.

VIANA, Greta N. et al. **Prevalência de suicídio no sul do Brasil, 2001-2005**. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 57, n.1, p.38 – 43, 2008.

VIDAL, Carlos E. L; GONTIJO, Eliane C. D. M; LIMA, Lucia A. **Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade**. Caderno de Saúde Pública, v. 29, n. 1, p. 175 – 187, 2013

WERLANG, Rosangela. **Suicídio: uma análise causal das taxas de mortalidade-suicídio no Rio Grande do Sul. [2012]** Disponível em: <http://www.sober.org.br/palestra/12/10o462.pdf> Acesso em: 20/06/2013.

WERLANG, Blanca G; BOTEAGA, Neury J. Introdução. In:WERLANG, Blanca G; BOTEAGA, Neury J. **Comportamento Suicida**. Porto Alegre: Artmed, 2004.