



Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico

Suicide in the elderly: an epidemiologic study

Suicidio en ancianos: un estudio epidemiológico


Como citar este artigo:

Santos MCL, Giusti BB, Yamamoto CA, Ciosak SI, Szylit R. Suicide in the elderly: an epidemiologic study. Rev Esc Enferm USP. 2021;55:e03694. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026603694>

 Mariana Cristina Lobato dos Santos¹

 Barbara Bartuciotti Giusti²

 Clarissa Ayri Yamamoto¹

 Suely Itsuko Ciosak²

 Regina Szylit¹

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the incidence and means of elderly suicide in Brazil. **Method:** Epidemiologic, cross-sectional, quantitative, and retrospective study. The data were obtained in a platform maintained by the Ministry of Health and analyzed. The mortality rate was calculated and means and percentages regarding the employed means of suicide were obtained. **Results:** In this period, 8,977 suicides took place among the population over 60 years. The highest suicide rates were concentrated in the population over 80, which presented a mean 8.4/100,000 for this period, and between 70 and 79 years, with a mean rate of 8.2/100,000. Considering the total elderly population over 60 years, this value reached 7.8/100,000, whereas in the general population this was 5.3/100,000. The values are always higher among the elderly population: the mean rate in the last five years among the elderly is 47.2% higher than the mean for the general population. The main mean of suicide was hanging (68%), followed by firearm (11%), self-intoxication (9%), falling from a high place (5%), and undefined or undetermined means (6%). **Conclusion:** Epidemiologic analyses bring visibility to the dyad aging and suicide, corroborating the pertinence of this theme.

DESCRIPTORS

Aged; Suicide; Epidemiology; Geriatric Nursing.

Autor correspondente:

Mariana Cristina Lobato dos Santos
Rua Caiubi, 1447, Apt. 61, Perdizes
CEP 05010-000 – São Paulo, SP, Brasil
marianalobatorb@gmail.com

Recebido: 03/09/2019
Aprovado: 22/09/2020

INTRODUÇÃO

Os desafios trazidos pelo progressivo envelhecimento da população mundial vêm sendo discutidos tanto na literatura acadêmica quanto por diversos setores da sociedade nas últimas décadas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número de pessoas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050, de modo que representará um quinto da população mundial. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁽¹⁾ aponta que em 2016 o Brasil já tinha a quinta maior população idosa do mundo⁽²⁾ e que, em 2030, o número de idosos terá ultrapassado o total de crianças entre zero e 14 anos⁽¹⁾.

Uma vida mais longa pode trazer perspectivas auspiciosas: mais tempo para dedicar-se aos relacionamentos com familiares e amigos, para dedicar-se às suas paixões, para desfrutar das conquistas e engajar-se em novas buscas. Essa experiência positiva de envelhecimento, porém, depende da possibilidade de ser vivenciada com saúde e qualidade.

É importante que o processo de envelhecer se integre ao cotidiano, às limitações físicas, processos de adoecimento e alterações na composição da rede social e familiar, ressignificando as formas de viver e o sofrimento relacionado às progressivas perdas por meio de uma visão de crescimento e evolução. Alguns idosos, porém, podem expressar dificuldades que se arrastam, cristalizam e podem evoluir para melancolia, depressão e suicídio⁽³⁾.

Os idosos são considerados o grupo populacional de maior risco para o suicídio em todo o mundo. Apesar disso, esse fenômeno ainda recebe pouca atenção das autoridades da área de saúde pública, de pesquisadores e da mídia, os quais, em suas reflexões e ações, costumam priorizar os grupos populacionais mais jovens⁽⁴⁾.

Isolamento social, falta de uma rede de apoio, solidão, luto pela perda de companheiro e filhos, assim como patologias relacionadas a fragilidade, quadros demenciais e depressão, são fatores de risco para o suicídio entre idosos, bem como ideações, tentativas prévias e acesso aos meios⁽⁴⁻⁶⁾.

O suicídio é um ato de autoaniquilamento associado à percepção da morte como a melhor solução para escapar de uma dor psíquica insuportável. Assim, o suicídio emerge de decisões pessoais, mas é influenciado por fatores sociais e microsociais⁽³⁾.

Estima-se que, anualmente, mais de 800 mil pessoas morram por suicídio e que, a cada adulto que se suicida, pelo menos outros 20 atentem contra a própria vida⁽⁷⁾. No Brasil, ocorrem cerca de 10 mil mortes por suicídio por ano, com valores estáveis ao longo dos últimos anos. O coeficiente médio de mortalidade por suicídio no período 2004–2010 foi de 5,7/100 mil (7,3/100 mil no sexo masculino e 1,9/100 mil no feminino), valor que, se comparado aos de outros países, pode ser considerado baixo. Entretanto, os dados identificados na série de 1994 a 2004 apontam que alguns estados brasileiros já apresentam taxas comparáveis aos países que possuem incidência de suicídios de média a elevada – especialmente entre idosos⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Diante das altas taxas de suicídio em idosos, traduzidas por meio dos dados epidemiológicos apresentados, e considerando o crescimento da população idosa, suas vulnerabilidades e a reduzida atenção às questões de saúde mental, justifica-se a pertinência deste estudo.

Segundo a OMS, suicídios são evitáveis. Há uma série de medidas de prevenção ao suicídio e suas tentativas com estratégias universais, indicadas e seletivas. Entre essas estratégias, inclui-se a promoção de capacitação e treinamento para profissionais de saúde, em especial os não-especialistas em saúde mental, e profissionais de outras áreas, como professores e profissionais da mídia, visando à divulgação segura de informações e à conscientização do público. Também é importante a redução de acesso aos meios (por exemplo, pesticidas, armas de fogo e certas medicações) e vigilância em saúde, com melhora na obtenção e análise de dados sobre suicídios e tentativas de suicídio⁽¹¹⁾.

Desse modo, este estudo objetiva analisar a incidência e os meios usados no suicídio de idosos no Brasil.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Pesquisa epidemiológica, transversal, quantitativa, retrospectiva.

COLETA DE DADOS

Os dados sobre suicídios de idosos foram coletados a partir do Sistema de Informações de Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) disponíveis no site do Departamento de Estatística do SUS – DATASUS⁽¹²⁾.

O DATASUS é responsável por administrar e divulgar informações de saúde, indicadores epidemiológicos, informações de morbimortalidade e demográficas. O acesso às informações é de domínio público por meio da interface online TABNET, um programa estatístico elaborado para tabulação rápida de informações em saúde fornecidas pelo Ministério da Saúde no Brasil.

A coleta foi realizada nos meses de junho e julho de 2019 e considerou o período de 2012 a 2016.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Dados de pessoas com 60 anos ou mais sobre suicídio de ambos os sexos. Empregou-se a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), códigos X60 a X84, para a identificação dos meios utilizados no suicídio. Os CID com meios semelhantes foram agrupados para melhor análise do fenômeno, de modo que os dados estão apresentados segundo a organização disposta no Quadro 1.

Quadro 1 – CID referentes aos meios de suicídio, agrupados por semelhança ou por baixa incidência (menos de 1%) – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

CID	Definição e Agrupamentos	
X60	Analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não opiáceos	Autointoxicações
X61	Drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados	
X61	Narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	
X62	Narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte	
X63	Substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo	
X64	Outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas	
X65	Voluntária por álcool	
X66	Solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores	
X67	Outros gases e vapores	
X68	Exposição, intencional, a pesticidas	
X69	Produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas	Armas de fogo
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão	
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre	
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada	Objeto corto-contuso.
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante	
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente	Outros meios (baixa incidência)
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos	
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes	
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento	
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor	
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	
CID	CID não agrupado	
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas	
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	

ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS

No cálculo das taxas de mortalidade por suicídio, foi considerada como numerador a quantidade de óbitos por suicídio ocorridos no ano e, como denominador, a estimativa populacional pela faixa etária no país, fornecida pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística⁽¹⁾ para o ano. Foram considerados para análise os sexos (masculino e feminino) e as faixas etárias referentes à população idosa (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais), também se relacionando os dados à população geral.

Desse modo, a incidência de suicídio de idosos no Brasil foi analisada a partir das taxas (número de suicídios/número de habitantes multiplicado por 100.000) e sua evolução temporal entre 2012 e 2016. Foi também calculada a taxa média de suicídios no período por faixa etária e na população geral e a proporção do uso dos diferentes meios de suicídio por idosos e pela população geral por sexo.

ASPECTOS ÉTICOS

Por trata-se de um estudo com base em dados secundários e de livre acesso, não houve a necessidade de submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

As taxas de suicídio mais elevadas concentram-se na população acima de 80 anos, que apresentaram média de 8,4/100.000 habitantes no período, e entre 70 e 79 anos, com taxa média de 8,2/100.000. Considerando-se a totalidade da população idosa acima de 60 anos, o valor da taxa média de suicídio chegou a 7,8/100.000, enquanto na população geral o valor ficou em 5,3/100.000. Os valores mantêm-se sempre superiores entre a população idosa: a taxa média dos últimos 5 anos entre idosos é 47,2% superior à média da população geral.

Os dados referentes às taxas de suicídio na população geral, em idosos (população total acima de 60 anos), idosos entre 60 e 69 anos, entre 70 e 79 anos e 80 anos ou mais, por sexo, nos anos de 2012 a 2016, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Número total e taxa de suicídio em idosos (população total acima de 60 anos) e na população geral, de 2012 a 2016, no Brasil – São Paulo, SP, Brasil, 2019.

Ano	Faixa Etária	Número de suicídios (todos os meios)			Coeficiente de mortalidade por suicídio por 100.000 habitantes		
		Masculino	Feminino	Total*	Masculino	Feminino	Total
2012	60–69 anos	721	195	916	13,5	3,2	7,7
	70–79 anos	394	98	492	14,1	2,7	7,8
	80 ou mais	221	40	262	19,2	2,2	9
	Total – Idosos	1.336	333	1.670	14,4	2,9	8,0
	População Geral	8.061	2.257	10.321	8,5	2,3	5,2
2013	60–69 anos	693	211	904	12,0	3,1	7,2
	70–79 anos	428	100	528	15,2	2,7	8,1
	80 ou mais	203	55	258	17,7	2,9	8,5
	Total – Idosos	1.324	366	1.690	13,6	3	7,7
	População Geral	8.309	2.223	10.533	8,4	2,3	5,2
2014	60–69 anos	730	177	907	12,0	2,5	6,9
	70–79 anos	416	96	512	14,3	2,5	7,6
	80 ou mais	218	41	259	18,3	3,1	8,2
	Total – Idosos	1.364	314	1.678	13,4	2,4	7,3
	População Geral	8.419	2.233	10.653	8,4	2,2	5,3
2015	60–69 anos	806	243	1.049	12,7	3,3	7,7
	70–79 anos	507	109	616	16,8	2,7	8,8
	80 ou mais	240	38	278	19,2	1,8	8,4
	Total – Idosos	1.553	390	1.943	14,7	2,9	8,1
	População Geral	8.780	2.396	11.178	8,7	2,3	5,5
2016	60–69 anos	877	227	1.104	13,3	3,0	7,8
	70–79 anos	521	100	621	16,6	2,4	8,6
	80 ou mais	241	40	271	17,8	1,9	7,8
	Total – Idosos	1.639	367	1.996	14,8	2,6	8,0
	População Geral	9.053	2.378	11.433	8,9	2,3	5,5
Total (2012 a 2016)	60–69 anos	3.827	1.053	4.880	12,7	3,0	7,7
	70–79 anos	2.266	503	2.769	15,4	2,6	8,2
	80 ou mais	1.123	214	1.328	18,4	2,3	8,4
	Total – Idosos	7.216	1.770	8.977	14,2	2,8	7,8
	População Geral	42.622	11.105	54.118	8,6	2,3	5,3

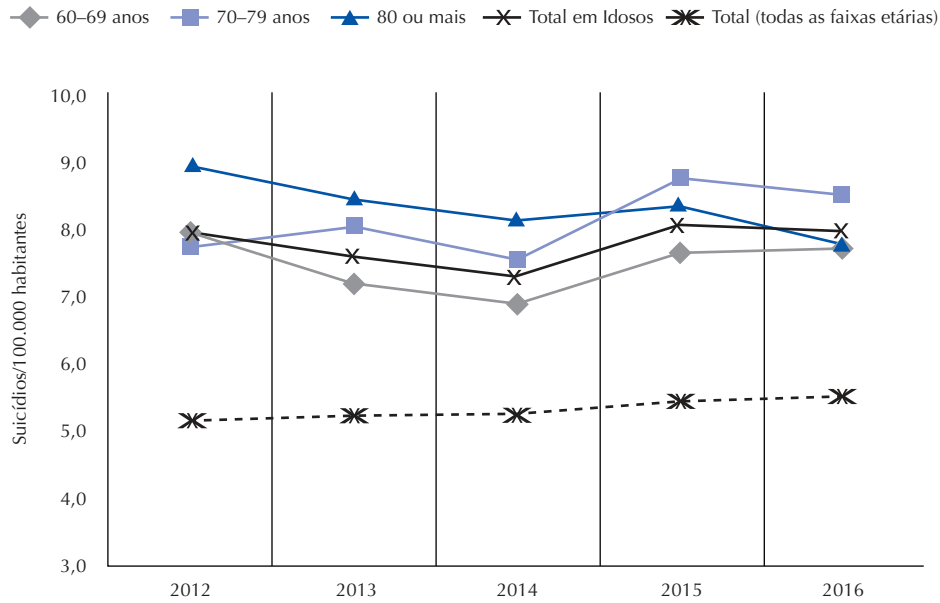
* O total difere da soma de homens e mulheres pela existência de registros de óbito sem sexo.

Fonte: DATASUS, 2019.

A evolução temporal da taxa de suicídios em ambos os sexos entre 60 e 69 anos, entre 70 e 79 anos e 80 anos ou mais no Brasil entre os anos de 2012 e 2016 está apresentada na Figura 1.

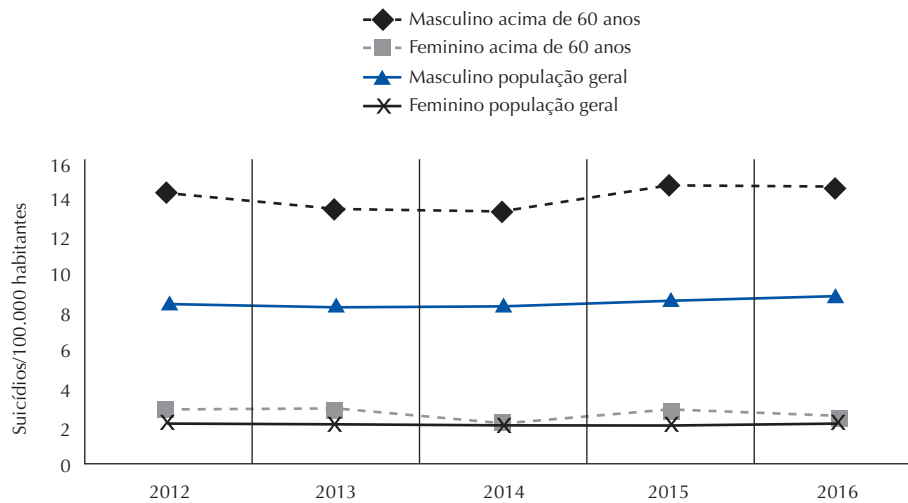
A taxa de 2016 é 5,7% maior que a de 2012 na população geral, enquanto os valores na população idosa, apesar de

oscilarem (tendo redução de 9% em 2014), mantiveram-se os mesmos em 2012 e 2016 – 8,0/100.000. Entretanto, quando consideramos a distribuição por sexo, observamos um panorama muito diferente. As taxas de suicídio por sexo na população idosa (acima de 60 anos) e na população geral entre 2012 e 2016 estão apresentadas na Figura 2.



Fonte: DATASUS, 2019

Figura 1 – Evolução da Taxa de suicídios em idosos de ambos os sexos (população total acima de 60 anos) e na população geral no Brasil de 2012 a 2016.

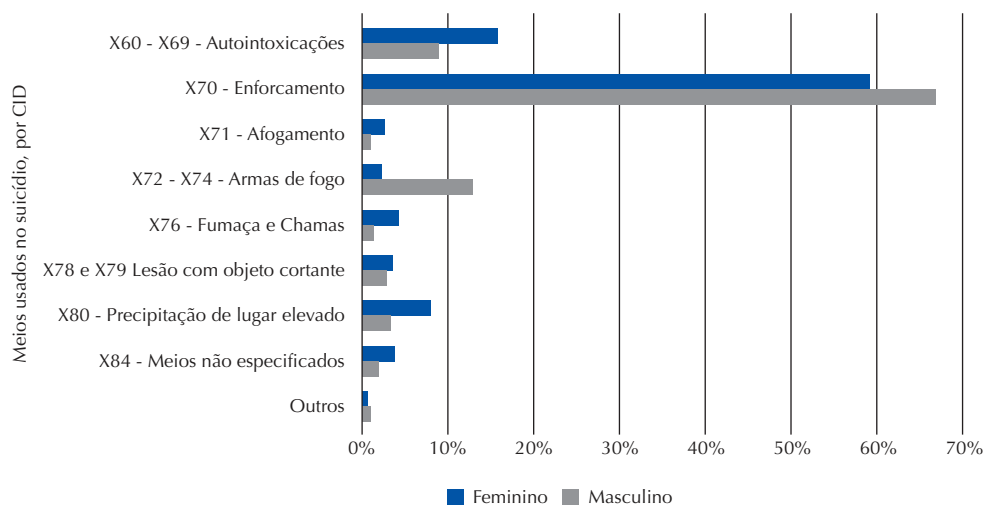


Fonte: DATASUS, 2019

Figura 2 – Taxa de suicídio (número de suicídios por 100.000 habitantes) por sexo em idosos e na população geral entre 2012 e 2016.

Entre homens idosos, houve um aumento de 2,8% (de 14,4/100.000 para 14,8/100.000) nas taxas de suicídio no período, enquanto em mulheres idosas houve uma redução de 10,3% (de 2,9/100.000 para 2,6/100.000). Em homens na população geral, o aumento foi de 4,7% (de 8,5/100.000 para 8,9/100.000) e, em mulheres na população geral, os valores se mantiveram estáveis (2,3/100.000). Nota-se que, tanto na população idosa quanto na população geral, o aumento ocorreu exclusivamente na população masculina.

Em relação aos meios usados no suicídio em idosos, a proporção de mortes por enforcamento, arma de fogo, afogamento e outros meios vem se mantendo estável nos últimos 5 anos. Esses dados, porém, diferem muito entre homens e mulheres. Os dados referentes à proporção de uso dos diferentes meios de suicídio entre homens e mulheres idosos entre 2012 e 2016 encontram-se na Figura 3.



Fonte: DATASUS, 2019

Figura 3 – Proporção de uso dos diferentes meios de suicídio entre homens e mulheres acima de 60 anos entre 2012 e 2016, por CID.

Em idosos de ambos os sexos, o enforcamento foi o meio mais utilizado em todo o período estudado (67% para homens e 59% para mulheres); o mesmo padrão se observa na população geral.

Os demais meios diferem entre homens e mulheres: para os homens idosos, as armas de fogo ocupam o segundo lugar (13%), seguido das autointoxicações (9%), lesões com objetos cortantes e precipitação de lugar elevado (ambos com 3%) e meios não especificados (2%). Afogamentos, fogo e chamas e demais meios tiveram apenas 1%.

Para mulheres idosas, em segundo lugar estão as autointoxicações (18%) e, em terceiro, a precipitação de lugar elevado (10%). Lesões autoprovocadas por fumaça, fogo e chamas ocupam o 4º lugar (5%) e lesões autoprovocadas intencionalmente por objeto cortante e por objeto contundente, lesões autoprovocadas por afogamento, assim como armas de fogo, são responsáveis igualmente por 3% dos suicídios de mulheres idosas.

Entre as substâncias utilizadas para autointoxicação, as mais utilizadas em ambos os sexos entre idosos são os pesticidas (43%); em segundo lugar, estão medicações (25,1%) e em terceiro lugar, produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas (23,7%). No que se refere às autointoxicações por medicações, as mais utilizadas são as não especificadas (49,8%), drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos e antiparkinsonianos (40,1%) e anti-inflamatórios (4,8%).

DISCUSSÃO

Estudos datados do século XX já traziam à tona considerações sobre os principais fatores associados a ideação, tentativas e suicídio propriamente dito, considerando a complexidade e a associação de fatores físicos, sociais, mentais e biológicos. No entanto, é pouco explorado que na população idosa o fenômeno é mais incidente⁽¹³⁻¹⁵⁾.

De acordo com o Relatório Global para Prevenção do Suicídio da OMS de 2014⁽¹¹⁾, as taxas mais altas de suicídio estão entre as pessoas acima dos 70 anos de idade em todo o mundo, corroborando este estudo, no qual os valores da taxa

de suicídio mantêm-se sempre superiores entre a população idosa: a média dos últimos 5 anos entre idosos é 47,2% superior à média da população geral.

Neste estudo, evidencia-se que, no Brasil, as taxas de suicídio mais elevadas concentram-se na população acima de 80 anos e entre 70 e 79 anos. Um estudo realizado na região Sul do Brasil também evidencia esses resultados e aponta o principal meio utilizado em idades mais avançadas como sendo o enforcamento. Embora o suicídio na região tenha diminuído, aumentou temporalmente em idosos mais velhos^(4,16).

Tendo em vista os números relacionados aos idosos mais velhos e os programas de prevenção sugeridos pela OMS, faz-se necessário um olhar para os idosos mais jovens, já que estudos relatam que as motivações para as tentativas de suicídio podem estar relacionadas a crise econômica, papel social e solidão. Agir em tempo oportuno pode ser crucial para evitar o suicídio com o avanço da idade^(4,17-20).

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria a Gerontologia, os idosos são a população que contabiliza menos tentativas; porém, uma em quatro tentativas resulta em morte, uma relação tentativa/suicídio muito superior à da população geral^(5,18,21).

Temporalmente o número de suicídios vem aumentando em diversas partes do mundo, fazendo com que a ONU/OPAS tenha reconhecido o suicídio e as tentativas como uma prioridade na agenda global de saúde, incentivando os países a desenvolverem e reforçarem estratégias de prevenção como parte da Agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, especificamente na meta 3,4⁽²²⁾.

Este estudo aponta que, tanto na população idosa quanto na geral, o aumento ocorreu exclusivamente entre homens: entre homens idosos, houve um aumento de 2,3% nas taxas de suicídio. Acredita-se que os homens tenham mais comportamentos de competitividade e impulsividade que mulheres e apresentem maior consumo de drogas e álcool, considerados fatores de risco para o suicídio⁽³⁻⁵⁾.

Um dado importante é que o estudo encontrou um decréscimo de 10,3% em suicídios de idosos; entre mulheres da população geral, os valores se mantiveram estáveis. Trata-se de um fenômeno pouco estudado, embora se saiba que, com exceção da China, predomina entre homens de todas as faixas etárias. O paradoxo de gênero do suicídio – mulheres fazem mais tentativas, mas os homens morrem por suicídio com mais frequência – tem sido explicado a partir do uso de meios mais letais por eles, além da cobrança social por atitudes mais impulsivas e audaciosas^(6,20,23).

Além disso, pode-se intuir que as mulheres procuram mais os serviços de saúde e têm mais facilidade em lidar com questões relacionadas a estigma, preconceitos e tabus o que, por sua vez, permite que cuidados em saúde mental sejam mais dispensados para essa população. A manutenção de papéis sociais, como os de mãe e avó, não se aplica aos homens, que, com o envelhecimento, frequentemente perdem seu papel de provedor; tal fator também parece ter forte influência no paradoxo de gênero do suicídio durante o envelhecimento^(20,23).

No que se refere aos meios, o enforcamento foi o mais utilizado em ambos os sexos. Estudos indicam que sua escolha se dá pela facilidade do acesso, potencial de letalidade e tempo de socorro em geral insuficiente. Idosos tendem a utilizar meios mais letais que jovens e, em geral, o realizam no domicílio, o que pode dificultar medidas de prevenção que sugiram restrição aos meios^(3,6,8).

Ao se analisarem os resultados, pode-se perceber que os demais meios diferem entre homens e mulheres. Um estudo epidemiológico explora que essa diferença pode ser explicada historicamente pelo maior acesso dos homens aos meios mais letais e pela menor exposição das mulheres a sentimentos de fâlecia frente a insucesso financeiro, competitividade e impulsividade^(19,23-24).

As armas de fogo ocupam o segundo lugar neste estudo. De acordo com a Pesquisa Global de Mortalidade por Armas de Fogo⁽²⁵⁾, a Groenlândia foi o país com a maior taxa de suicídios causados por arma de fogo, com taxa de 22 mortes a cada 100 mil pessoas. Em segundo lugar, ficaram os Estados Unidos, em que 50,57% dos suicídios ocorrem por esse meio. Tal escolha está intimamente ligada com o potencial de letalidade e com o maior acesso dos homens às armas^(12,26).

As autointoxicações ocupam o segundo lugar para as mulheres e terceiro lugar para os homens. Estudos relatam que muitas tentativas de suicídio se dão com a utilização desses meios, tornando fundamental a integração das ações de promoção, prevenção e notificação dessas ocorrências, evitando assim reincidência e óbito por suicídio. Tentativas anteriores são fatores de risco para óbito⁽¹¹⁾.

No presente estudo, os pesticidas foram utilizados em 43% dos óbitos por autointoxicação. Outro estudo brasileiro encontrou 40% de morte por suicídios na população geral decorrentes do uso de pesticidas comercializados ilegalmente, sugerindo controle e fiscalização inadequadas no Brasil⁽⁷⁾.

Outro dado importante são as medicações prescritas e não prescritas. Um estudo brasileiro destacou a dipirona como a substância mais frequente nas tentativas de suicídio na população geral, diferentemente de outros países, onde

o paracetamol e os salicilatos ocupam os primeiros lugares em proporções similares às dos antidepressivos e tranquilizantes⁽²⁷⁾. Este estudo identificou que as medicações mais utilizadas foram as drogas anticonvulsivantes, sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos, psicotrópicos e medicações não especificadas. Idosos têm acesso a diversos fármacos prescritos e a maior carga de doenças aumenta a probabilidade de consumo desnecessário de medicamentos, sugerindo o que se chama de polifarmácia. Combinações farmacológicas podem representar potenciais perigos de reações adversas. Além disso, interações medicamentosas contraindicadas podem elevar o risco de óbito por overdose e suicídio⁽²⁸⁾.

Os suicídios por lesões com objetos cortantes, precipitação de lugar elevado, meios não especificados, afogamentos, fogo e chamas e demais ocupam menos de 3% dos meios utilizados por essa população; no entanto, estes requerem uma especial atenção, pois, ainda que representassem somente um caso, o desfecho é sempre a morte. Em outras faixas etárias, as lesões com objetos cortantes fazem parte de números expressivos em tentativas de suicídio⁽¹²⁾.

Em relação à declaração de óbito, os dados podem ser subnotificados, dependendo do olhar de quem o declara. Muitos tabus e dificuldades burocráticas estão inseridas nesse contexto, como a imagem idealizada pós-morte, burocracias relacionadas a seguros de vida e necessidade de precisão causal⁽²⁹⁾. A subnotificação é um desafio a ser superado para permitir análises epidemiológicas fidedignas e, assim, embasar estratégias de cuidado eficazes.

Aparentemente, a morte por enforcamento apresenta menor probabilidade de subnotificação, já que, geralmente, a intenção da morte é mais clara. Autointoxicações e mortes por arma de fogo são frequentemente registradas como de intenção indeterminada, assim como precipitações e afogamento⁽¹⁶⁾. No ano de 2009, as notificações em casos de tentativas de suicídio tornaram-se compulsórias. Justifica-se a inclusão desse agravo na lista de notificação imediata com o objetivo de dimensionar a magnitude do fenômeno e impulsionar a rápida tomada de decisão, como o encaminhamento e vinculação do paciente aos serviços da rede de atenção psicossocial.

Os resultados encontrados denotam a necessidade de ações voltadas para essa população. Recentemente foi promulgada a Lei 13.819/abril de 2019, que trata sobre a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. Espera-se que essa lei desencadeie ações relacionadas à promoção de saúde mental, prevenção da violência autoprovocada e fortalecimento de ações psicossociais que dão ênfase aos cuidados em saúde mental. Abordagens multidisciplinares de base comunitária que envolvam intervenções iniciais como acolhimento, identificação de risco e acompanhamento compõem as abordagens mais indicadas⁽³⁰⁾.

Diversos estudos tratam do envelhecimento da população, assim como do suicídio em geral; no entanto, poucos consideram esse binômio nas publicações científicas, especialmente no que se refere aos meios utilizados. Esse fato fragiliza a discussão, configurando uma das limitações deste estudo. Além disso, existe fragilidade nos dados epidemiológicos divulgados pelo DATASUS quanto ao tempo entre coleta e

publicação e qualidade, considerando a já citada subnotificação do suicídio no país.

Diante disso, acredita-se que os resultados encontrados neste estudo possam adensar iniciativas que deem visibilidade à temática e posteriormente fomentem ações para garantir a singularidade no que se refere aos idosos e as idosas.

CONCLUSÃO

A análise epidemiológica trouxe dados importantes ao dar visibilidade a esse problema. Uma morte por suicídio denota

gravidade por si só, trazendo diversos questionamentos: que sofrimento é esse tão grande que o desfecho é a própria morte? O que poderia ter sido feito de forma diferente?

Diante de tais dificuldades, além da restrição aos meios, as alternativas seriam: a formação profissional, a discussão de políticas públicas e, em especial, a atenção ao idoso de modo geral, considerando que, em muitos casos, a depressão se apresenta de forma atípica. A deficiência na abordagem do sofrimento psíquico em idosos reflete-se nos dados aqui apresentados. Dessa forma, é indubitável a necessidade de um olhar especial para o binômio idoso-saúde mental.

RESUMO

Objetivo: Analisar a incidência e os meios usados no suicídio de idosos no Brasil. **Método:** Pesquisa epidemiológica, transversal, quantitativa e retrospectiva. Os dados foram obtidos em uma plataforma do Ministério da Saúde e analisados. Calculou-se o coeficiente de mortalidade e foram obtidas médias e percentuais quanto aos meios utilizados. **Resultados:** No período, ocorreram 8.977 suicídios na população acima de 60 anos. As taxas de suicídio mais elevadas concentram-se na população acima de 80 anos, que apresentou média de 8,4/100.000 no período, e entre 70 e 79 anos, com taxa média de 8,2/100.000. Considerando-se a totalidade da população idosa acima de 60 anos, o valor chegou a 7,8/100.000, enquanto na população geral ficou em 5,3/100.000. Os valores mantêm-se sempre superiores entre a população idosa: a taxa média dos últimos 5 anos entre idosos é 47,2% superior à média da população geral. O principal meio foi enforcamento (68%), seguido por arma de fogo (11%), autointoxicações (9%), precipitação de lugar elevado (5%) e meios indefinidos ou indeterminados (6%). **Conclusão:** Análises epidemiológicas trazem visibilidade ao binômio envelhecimento e suicídio, corroborando a pertinência do tema.

DESCRITORES

Idoso; Suicídio; Epidemiologia; Enfermagem Geriátrica.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la incidencia y los medios de suicidio utilizados por ancianos en Brasil. **Método:** Estudio epidemiológico, transversal, cuantitativo y retrospectivo. Los datos se obtuvieron de una plataforma del Ministerio de Sanidad y se analizaron. Se calculó el coeficiente de mortalidad y se obtuvieron los promedios y porcentajes de los medios utilizados. **Resultados:** En el periodo, se produjeron 8.977 suicidios en la población mayor de 60 años. Las tasas de suicidio más elevadas se concentraron en la población mayor de 80 años, que tuvo una media de 8,4/100.000 en el periodo, y entre 70 y 79 años, con una tasa media de 8,2/100.000. Considerando el conjunto de la población anciana mayor de 60 años, la cifra alcanzó el 7,8/100.000, mientras que en la población general fue del 5,3/100.000. Los valores se mantuvieron más altos entre la población anciana: la tasa media de los últimos 5 años entre los ancianos es un 47,2% superior a la media de la población general. El principal medio de suicidio fue el ahorcamiento (68%), seguido de las armas de fuego (11%), la autointoxicación (9%), alturas (5%) y los medios indefinidos o indeterminados (6%). **Conclusión:** Los análisis epidemiológicos aportan visibilidad al binomio envejecimiento y suicidio, corroborando la relevancia del tema.

DESCRIPTORES

Anciano; Suicidio; Epidemiología; Enfermería Geriátrica.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2016 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2016 [citado 2019 jun. 15]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>
2. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde [Internet]. Genebra: OMS; 2015 [citado 2019 jun. 15]. Disponível em: <http://sbogg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
3. Sousa GS, Silva RM, Figueiredo AEB, Minayo MCS, Vieira LJS. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. Interface (Botucatu). 2014;18(49):389-402. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0241>
4. Pinto LW, Pires TO, Silva CMFP, Assis SG. Evolução temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. Ciênc Saúde Coletiva. 2012;17(8):1973-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232012000800008>
5. Ciulla L, Nogueira EL, Silva Filho IG, Tres GL, Engroff P, Ciulla V, et al. Suicide risk in the elderly: data from Brazilian public health care program. J Affect Dis. 2014;152:513-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.090>
6. Zhang W, Ding H, Su P. Does disability predict attempted suicide in the elderly? A community-based study of elderly residents in Shanghai, China. Aging Ment Health. 2016;20(1):81-7. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1031641>
7. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Suicídio: saber, agir e prevenir. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a Rede de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília; 2017 [citado 2019 jun. 15]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>
8. Botega NJ. Comportamento suicida: epidemiologia. Psicol USP. 2014;25(3):231-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564d20140004>
9. Marín-León L, Oliveira HB, Botega NJ. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. Rev Panam Salud Pública. 2012;32(5):351-9.
10. Minayo MCS, Cavalcante FG. Suicide in elderly people: a literature review. Rev Saúde Pública. 2010; 44(4):750-7. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>

11. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2019 June 15]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1
12. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Sistema de Informações sobre Mortalidade [Internet]. Brasília; 2016 [citado 2019 mar. 6]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VOBJ=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/ext10>
13. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):45-54. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000056>
14. Kumar P.NS, Anish PK, George B. Risk factors for suicide in elderly in comparison to younger age groups. *Indian J Psychiatry.* 2015;57(3):249-54. doi: <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5545.166614>
15. Teixeira RR. Três fórmulas para compreender “O suicídio” de Durkheim. *Interface (Botucatu).* 2002;6(11):143-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832002000200021>
16. Rosa NM, Oliveira RR, Arruda GO, Mathias TAF. Mortalidade por suicídio no Estado do Paraná segundo meios utilizados: uma análise epidemiológica. *J Bras Psiquiatr.* 2017;66(2):73-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0047-2085000000153>
17. Cerqueira CJL, Passos ALV, Araújo LF, Oliveira JV. Análise psicossocial do envelhecimento entre idosos: as suas representações sociais. *Actual Psicol.* 2020;34(128):1-15. doi: <https://doi.org/10.15517/ap.v34i128.35246>
18. Stanley IH, Hom MA, Rogers ML, Hagan CR, Joiner Jr TE. Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging Ment Health.* 2016;20(2):113-22. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1012045>
19. Meneghel SN, Moura R, Hesler LZ, Gutierrez DMD. Tentativa de suicídio em mulheres idosas: uma perspectiva de gênero. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(6):1721-30. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.02112015>
20. Marquetti FR, Marquetti FC. Suicídio e feminilidades. *Cadernos Pagu.* 2017;(49):e174921. doi: <https://doi.org/10.1590/18094449201700490021>
21. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Dia Mundial do Combate ao Suicídio: depressão entre idosos: precisamos falar sobre isso [Internet]. São Paulo: SBCG; 2016 [citado 2019 jun. 16]. Disponível em: <https://sbgg.org.br/1009-dia-mundial-do-combate-ao-suicidio-depressao-entre-idosos-precisamos-falar-sobre-isso/>
22. Nações Unidas Brasil. Suicídio é grave problema de saúde pública e prevenção deve ser prioridade [Internet]. Brasília: ONU; 2018 [citado 2019 jun. 16]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-prevencao-deve-ser-prioridade-diz-opas-oms/>
23. Schrijvers DL, Bollen J, Sabbe BGC. The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *J Affect Dis.* 2012;138(1-2):19-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.050>
24. Dantas ESO. Prevenção do suicídio no Brasil: como estamos? *Physis.* 2019;29(3):e290303. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312019290303>
25. The Global Burden of Disease. Injury collaborators: global mortality from firearms: 1990-2016. *JAMA.* 2018;;8(1):792-814. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.10060>
26. American Foundation for Suicide Prevention. Suicide statistics: additional facts about suicide in the US [Internet]. Washington; 2019 [cited 2019 June 16]. Available from: <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>
27. Bernardes SS, Turini CA, Matsuo T. Perfil das tentativas de suicídio por sobredose intencional de medicamentos atendidas por um Centro de Controle de Intoxicações do Paraná, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(7):1366-72. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700015>
28. Pereira KG, Peres MA, Iop D, Boing AC, Boing AF, Aziz M, et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. *Rev Bras Epidemiol.* 2017;20(2):335-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020013>
29. Vidal CEL, Gontijo ECDM, Lima LA. Tentativas de suicídio: fatores prognósticos e estimativa do excesso de mortalidade. *Cad Saúde Pública.* 2013;29(1):175-187. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100020>
30. Brooks SE, Burruss SK, Mukherjee K. Suicide in the elderly: a multidisciplinary approach to prevention. *Clin Geriatr Med.* 2019;35(1):133-45. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cger.2018.08.012>

