

Suicídio de idosos no Brasil: 1996-2017

Suicide of the elderly in Brazil: 1996-2017

Suicidio de ancianos en Brasil: 1996-2017

Hellen Torres Coelho¹, Linconl Agudo Oliveira Benito²

Como citar: Coelho HT, Benito LAO. Suicídio de idosos no Brasil: 1996-2017. REVISA. 2020; 9(3): 405-18. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n3.p405a418>

REVISA

1. Centro Universitário de Brasília.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-2526-3144>

2. Centro Universitário de Brasília.
Programa de Pós-Graduação em
Ciências e Tecnologias e Saúde.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0001-8624-0176>

Recebido: 27/04/2020
Aprovado: 23/06/2020

RESUMO

Objetivo: Analisar a mortalidade de idosos por suicídio no "Brasil" entre "1996 a 2017". **Método:** Pesquisa epidemiológica, exploratória, descritiva e quantitativa. Os dados foram extraídos no Sistema de Informação sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS) e organizados no software Microsoft Excel 2016® pertencente ao pacote Microsoft Office 2016®, sendo implementada análise estatística descritiva. **Resultados:** Foi identificado o universo de 29.768 registros, com média e desvio-padrão de (1353,1±375,7). A região Sudeste (SE) registrou a maior preponderância com 35,2% (n=10.490). Também foi verificada maior preponderância com 54,5% (n=16.231) pessoas com 60 a 69 anos, 81,3% (n=24.213) pessoas do sexo masculino, 62,4% (n=18.582) da raça/cor branca, 19,2% (n=5.713) possuíam entre 1 a 3 anos de escolarização, 51,5% (n=15.339) se encontravam casados(as) e 66% (n=19.646) tiveram registro de óbito no domicílio. **Considerações finais:** Foi verificado aumento na frequência de registros de casos de suicídio de idosos no recorte geográfico e histórico analisados.

Descritores: Mortalidade; Idoso; Suicídio; Epidemiologia

ABSTRACT

Objective: To analyze the mortality of elderly people due to suicide in "Brazil" between "1996 to 2017". **Method:** Epidemiological, exploratory, descriptive and quantitative research. The data were extracted in the Mortality Information System of the Ministry of Health (SIM/MS) and organized in the Microsoft Excel 2016® software belonging to the Microsoft Office 2016® package, and a descriptive statistical analysis was implemented. **Results:** The universe of 29,768 records was identified, with mean and standard deviation (1353,1±375,7). The Southeast region (SE) registered the largest preponderance with 35.2% (n=10.490). There was also a greater preponderance with 54.5% (n=16.231) people aged 60 to 69 years, 81.3% (n=24.213) male, 62.4% (n=18.582) of white race/color, 19.2% (n=5.713) had between 1 and 3 years of schooling, 51.5% (n=15.339) were married and 66% (n=19.646) had a death record at home. **Final considerations:** There was an increase in the frequency of records of suicide cases among the elderly in the analyzed geographical and historical context

Descriptors: Mortality; Old man; Suicide; Epidemiology.

RESUMEN

Objetivo: analizar la mortalidad de personas mayores por suicidio en "Brasil" entre "1996 a 2017". **Método:** Investigación epidemiológica, exploratoria, descriptiva y cuantitativa. Los datos se extrajeron en el Sistema de Información de Mortalidad del Ministerio de Salud (SIM /MS) y se organizaron en el software Microsoft Excel 2016® que pertenece al paquete Microsoft Office 2016®, y se implementó un análisis estadístico descriptivo. **Resultados:** Se identificó el universo de 29,768 registros, con media y desviación estándar (1353,1±375,7). La región sureste (SE) registró la mayor preponderancia con 35.2% (n=10.490). También hubo una mayor preponderancia con 54.5% (n=16.231) personas de 60 a 69 años, 81.3% (n=24.213) hombres, 62.4% (n=18.582) de raza/color blanco, 19.2% (n=5.713) tenían entre 1 y 3 años de escolaridad, 51.5% (n=15.339) estaban casados y 66% (n=19.646) tenían un registro de defunción en el hogar. **Consideraciones finales:** Hubo un aumento en la frecuencia de registros de casos de suicidio entre los ancianos en el contexto geográfico e histórico analizado.

Descritores: Mortalidad; Anciano; Suicidio; Epidemiología.

ORIGINAL

Introdução

A palavra suicídio (*suicidium*) é de origem latina e significa matar a si mesmo de maneira intencional, onde, na grande maioria dos casos, se associa com um quadro de transtorno mental (TM), sendo que esse fato nos leva a refletir sobre o processo em que leva a pessoa cometer tal ato.¹ Pode ser considerado enquanto fenômeno multideterminado, e que se manifesta como um pedido de ajuda, reconhecível e previsível, que necessita de suporte e resposta imediata.²

O sociólogo Émile Durkheim é considerado um dos pensadores mais importantes relacionados à temática em questão, defendendo em sua obra possuidora do título “O suicídio”, que ele se constitui enquanto uma questão social, sofrendo variação de acordo com a razão inversa do grau de interação social das pessoas com a sociedade.³

Trata-se de um problema social que impacta direta ou indiretamente em diversos contextos e aspectos da sociedade, podendo estar associado à doenças mentais, fatores sociais, crises econômicas, religiosidade, divórcio, renda, educação, desemprego, intolerâncias diversas, variáveis meteorológicas, dentre outros.⁴ Para alguns pesquisadores, para cada caso de suicídio existam ao menos 10 tentativas anteriores implementadas pela vítima.⁵

Para alguns pesquisadores, a pessoa idosa se constitui enquanto um ser vulnerável ao suicídio, por conta das várias mudanças ocorridas em seu organismo em relação do processo de envelhecimento.⁶ Nesse sentido, o envelhecimento da população ganha destaque devido a mudanças demográficas que vem ocorrendo nos últimos anos, e desta forma, o mesmo pode se constituir enquanto um fator de risco ao comportamento suicida.⁷⁻⁹

Em nosso cotidiano existencial, os processos ocorrem de forma acelerada e tudo se torna rapidamente obsoleto, e desta forma, o idoso encontra pouco espaço, dificuldade de auto aceitação e até mesmo rejeição.¹⁰ Nesse contexto, as pessoas temem a morte, entretanto, ela pode ser considerada por pessoas que se encontrem emocionalmente fragilizadas, enquanto uma forma de alívio para os que não encontram alternativas para seus problemas, que acabam buscando em comportamentos autodestrutivos, acabar com a própria vida.¹¹⁻¹²

Desta forma, é considerado comportamento suicida qualquer ato por meio do qual a pessoa provoca lesão a si, independente do grau, sendo classificado em três (03) categorias distintas, ou seja, a ideação suicida, a tentativa e o ato consumado.⁵ O suicídio leva a inúmeros questionamentos, dentre eles algo é pertinente, ninguém quer deixar de viver, e nesse sentido, o suicida não quer dar um fim a sua própria vida, mas sim, dar um fim ao seu sofrimento.¹²⁻¹³

Com o avanço da tecnologia, muitos idosos deixam de se sentir positivos para sociedade, uma vez que perdem o status social decorrente as perdas de papéis sociais acabam se sentindo um peso tanto para família, quanto para o estado.¹⁴ Ele ocorre muitas vezes pela dificuldade em dimensionar, registrar e oficializar atos suicidas efetivos e, essa dificuldade se intensifica pelo tabu que ainda existe, principalmente para a família da vítima.¹⁵

A Política Nacional do Idoso tem como objetivo assegurar os direitos dentro das instâncias da sociedade por meio de medidas de inclusão e benefícios que permitem e tornam democrático o acesso dessa parcela da população aos serviços essenciais, contribuindo para a mitigação do fenômeno

suicida.¹⁶⁻¹⁷ Outro importante marco na defesa dos direitos dessa importante parcela populacional é a Lei de número 10.741, de 1 de outubro de 2003, mais conhecida enquanto Estatuto do Idoso, objetivando a maior inserção social e amparo aos seus direitos inalienáveis¹⁸ e acesso aos serviços que garantam o envelhecimento ativo.¹⁷⁻¹⁸

Nesse sentido, a presente pesquisa objetivou analisar a mortalidade de idosos por suicídio no recorte geográfico formado pelo “Brasil” e no recorte histórico formado pelos anos de “1996 a 2017”, ou seja, vinte (21) anos.

Método

Trata-se de um estudo do tipo epidemiológico, exploratório, descritivo e de abordagem quantitativa, sendo que os dados foram extraídos junto ao Sistema de Informação sobre Mortalidade do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde (SIM/DATASUS/MS). Objetivando facilitar o processo de aquisição dos dados necessários a construção da presente pesquisa, foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças em sua décima edição (CID10), no capítulo “XX” e com os códigos “X60 ao X84”, relacionados às “lesões autoprovocadas intencionalmente”.

O SIM/DATASUS/MS é o mais antigo dos sistemas de informação em saúde de abrangência nacional, em funcionamento desde a sua instituição registrada no ano de 1975 e, desta forma, a presente base de informações é a Declaração de Óbito (DO), que possui um modelo único padronizado para toda a nação brasileira¹⁹. Já para outros pesquisadores, os registros realizados em relação ao fenômeno de mortalidade são enviados periodicamente às respectivas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e, posteriormente a esta atividade, transmitidos para o órgão máximo da saúde no Brasil²⁰.

Para facilitar a realização da presente produção, foi instituído como pessoa idosa aquele que possui faixa etária igual ou superior a 60 anos, conforme o que se encontra preceituado na **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que** dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências¹⁷ e também da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.¹⁸

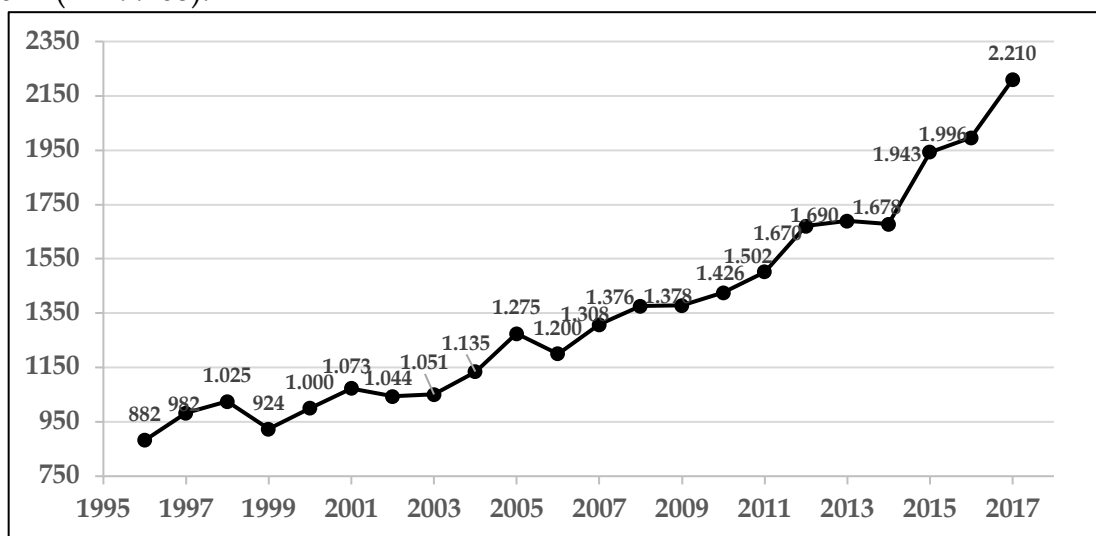
No decurso do processo de extração dos dados, foi possível identificar as categorias analíticas, “ano”, “região brasileira”, “unidade federativa”, “sexo”, “idade”, “raça/cor”, “escolaridade”, “estado civil” e local de ocorrência do óbito”. Após a aquisição dos dados, os mesmos foram organizados junto ao software Microsoft Excel 2016® pertencente ao pacote Microsoft Office 2016® for Windows®.

Foi implementada análise estatística descritiva com o desenvolvimento dos cálculos relacionados aos valores mínimos, valores máximos, percentuais (%), médias aritméticas e desvio-padrão (σ). Os resultados adquiridos foram expostos por meio de duas (02) figuras e de três (03) tabelas explicativas. Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse.

Resultados

Após o processo de extração dos dados se procedeu a sua organização, sendo possível identificar o universo de 29.768 registros de mortalidade de idosos no recorte geográfico e histórico analisados, além de média e desvio-padrão de (1353,1±375,7). Foi verificado ainda que o ano de 2017 registrou a maior preponderância de registros de casos com 7,4% (n=2210) e a menor preponderância foi identificada no ano de 1996 com 3% (n=882), conforme exposto junto a figura 1.

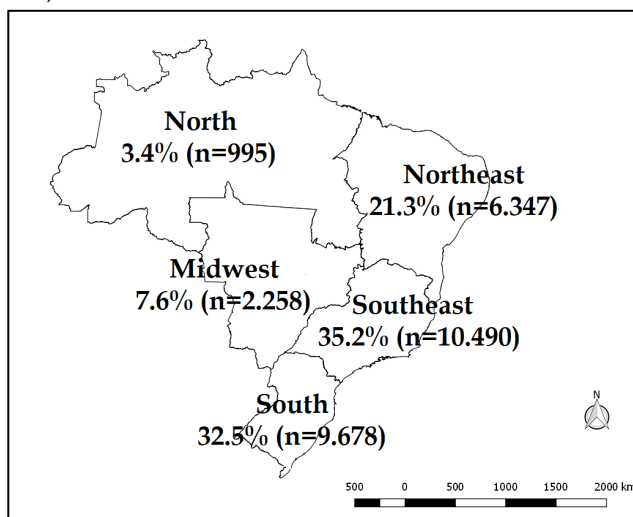
Figura 1 - Distribuição de registros de suicídio de idosos por ano no Brasil, 1996 a 2017 (n=29.768):



Fonte: SIM/MS, 2020.

Já quando analisada a frequência de registros de suicídio de idosos por regiões brasileiras foi verificado que a região sudeste (SE) registrou a maior preponderância com 35,2% (n=10.490) e a região Norte (N) a menor com 3,4% (n=995) conforme exposto junto a figura 2.

Figura 2 - Distribuição dos registros de suicídio de idosos por regiões no Brasil, 1996 a 2017 (n=29.768):



Fonte: SIM/MS, 2020.

Em relação a frequência de registros de suicídios de idoso por unidades federativas (UF) foi verificado que o estado do Rio Grande do Sul (RS) registrou a maior preponderância com 18,9% (n=5.614) e o Amapá (AP) a menor com 0,1% (n=37) conforme exposto junto a tabela 1.

Tabela 1 - Frequência de registros de suicídio de idosos por unidades federativas no Brasil, 1996-2017 (n=29.768):

UF	f	%
Rio Grande do Sul	5.614	18,9
São Paulo	5.475	18,4
Minas Gerais	2.834	9,5
Paraná	2.040	6,9
Santa Catarina	2.024	6,8
Rio de Janeiro	1.746	5,9
Ceará	1.401	4,7
Bahia	1.225	4,1
Pernambuco	1.110	3,7
Goiás	1.095	3,7
Piauí	629	2,1
Rio Grande do Norte	539	1,8
Mato Grosso do Sul	516	1,7
Paraíba	505	1,7
Espírito Santo	435	1,5
Maranhão	431	1,4
Mato Grosso	427	1,4
Pará	370	1,2
Sergipe	257	0,9
Alagoas	250	0,8
Distrito Federal	220	0,7
Tocantins	210	0,7
Amazonas	157	0,5
Rondônia	140	0,5
Acre	43	0,1
Roraima	38	0,1
Amapá	37	0,1
Total	29.768	100

Fonte: SIM/MS, 2020.

Em relação ao perfil socioeconômico e/ou sociodemográfico dos idosos que tiveram registro de óbito por suicídio, foi percebido que a maior preponderância composta por 54,5% (n=16.231) foram daqueles que possuíam faixa etária de 60 a 69 anos, 81,3% (n=24.213) eram do sexo masculino, 62% (n=18.582) declararam ser de raça/cor branca, 19,2% (n=5.713) possuíam de 1 a 3 anos de escolarização, 51,5% (n=15.339) declararam se encontrar casados(as), 66% (n=19.646) tiveram enquanto local de registro do óbito o domicílio, conforme exposto junto à tabela de número 2.

Tabela 2 - Distribuição de registros de suicídio de idosos por idade, sexo, escolarização, raça/cor, estado civil, local de registro do óbito no Brasil, 1996 a 2016 (n=29.768).

Idade	f	%
60 a 69 anos	16.231	54,5
70 a 79 anos	9.313	31,3
80 anos e mais	4.224	14,2
Sexo		
Masculino	24.213	81,3
Feminino	5.552	18,7
Ignorado	3	0,0
Raça/Cor		
Branca	18.582	62,4
Parda	7.041	23,7
Preta	979	3,3
Amarela	326	1,1
Indígena	53	0,2
Ignorado	2.787	9,4
Escolarização		
1 a 3 anos	5.713	19,2
4 a 7 anos	4.671	15,7
Nenhuma	3.629	12,2
8 a 11 anos	2.237	7,5
12 anos ou mais	1.567	5,3
1 a 8 anos	143	0,5
9 a 11 anos	109	0,4
Ignorado	11.699	39,3
Estado civil		
Casado	15.339	51,5
Viúvo	5.671	19,1
Solteiro	4.126	13,9
Separado judicialmente	2.161	7,3
Ignorado	2.037	6,8
Outro	434	1,5
Local de registro		
Domicílio	19.646	66
Hospital	4.996	16,8
Outros	3.243	10,9
Via pública	1.335	4,5
Outro estabelecimento de saúde	240	0,8
Ignorado	308	1
Total	29.768	100

Fonte: SIM/MS, 2020.

Em relação ao método de suicídio utilizado foi percebido que a maior preponderância composta por 61% (n=18.149) foi o X70 relacionado a lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação e a menor preponderância que foi o X62 relacionado a autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte, conforme exposto junto à tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de registros de mortalidade de idosos por suicídio pelo método utilizado no Brasil, 1996 a 2017 (n=29.768):

Método		
X70 - Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.	18.149	61
X74 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada.	3.002	10,1
X68 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas.	1.507	5,1
X80 - Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado.	1.038	3,5
X84 - Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados.	1.030	3,5
X72 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão.	917	3,1
X69 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas.	837	2,8
X78 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante.	694	2,3
X76 - Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas.	659	2,2
X71 - Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão.	445	1,5
X79 - Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente.	368	1,2
X64 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas.	334	1,1
X61 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte.	219	0,7
X73 - Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre.	124	0,4
X83 - Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados.	104	0,3
X65 - Autointoxicação voluntária por álcool.	93	0,3
X82 - Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor.	59	0,2
X81- Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento.	48	0,2
X66 - Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores.	39	0,1
X67 - Autointoxicação intencional por outros gases e vapores.	34	0,1
X60 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos.	24	0,1
X63 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo.	16	0,1
X77 - Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes.	11	0,0
X75 - Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos.	9	0,0
X62 - Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos (alucinógenos) não classificados em outra parte.	8	0,0
Total	29.768	100

Fonte: SIM/MS, 2020.

Nesse sentido, foi verificado aumento na frequência de registros de suicídio de idosos no recorte geográfico e histórico analisados, com as maiores preponderâncias identificadas na região Sudeste (SE), no estado do Rio Grande do Sul (RS), em idosos pertencentes a faixa etária de 60 a 69 anos, do sexo masculino, de raça/cor branca, com escolarização de 1 a 3 anos, casados(as), que tiveram o registro de autoextermínio no domicílio e com o modus operandi de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação.

Discussão

Em relação ao aumento na frequência de registros de suicídio de idosos no recorte geográfico e histórico analisados, ela se encontra de comum acordo com a literatura científica que sustenta a ampliação dos registros no Brasil⁴. Para alguns pesquisadores, os padrões epidemiológicos demonstram que a taxa de mortalidade por suicídio em idosos é de aproximadamente três vezes (3x) quando comparados com outras faixas etárias.^{21-22,29}

O comportamento suicida se encontra relacionado a múltiplos fatores, como por exemplo, à doença(s) psiquiátrica(s), transtornos de humor, principalmente transtorno depressivo e transtorno bipolar, o abuso de álcool e de drogas.²¹⁻²² Já para outros pesquisadores, o processo de inserção na sociedade de uma pessoa na qual convive em meio a drogas, álcool, brigas constantes e onde não há diálogo, se torna mais complexo. Isso se deve ao fato da pessoa crescer em um mundo de problemas e de preocupações que muitas vezes nem são dele, mas que acabam causando transtornos psíquicos ou estresse elevado que pode levar a prática do suicídio pelo fato de estar perto de um familiar que está passando por dificuldades ou trazendo problemas para os demais membros da família.^{3,22}

Quando analisada a frequência de registros de suicídios de idoso e a sua maior preponderância junto a região sudeste (SE) ela encontrou sustentação junto a literatura científica quando é apontado que nessa região brasileira, estão concentrados aproximadamente 50% dos registros de autocídios identificados em todo o Brasil.^{26,35,36} Em relação a maior preponderância de registros de casos de suicídios de idosos registrada no estado do RS, também se encontra de comum acordo com o que é defendido pela literatura científica, inclusive por conta desse fenômeno se encontrar relacionado com o fenômeno histórico de autocídio implementado por lavradores do interior da referida unidade federativa brasileira.³⁶

No que se refere a maior preponderância de idosos pertencentes a faixa etária de 60 a 69 anos possuem os maiores registros de suicídio, também foi verificado que a mesma encontra sustentação junto a literatura científica, pois, existe um número maior de pessoas nesse intervalo etário, estando eles mais ativos socialmente e, portanto, com melhores condições de mobilidade do que os idosos de idade mais avançada.^{31,32} Desta forma, a idade é um fator importante na configuração dos suicídios, pois, os dados nos mostram que o número elevado de suicídio no sexo masculino na terceira idade, é maior devido aos meios mais eficazes utilizados por eles para cometer o autoextermínio.^{28-29,32}

A faixa etária entre 60 e 69 anos é onde se concentra a maioria dos que têm comportamento de risco, e nesse sentido, a maior frequência dessas pessoas, confirmar os dados de maior taxa de tentativa de suicídio.³¹⁻³³ Já no que se refere a maior preponderância de idosos do sexo masculino registrara a maior frequência de suicídios, também foi verificada conformidade com o que se encontra descrito na literatura científica quando é defendido que eles possuem maior êxito na efetivação do referido intento, o que demonstra a expressividade desta ocorrência no Brasil, confirmando a tendência mundial de que eles são três vezes (3x) mais propensos do que as mulheres.^{27-28,34}

A maior ocorrência de suicídios entre os idosos do sexo masculino pode ser atribuída ao desempenho da masculinidade, mostrando os comportamentos que predispõe o autocídio, incluindo a competitividade, impulsividade e o maior acesso às tecnologias letais.^{27,34} A proporção de óbitos por suicídio segundo sexo nos mostra uma maior prevalência no sexo masculino, podendo ser analisados em específico, o fim da vida laboral ativa, morte de cônjuges, diagnóstico de alguma doença grave, perda dos contatos sociais, privação no âmbito do próprio domicílio.^{8,30}

Já para outros pesquisadores, as pessoas do sexo feminino estão mais propensas a tentar o autoextermínio, todavia, tendem a desenvolver mais estratégias para lidar com situações difíceis, além de reconhecerem com mais facilidade sinais de risco, de buscarem mais ajuda profissional e de contarem com maior rede de suporte social quando estão em crise.^{25,34} O maior quantitativo de tentativas de suicídio é pelo sexo feminino, onde utilizam de métodos com uma menor letalidade, como intoxicação por medicamentos.²⁶⁻²⁷

Desta forma, elas tendem a ter auxílio no enfrentamento de situações extremas, muitas vezes pela religião, família e acabam se preocupando mais com a própria saúde, principalmente mental e emocional e buscam ajuda profissional com uma resistência menor que os homens.²⁵⁻²⁸ As tentativas de suicídio fazem parte de um tipo de comportamento próprio, podendo ser definidas como atos intencionais de autoagressão que não resultam em morte, englobando atitudes e comportamentos variados, desde atos mais graves sem resultar em morte, até autoagressões que não necessitam de atendimento em serviços de saúde, o que dificulta a realização de estudos que abordem tal questão.^{23-24,28}

No que se refere aos idosos que possuem raça/cor branca registrarem maior preponderância junto aos registros de suicídio analisados, também foi identificada concordância com o que se encontra fundamentado na literatura científica quando é defendido que em estudos de âmbito nacional, o maior quantitativo populacional desta parcela da sociedade.¹⁰ Em relação a maior preponderância de pessoas idosas com reduzida escolarização cometerem a maior frequência de suicídios, também foi verificada que a mesma se encontra de comum acordo com o que é proposto junto as publicações científicas, quando é defendido que essa parcela da sociedade, normalmente possui reduzido nível socioeconômico e educacional.^{3-4,10}

Nesse sentido, a mesma se encontra constituída especialmente de pessoas da classe trabalhadora e também, possuidores de culturas distintas, por não conseguirem se enquadrar nos modelos culturais da atualidade, acabam não resistindo à carga de terem que deixar suas raízes e, por conta disso, acabam cometendo tal ato.^{3,10,30} Já em relação a idosos(as) casados(as) registrarem a maior frequência no quantitativo de suicídios, também foi

encontrada sustentação junto a literatura científica, quando é proposto que esse fenômeno se relaciona aos aspectos culturais da sociedade, que por grandes períodos se manteve o padrão do casamento.³¹⁻³³

Estudos afirmam que a relação conjugal representa uma grande importância para a saúde das pessoas de forma geral, podendo ser mais saudáveis que os solteiros, todavia, se verifica que o casamento pode ter consequências negativas para a saúde, quando um ou ambos os cônjuges apresentam alguma insatisfação, ou ainda, quando há a presença de dificuldades na resolução de conflitos cotidianos.³¹⁻³² Em muitas literaturas o casamento é citado como fator protetor.¹⁰

No que se refere a maior preponderância identificada de registros de autoextermínio de idosos verificados no domicílio, também foi verificada correlação com o que se encontra proposto junto a literatura científica, pois, a perda de valorização social e familiar pode resultar em isolamento, o que pode favorecer e até mesmo facilitar a execução do suicídio.¹⁰ O local mais frequente de ocorrência é o domicílio, que apresenta relação significativa com os idosos, e desta forma, se observa escolha da residência provavelmente por morarem sozinhos.^{8,14,20}

Desta forma e, por conta dos cuidadores poderem se ausentar para o trabalho e atividades cotidianas, o desenvolvimento deste fenômeno se torna mais facilitado. Nos ambientes hospitalares, foi evidenciada a segunda maior frequência de óbitos, e nesse sentido, esse fenômeno pode estar relacionado ao fato desses idosos, apesar de receberem atendimento de emergência, podem apresentar ainda quadro clínico irreversível.¹⁰⁻¹¹

Já em relação a maior preponderância de registros de suicídios de idoso serem pelo *modus operandi* de lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, também encontra conjugação junto a literatura científica, pois, esse fenômeno pode ser explicado pelo fácil acesso a diversos materiais que, devidamente usados, podem provocar o efeito de asfixia mecânica de forma improvisada.^{26,27,28} Já para outros pesquisadores, o acesso a diferentes meios para cometer suicídio aumenta as chances da pessoa cometer o autoextermínio, especialmente por meio de pesticidas e outros venenos.^{24,26,30,33}

Os óbitos decorrentes do uso de pesticidas, os quais são comercializados ilegalmente para outros fins, sugerem controle e fiscalização inadequados. Ainda é possível encontrar facilmente “chumbinho”, produto fabricado com agrotóxicos e vendido como “veneno para ratos” no país.^{24,26,33} As três principais encontradas são enforcamento, uso de arma de fogo e intoxicação por pesticidas, sendo a lesão por enforcamento responsável por mais de 50% dos suicídios cometidos. São apontados que os regulamentos mais rigorosos para armas de fogo, pesticidas e outros meios de suicídio possam ter contribuído para o aumento do suicídio pelo enforcamento.³²⁻³⁴

No que se refere a questão da subnotificação de casos de registros de suicídios de idosos, também foi encontrada correlação com o que é proposto pela literatura científica, pois, o quantitativo de casos real de autócídios é subestimado em muitas nações, o que dificulta a obtenção de uma medida fidedigna deste tipo de óbito.^{23,24} Desta forma, a questão da subnotificação de casos pode ser causada por vários fatores, como por exemplo o preenchimento incorreto da certidão de óbito no caso de suicídio, pelos cemitérios clandestinos e ainda, por conta de solicitações da família para mudar a causa de morte, o que retifica a ideia de ser o suicídio uma realidade ignorada e também escondida pela população.^{25-26,30}

Já para outros pesquisadores, ainda em relação à subnotificação de casos de suicídio, é mais comum apresentar a natureza da lesão em vez da circunstância em questão, como por exemplo, a afogamento ou o acidente automobilístico, ou ainda, eles são classificados como óbitos de causa desconhecida ou indeterminada.²⁵⁻²⁸ No que se refere ao convívio familiar, se percebe questões diretamente ligadas ao suicídio, sendo a família o primeiro alicerce no qual a pessoa entra em contato no seu processo de socialização.³

Os dados mostram que, embora a maioria dos idosos tenha deixado pistas verbais, comportamentais ou situacionais, os pedidos de ajuda exigiriam muita sensibilidade dos familiares e cuidadores. Pois, na maioria das vezes, pistas verbais ou comportamentais são exibidas, mas, parentes e amigos tendem a não as levar em consideração.²⁹⁻³¹

Programas de prevenção e estratégias outras mais eficientes contra o suicídio podem ser orientadas pelo conhecimento das causas de óbito. Quanto às outras causas de suicídio que são de maior dificuldade de controle, cabe a precoce identificação da pessoa idosa propensa para a adoção de medidas que limitem o acesso a esses meios. Sendo assim, é necessário o funcionamento de serviços especializados de atenção à saúde mental com profissionais habilitados em identificar e assistir corretamente os casos mais graves nos contextos de tentativas e desejos de suicídio.²³

Conclusão

Por meio da presente pesquisa, foi verificado aumento na frequência de registro de suicídio de idosos no recorte geográfico e histórico analisados. Apesar da subnotificação dos registros investigados e das limitações existentes junto ao presente estudo, é possível se ter um panorama geral do fenômeno analisado em âmbito nacional, sendo viável verificar a importância da temática e sua contribuição para um melhor entendimento do fenômeno em questão.

Por se constituir enquanto uma realidade complexa e multifatorial, se verifica a necessidade de serem redobrados os esforços para redução deste problema de saúde pública nacional e internacional. A questão do suicídio implementado por pessoas idosas, se constituir enquanto temática atual, além de desafio a toda a sociedade, é necessário serem repensadas metodologias e estratégias para a sua mitigação, combate e controle.

O processo de formação, qualificação e requalificação dos profissionais de saúde, em seus vários níveis constitutivos, também se representa enquanto importante estratégia para o processo de prevenção do suicídio de idosos pertencentes a todos os extratos constituintes da sociedade. Os vários mecanismos e estratégias propostas para garantia da segurança da pessoa idosa, que se encontra na iminência do desenvolvimento do autoextermínio, devem ser apoiados enquanto forma de manutenção desses serviços.

Os vários fatores direta e indiretamente relacionados a questão do autoextermínio do idoso, como o por exemplo, o etilismo, a dependência química, as enfermidades psicológicas e psiquiátricas, dentre muitos outros, devem ser combatidos, enquanto forma de prevenção a esta ruidosa questão social. A sociedade necessita garantir meios para que a pessoa idosa desenvolva o seu envelhecimento de forma ativa e exercendo a sua cidadania de forma ampla.

Referências

1. Cortez PA, Veiga HMS, Gomide APA, Souza MVR. Suicídio no trabalho: um estudo de revisão da literatura brasileira em psicologia. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2019;19(1):523-531. doi: <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2019.1.14480>.
2. Ribeiro JM, Moreira MR. Uma abordagem sobre o suicídio de adolescentes e jovens no Brasil. *Ciência saúde coletiva*. 2018;23(9):2821-2834. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018239.17192018>.
3. Almeida FM. O suicídio: Contribuições de Émile Durkheim e Karl Marx para a compreensão desse fenômeno na contemporaneidade. *Revista Aurora*. 2018;11(1): 119-138. doi: <https://doi.org/10.36311/1982-8004.2018.v11n1.07.p119>.
4. Araújo RS. Análise econométrico-espacial do suicídio no Brasil. 2020. 62f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, jan. 2020.
5. Moreira LCO, Bastos PRHO. Prevalência e fatores associados à ideação suicida na adolescência: revisão de literatura. *Psicologia Escolar e Educacional*. 2015;19(3):445-453. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0193857>.
6. Rosa L, Demarco TT. Suicídio na terceira idade e as estratégias de intervenção. *Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc Videira*. 2019;4: e23385.
7. Oliveira ATR. Envelhecimento populacional e políticas públicas: desafios para o Brasil no século XXI. *Espaço e Economia. Revista Brasileira de Geografia Econômica*. 2016;8(8).1-20. doi: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.2140>.
8. Azevedo UM. Perfil da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil: uma análise das diferenças entre os gêneros. 2018. 65f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, dez. 2018.
9. Gomes AV, Cardoso PKB, Rocha FCV, Carvalho CMS, Sales MCV. Perfil sociodemográfico de idosos vítimas de suicídio em um estado do Nordeste do Brasil. *Revista Baiana de Enfermagem*. 2018;32(1): e26078. doi: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v32.26078>.
10. Carvalho AF. Perfil epidemiológico dos casos de intoxicação por medicamentos registrados Centro de Informação e Assistência Toxicológica do Distrito Federal entre 2011 e 2016. 64 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) Universidade de Brasília, Brasília, dez. 2017.
11. Ferraiuoli C, Ferreira S. O outro lado da "melhor idade": Depressão e Suicídio em Idosos. *Humanas & Sociais Aplicadas*. 2017;18(7):43-53. doi: <https://doi.org/10.25242/88767182017821>.
12. Carvalho IL do N, Lôbo APA, Aguiar CA de A, Campos AR. A intoxicação por psicofármacos com motivação suicida: uma caracterização em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. 2017;20(1):129-137. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160064>.
13. Macedo FL, Bernardo BT. Suicídio no idoso: aspectos psicossociais que contribuem para o aumento do suicídio em pessoas idosas. *Revista InterCiência*. 2019;1(3):60-69.
14. Barros MSR. Política nacional do idoso: uma análise sobre os mecanismos de controle democrático. 2019. 213 f., il. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília. 2019.

15. Placideli N, et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. *Revista de Saúde Pública*. 2020;54(6). doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001370>.
16. Souza JC, et al. Ações de promoção à saúde sobre suicídio no município de Campo Grande/MS: relato de experiência. *Pesquisa, sociedade e desenvolvimento*. 2020;9(7):1-16. doi: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i7.3650>.
17. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei número 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18842.htm]. Acesso em: 11 jun 2020.
18. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei de número 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm]. Acesso em: 11 de jun 2020.
19. Brasil. Ministério da Saúde. A experiência brasileira em sistemas de informação em saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.148p.
20. Morais RM, Costa AL. Uma avaliação do Sistema de Informações sobre Mortalidade. *Saúde Debate*. 2017;41.n.(esp):101-17.
21. Breda LC, Guerra P. Suicídio entre crianças e adolescentes, suas principais causas e métodos: Síntese de evidências. *UNILUS Ensino e Pesquisa*. 2019;16(42):39-49.
22. Rosa NM, Campos APS, Guedes MRJ, Sales CCF, Mathias TAF, Oliveira MLF. Intoxicações associadas às tentativas de suicídio e suicídio em crianças e adolescentes. *Revista de Enfermagem da UFPE*. 2015;9(2):661-668. doi: 10.5205/revol.7028-60723-1-SM.0812201423.
23. D'Eça Júnior A, Rodrigues LS, Filho EPM, Costa LLN, Rêgo AS, Costa LC, Batista RFL. Mortalidade por suicídio na população brasileira, 1996-2015: qual é a tendência predominante? *Caderno Saúde Coletiva*. 2019;27(1):20-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201900010211>.
24. Mata KCR, Daltro MR, Ponde MP. Perfil epidemiológico de mortalidade por suicídio no Brasil entre 2006 e 2015. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*. 2020;9(1):74-87. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rpsds.v9i1.2842>.
25. Cicogna JIR, Hillesheim D, Hallal ALLC. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2019;68(1):1-7. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000218>.
26. Filho MC, Zerbini T. Epidemiologia do suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*. 2016;21(2): 45-51. doi: <https://doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>.
27. Conceição HN, et al. Vulnerabilidade a ideações e práticas suicida em idosos e o impacto familiar e social. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 2018;(Sup.12): S1252-S1258. doi:10.25248/REAS220_2018.
28. Santos CB. Mortalidade por suicídio em idosos no estado do Rio Grande do Sul e no município de Porto Alegre, 2001-2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, jan. 2018.

29. Nunes ASR. Avaliação do risco de suicídio em idosos e fatores associados. 2018. 81 fl. (Trabalho de Conclusão de Curso - Monografia), Curso de Bacharelado em Enfermagem, Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité - Paraíba - Brasil, jul. 2018.
30. Cristovão KKA, Souza RA. Fatores de risco relacionados ao suicídio em idosos: revisão bibliográfica de artigos nacionais publicados de 2009 até 2018. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Enfermagem) Centro Universitário São Lucas, Porto Velho, 2018.
31. Minayo MCS, Figueiredo AEB, Mangas RMN. O comportamento suicida de idosos institucionalizados: histórias de vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2017;27(4):981-1002. doi: <https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000400007>.
32. Pinto LW, Assis SG, Pires TO. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2012;17(8):1963-1972. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>.
33. Gondim APS, Nogueira RR, Lima JGB, Lima RAC, et al. Tentativas de suicídio por exposição a agentes tóxicos registradas em um Centro de Informação e Assistência Toxicológica em Fortaleza, Ceará, 2013. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*. 2017;26(1):109-119. doi: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742017000100012>.
34. Barros MVM. Análise da mortalidade por suicídio no Brasil 1996 a 2015. 2018. 26f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, mai. 2018.
35. Macente LB, Zandonade E. Avaliação da completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio na região Sudeste, Brasil, no período de 1996 a 2007. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 2010; 59(3):173-181. doi: <https://doi.org/10.1590/S0047-20852010000300002>.
36. Lovisi GM, Santos AS, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Supl II):S86-93. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

Autor de Correspondência

Lincoln Agudo Oliveira Benito
SEPN 707/907, Via W 5 Norte, Campus
Universitário. CEP: 70790-075. Asa Norte.
Brasília, Distrito Federal, Brasil.
lincolnbenito@yahoo.com.br