

O OUTRO LADO DA “MELHOR IDADE”: DEPRESSÃO E SUICÍDIO EM IDOSOS

Ceneida Ferraiuoli

Graduada em Psicologia/ISECENSA/RJ
ceneidapaes@gmail.com

Scheilla Maria Ribeiro Rocha Ferreira

Especialista em Saúde Coletiva/ISECENSA/RJ
scheillaferreira@oi.com.br

RESUMO

Este trabalho buscou chamar a atenção dos profissionais de psicologia sobre um grupo social pouco observado pela sociedade: os idosos. Os idosos fazem parte do grupo populacional de maior risco para o suicídio e, apesar disso, esta questão ainda recebe pouca atenção da saúde pública. A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em idosos e, sabendo que esta patologia também é um dos principais riscos para o suicídio, este estudo buscou discutir sobre o transtorno depressivo entre os idosos, bem como analisar os fatores preponderantes que levam um indivíduo nesta faixa etária a desistir da vida.

Através de uma revisão de literatura e análise de estudos já existentes baseados em autópsias psicológicas, foi possível concluir que além da depressão, as enfermidades físicas, o isolamento social e os fatores psicossociais também possuem grande influência na decisão dos idosos.

Palavras-chave: Idoso; Depressão; Suicídio.

ABSTRACT

This study wanted to catch psychology professionals' eye on a social group little noticed by society: the elderly. The elderly is the group most at risk for suicide, however, this question still receives little public health's attention. Depression is the most common psychiatric disorders in elderly people. Knowing that one of the main risks for suicide is depression, this study sought to discuss about the depressive disorder among the elderly, as well as analyze the major factors that lead an individual in this age group to give up on life.

Through a literature review and analysis of existing studies based on psychological autopsies, it was concluded that in addition to depression, physical diseases, loneliness and psychosocial factors also have great influence on the decision of the elderly.

Keywords: Aged; Depression; Suicide.

1. INTRODUÇÃO

O papel social do idoso já sofreu várias modificações ao longo dos anos. Nas sociedades tradicionais a imagem do idoso era marcada como o dono da sabedoria e da experiência vivida. Na Grécia antiga era considerado um privilégio ser um ancião. No séc. VI, com a decadência do Império Romano e início do Cristianismo, os idosos passaram a ter pouco acesso à vida pública, uma vez que alguns governantes e papas eram homens jovens. Atualmente, com a industrialização, valoriza-se mais o indivíduo que produz mais e que consome mais logo, o idoso novamente perde seu valor, pois, ao contrário, ele produz menos e consome menos.

A Organização Mundial de Saúde utiliza a terminologia terceira idade para conceituar pessoas com 60 anos ou mais, nos países em desenvolvimento, e 65 anos ou mais, nos países desenvolvidos. Porém, ao longo da história, o conceito de envelhecimento já recebeu várias conotações, desde o ancião respeitável, ao velho, até chegar a terceira idade, que foi um termo inserido pela mídia e aceito pela população como uma forma de substituir a palavra velho, sendo, assim, uma forma de amenizar o peso dos anos (SCHARFSTEIN, 2006; VERAS, 1996; MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2009; NEGREIROS, 2003).

O termo “melhor idade” surgiu de uma pesquisa realizada em Baltimore (USA), em 1958, onde foi concluído que com o passar dos anos, a pessoa vai adquirindo características únicas e, assim sendo, há uma possibilidade de melhoria em qualquer setor. De acordo com Chopra (1994, apud MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2009 p. 67) este estudo determinou, então, uma nova concepção de envelhecimento.

O envelhecimento pode ser descrito como um processo dinâmico e progressivo ocorrendo modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, com ritmo e intensidade diferentes para cada indivíduo, comprometendo a manutenção do equilíbrio homeostático, levando a gradual perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, e declínio de suas funções fisiológicas (CONVERSO e IARTELLI, 2007; GARCIA et al., 2006.).

O ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de um órgão a outro, como também entre idosos de mesma idade. Este fato é facilmente observado, o que justifica a impressão de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa à outra. Diversos são os fatores que levam a aumentar a heterogeneidade com a idade, tais como a diversidade de estilos de vida, oportunidades educacionais, situação econômica, expectativas e papéis sociais e fatores de personalidade, cujos efeitos são interativos e sobrepostos às influências genéticas.

Neste sentido, o estilo de vida no decorrer da vida, será um fator importante na qualidade de vida durante a velhice. Zarit e Zarit (2010) dizem que pessoas que funcionaram bem por toda a vida, geralmente continuarão a fazê-lo na velhice. Por outro lado, alguém que sempre teve problemas pessoais ou emocionais continuará lutando com essas questões quando mais velho. As histórias de vida das pessoas, suas experiências e circunstâncias sociais, além de uma ampla influência geracional e histórica, afetam a velhice. Quando ocorre um declínio repentino, normalmente está relacionado a uma causa específica.

Os processos de envelhecimento social, biológico e psicológico não ocorrem independentemente um do outro. As mudanças no estado físico do corpo, e principalmente do cérebro, podem ter grandes efeitos sobre o funcionamento psicológico. O processo de envelhecimento será constituído pela interação desses três fatores (STUART-HAMILTON, 2002).

Na atualidade, com o avanço da tecnologia, os idosos deixaram de ter um significado positivo para a sociedade, uma vez que eles perderam seu status social de indivíduos, decorrente das perdas de papéis sociais, transformando-se em um peso para a família e para o Estado.

Em épocas menos agitadas, o envelhecimento não era tão difícil. Era natural que os idosos fossem tratados com respeito, o que ainda era reforçado pelo fato de que os velhos estavam de fato em posição de superioridade frente aos jovens, graças às suas capacidades, à rica experiência acumulada e à maior bagagem de conhecimento. Com a dissolução destes valores familiares e com a industrialização, os velhos se tornaram supérfluos e até se converteram num fardo. Hoje, nem é mais certo dizer que a velhice nos torna mais experientes, visto que surgem novas invenções e conhecimentos em todas as áreas (BALDESSIN, 2003 apud PAPALÉO NETTO, 2005 p. 493).

Garcia et al (2006) chamam atenção para a necessidade da sociedade buscar ampliar conhecimentos a cerca da saúde emocional dos idosos. “Muito pouco se sabe sobre como o idoso percebe a si mesmo e o seu envelhecimento. Este é o primeiro passo para estabelecer uma atenção psicológica e rastrear os fatores materiais e sociais que determinam a angústia e a depressão que rodeiam o envelhecimento” (p. 119).

Neste mesmo sentido Zarit e Zarit (2010) acrescentam: “A familiaridade com as características da

população idosa e com as mudanças que ocorrem no funcionamento com envelhecimento normal pode ajudar a diferenciar os transtornos que ocorrem na velhice” (p.11).

Em relação à atenção psicológica, para Ribeiro (2008) uma conversa de cinco minutos já pode ser considerada um momento humano significativo que pode até salvar uma vida, mas para isso é preciso se concentrar na pessoa que está à sua frente, dedicando a ela toda sua atenção e deixando de lado seus laptops e preocupações, o idoso precisa sentir-se amado e não um fardo para a família.

Os fatores psicossocioeconômicos e culturais desempenham um papel muito importante na gênese da depressão dos idosos. Papatáki Netto (2005) alerta para o fato da atual sociedade estar priorizando os indivíduos que produzem e consomem e, com isso, tirando do idoso, que produz e consome menos, sua importância social.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) estima que nos próximos vinte anos a população acima de 60 anos vai triplicar tornando esta a faixa etária que mais cresce no Brasil. Além disso, outro dado relevante é que segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), 2002, os idosos fazem parte do grupo populacional de maior risco para o suicídio. Só no Brasil, morrem cerca de 1200 idosos, anualmente, em decorrência do suicídio. Considerando estes dados, estudar sobre o tema é essencial para o desenvolvimento de um trabalho de prevenção que vise diminuir o número de óbitos por suicídio.

Assim sendo, no decorrer deste artigo de revisão, será discutido a cerca da depressão em idosos, bem como quais fatores têm levado esse grupo etário a cometer o suicídio e quais os métodos mais utilizados por este.

2. METODOLOGIA

Para a realização deste artigo de revisão foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados do portal do Capes e da Biblioteca Virtual em Saúde (Lilacs, Scielo e Medline). Somente foram utilizados artigos em língua portuguesa e com publicação posterior ao ano 2000. Os descritores utilizados foram: idosos, senescência, depressão e suicídio. Com o objetivo de auxiliar a pesquisa foram usados como recurso os operadores booleanos Or, Not, And Not.

Além dos artigos selecionados, esta revisão também utilizou ampla literatura que abordasse o tema em estudo.

Para finalizar, foi realizada uma análise dos artigos que traziam dados de autópsias psicológicas e laudos periciais, com o objetivo de verificar os fatores que mais têm levado os idosos ao ato suicida, bem como quais os métodos estão sendo mais utilizados por este grupo.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Conceituação de depressão

A depressão é uma patologia que tem sido registrada desde a Antiguidade. Datam de 2600 a.C. os primeiros documentos que abordavam esse tema, como por exemplo, a história do Rey Saul, descrita no antigo testamento, que relata a síndrome depressiva. Entretanto, foi a partir dos estudos de Hipócrates (460-370 a.C.) que surgiu o conceito de melancolia. Por volta dos anos 30, Aulus Cornelius Celsus descreveu que a melancolia (depressão) seria causada por excesso de bile negra (GARCIA, et al., 2006 e BARLOW e DURAND, 2008).

Interessante ressaltar que juntamente com este conceito, surgiu o primeiro critério diagnóstico para a condição, que propunha: se a tristeza persiste, então é melancolia. [...] Foi com o advento da 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) da Associação Americana de Psiquiatria, em 1980, que se introduziram novos critérios diagnósticos (GARCIA et al., 2006, p. 112).

Os critérios diagnósticos para o transtorno depressivo maior, de acordo com o DSM-V, são: humor deprimido; acentuada diminuição do prazer ou interesse em quase todas as atividades na maior parte do dia; perda ou ganho de peso sem estar de dieta ou alteração de apetite; alteração no sono; agitação ou retardo psicomotor; fadiga e perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão; pensamentos de mortes recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio. Importante ressaltar que estes critérios devem estar presentes quase todos os dias para se caracterizar o transtorno depressivo.

Segundo Rangé (2011) a depressão maior está dentre os três transtornos mentais de maior incidência no mundo, tornando-se a segunda maior causa do “total de anos de vida com incapacidade” (AVAI) perdidos. O autor acrescenta, ainda, que esta é uma doença fatal, uma vez que 15% das pessoas que sofrem com ela cometem suicídio.

A depressão que merece atenção clínica é de longa duração e suficientemente grave para interferir no funcionamento normal. Vale ressaltar, que a depressão clínica não é apenas “sentir-se triste”, o paciente torna-se incapacitado por sua condição. Além do humor deprimido, suas queixas em geral são: falta de energia mental e física em um grau extremo, tem sentimentos irracionais de desvalor e/ou culpa, dores diversas, tontura, formigamentos, tremores, aperto no peito, angústia e nervosismo (STUART-HAMILTON, 2002 e RANGÉ, 2011).

3.2 A depressão em idosos

Há muito tempo a depressão é vista como uma característica típica da velhice. A crença de que os idosos têm mais predisposição à depressão vem desde o século II, quando o médico Galeno descreveu uma ligação entre a melancolia e o envelhecimento. Na sociedade contemporânea as pessoas idosas são frequentemente retratadas pela mídia como tristes, solitárias e isoladas, e, ainda, vistas como pessoas que sofrem com perdas, possuem a saúde em declínio e sendo cada vez mais sem utilidade em uma cultura voltada para a juventude. Vale lembrar, que assim como a maioria dos estereótipos populares, essas imagens contêm alguma verdade e, também, distorções (ZARIT e ZARIT, 2010).

Segundo Stuart-Hamilton (2002) as causas da depressão na velhice são atribuídas a acontecimentos estressantes e negativos, como por exemplo, a perda de uma pessoa querida. Doenças e efeitos colaterais de medicações também podem causar ou exacerbar a depressão em alguns pacientes. O autor diz ainda que os sintomas depressivos aumentam com o número de doenças que acometem o paciente. E acrescenta: “algumas doenças parecem conduzir mais à depressão do que outras: talvez não surpreenda que as doenças que trazem dor crônica, como a artrite, estejam mais associadas à depressão do que a condições sérias, mas menos dolorosas, como a diabete” (p. 171).

Infelizmente, a depressão é muitas vezes mal diagnosticada. O diagnóstico torna-se complicado já que a depressão e a doença física podem apresentar sintomas semelhantes. Muitas vezes, a pessoa deprimida tem queixas somáticas como insônia e falta de apetite, cansaço e dor nos ossos ou nos músculos. Em um paciente mais jovem com poucos problemas físicos é, muitas vezes, mais fácil verificar que essas queixas são parte do transtorno depressivo. A situação frequentemente torna-se mais ambígua entre pessoas idosas que podem vir sofrer de um ou mais problemas crônicos de saúde, que poderia ser a origem dos sintomas.

Queixas sobre o aumento da insônia ou acordar com frequência durante a noite são comuns tanto na velhice quanto na depressão. Da mesma forma, algumas pessoas idosas têm pouco apetite por causa das mudanças que ocorrem, devido à idade, no sabor, no odor ou então sofrem com problemas dentários, às vezes essas mudanças ocorrem por causa da depressão e, outras vezes, pelo acúmulo de todos esses problemas. Logo, não existe uma fórmula fácil para diferenciar a depressão em idosos dos efeitos do envelhecimento e das doenças crônicas, é preciso que os clínicos tenham sempre em mente a possibilidade de comorbidade (ZARIT e ZARIT, 2010).

Observa-se que o diagnóstico de transtorno depressivo em idosos demanda maior

cautela, uma vez que as queixas somáticas são frequentes no próprio processo de envelhecimento normal, sendo que nos idosos deprimidos essas queixas são exacerbadas associadas a alto índice de ansiedade. No entanto, esse quadro se apresenta de forma atípica, pois os sintomas depressivos não são tão aparentes como na depressão em adulto (GARCIA et al., 2006, p. 112).

Para o diagnóstico da depressão em idosos, é importante levar em consideração os sintomas somáticos, tais como: hipocondria, baixa autoestima, sentimentos de inutilidade, humor disfórico, tendência autodepreciativa, alteração do sono e do apetite, ideação paranóide e pensamento suicida. Idosos com depressão possuem duas vezes maior risco de suicídio do que os não deprimidos (CAVALCANTE, MINAYO e MANGAS, 2013).

Os estudos de fatores de risco para sintomas depressivos na terceira idade têm se baseado no modelo biopsicossocial que congrega os aspectos sociais, psicológicos e orgânicos. Sendo assim, alguns autores citam como fatores de risco uma gama de possibilidades, tais como: doença cerebrovascular, idade, gênero, estado civil, doença psiquiátrica, outros eventos de saúde (até mesmo os comuns ao envelhecimento), uso de medicamentos, escolaridade, viuvez, aposentadoria, institucionalização, traumas psicológicos, suporte social, crenças negativas (GARCIA et al., 2006; FRANK e RODRIGUES, 2006 e ZARIT e ZARIT, 2009, PAPALÉO NETTO, 2005).

Quanto às condições físicas, Zarit e Zarit (2009) apontam que a perda de visão pelo envelhecimento, demência, doença de Parkinson, doença de Alzheimer, dores crônicas, escleroses múltiplas e deficiências nutricionais, estão associadas à depressão. A doença cerebrovascular, especialmente o acidente vascular cerebral e lesões na substância branca também desempenham um papel importante no início da depressão na velhice.

3.3 Conceituação de suicídio

A palavra suicídio tem origem do latim e significa “matar a si mesmo” (sui = si mesmo e caedes = ação de matar). Alguns pesquisadores dizem que a palavra suicídio teria sido usada pela primeira vez, 1651, por Charleton. Outros atribuem a Edward Phillips, no seu dicionário filológico *New Words of the World*, no ano de 1662, a criação da terminologia “suicide” (CORRÊA e BARRERO, 2006).

O suicídio deve ser considerado como uma espécie peculiar de morte que envolve três elementos internos: a vontade de morrer, de matar e de ser morto. Portanto, é um ato no qual a condição primária é que o sujeito é, ao mesmo tempo, o agente passivo e ativo, possui o desejo de ser morto, de morrer e também de matar (FONTENELLE, 2008; MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

Ao longo dos tempos, a questão do suicídio passou por muitas concepções subjetivas. Até o século XVII, o tema era tratado por um viés filosófico, considerando o aspecto moral/religioso do indivíduo. Apenas no século XIX, foi dado início ao estudo de uma abordagem mais científica com Esquirol na psiquiatria e Durkheim na sociologia. Na filosofia grega e romana o estudo baseava-se na aceitação do suicídio. Após o advento do cristianismo, a questão principal passou a ser se ele deveria ser proibido ou não e, depois de resolvida essa questão, como deveria ser esta punição, caso se decidisse por isso. A partir do século XIX, o foco passou a ser tentar entender o fenômeno do suicídio de forma globalizada, levando em consideração os aspectos fisiológicos, sociológico e psicológico (CORRÊA e BARRERO, 2006).

Segundo Shneidman (1986 apud MELEIRO, TENG e WANG, 2004, p. 14), é necessário levar em consideração as dimensões semânticas que seu significado engloba, uma vez que essas dimensões servem para designar aspectos de suma importância, tais como: a iniciação do ato que deflagrou a morte; o ato em si que levou à morte; a intencionalidade de autodestruição; a perda da vontade de viver; a motivação para estar morto; e, por fim, o conhecimento do potencial do ato de levar à morte.

O suicídio constitui uma espécie de: (a) escape de intenso sofrimento quando se associam necessidades frustradas com nível de estresse insuportável, (b) estreitamento de opções associado a

sentimentos de desesperança, desamparo e desejo irresistível de fuga por parte do sujeito (MINAYO et al., 2012, p. 2774).

A saúde pública considera o suicídio como uma questão que deve ser vista com emergência. Dentro de uma perspectiva global, a mortalidade por suicídio aumentou 60% nos últimos anos, matando mais que os homicídios e as guerras juntos. Morrem aproximadamente um milhão de pessoas por suicídio no mundo a cada ano (SÉRVIO e CAVALCANTE, 2013; RIOS et al., 2013; PINTO et al 2012).

O Conselho Federal de Psicologia acredita que quando surge o desejo de dar fim a própria vida, é porque o sujeito está revivendo uma situação anterior de sofrimento, tornando-a mais forte e intolerável e, então, ele encara o suicídio como única saída, “uma possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento” (CFP, 2013).

3.4 – O suicídio em idosos

A idade é fator importante na configuração dos suicídios, já que, segundo dados da OMS, o risco de suicídio aumenta com a idade, sendo considerado baixo em crianças, e atingindo seu ápice após os 65 anos de idade. Enquanto que para jovens a relação entre tentativas de suicídio e suicídio é de 200:1, entre os idosos essa proporção cai para 4:1 (MINAYO *et al.*, 2012; MELEIRO, TENG e WANG, 2004).

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 à decisão de se autodestruir. Essa situação pode ser constatada inclusive no Brasil, onde, 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 (MINAYO e CAVALCANTE, 2010, p. 751).

No Brasil, cerca de 1200 idosos morrem, anualmente, em decorrência do suicídio. Apesar disto, segundo Pinto *et al.* (2012), a questão do suicídio em idosos ainda recebe pouca atenção dos governantes, sanitaristas, pesquisadores e da mídia, os quais, em seus projetos e ações, tendem a priorizar essa questão relacionada aos grupos mais jovens.

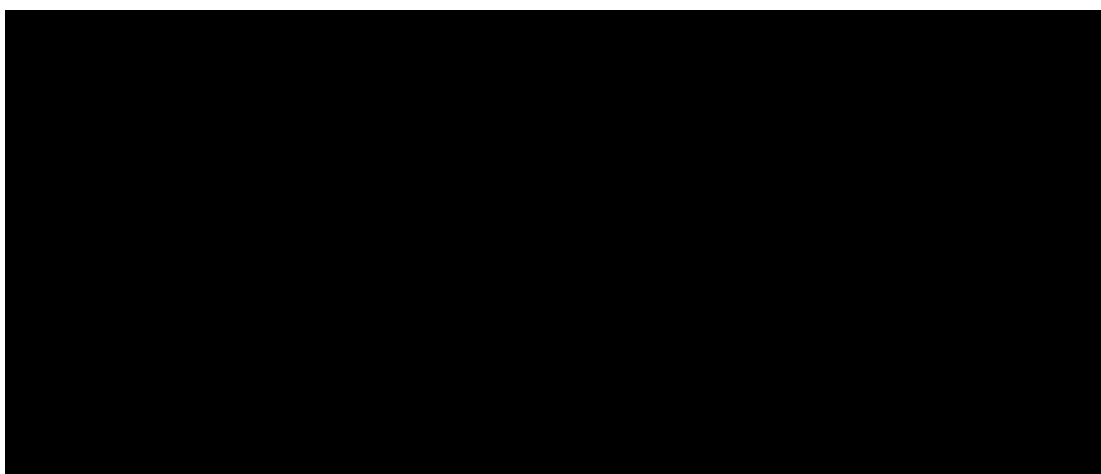


Figura 1: Taxas de suicídio no Brasil por Faixa Etária
Fonte: OMS (2002) apud Fontenelle, 2008

A questão do comportamento autodestrutivo dos idosos é uma grande preocupação relacionada ao suicídio, já que os comportamentos usados por este grupo etário podem ser mais sutis do que aqueles utilizados por pessoas mais jovens. Alguns exemplos destes comportamentos são uso de álcool, protelação em procurar tratamento médico, comportamento arriscado, tomar mais medicamento do que o indicado ou não tomar medicamento algum (ZARIT e ZARIT, 2009).

Neste sentido, Frank e Rodrigues (2011) acrescentam que comportamentos como recusa a alimentar-se, não adesão ao tratamento e autonegligência são considerados comportamentos autodestrutivos indiretos. Muitas vezes, no entanto, essa atitude pode significar uma tentativa do paciente de barganhar o controle da situação na qual ele se sente desamparado ou desesperançoso, uma vez que sentimentos ambivalentes de terminar com a vida podem coexistir com o desejo de controlar ou testar a família e os profissionais.

Nos idosos, os fatores de risco para o suicídio podem ser classificados analisando os seguintes aspectos: fatores demográficos, saúde mental, integridade física, problemas de ordem social (PINTO *et al.*, 2012). Minayo e Cavalcante (2010) alertam para a necessidade de se observar os fatores situacionais que o idoso esteja passando. “Fatores situacionais são todos os eventos que estejam acontecendo na vida de uma pessoa mais idosa e que lhe provoquem depressão, melancolia e tristeza” (p. 753).

As doenças físicas e a depressão, geralmente combinadas, são dois fatores de grande risco para o suicídio, que, muitas vezes, acontecem após uma hospitalização. Entre os transtornos psiquiátricos, a depressão tem um papel ainda maior nos suicídios de pessoas idosas se comparado aos mais jovens. As doenças físicas dos idosos que cometem suicídio não são, necessariamente, uma ameaça iminente à vida, mas são doenças que envolvem grande dor ou desconforto (ZARIT e ZARIT, 2009). No entanto, é válido lembrar que o suicídio será sempre um evento complexo e de causas múltiplas, sendo consequência de uma complexa interação de fatores (MINAYO e CAVALCANTE, 2010, RIOS *et al.*, 2013).

Minayo *et al.* (2011) ressaltam que:

A fragilização cumulativa de recursos pessoais e sociais no ciclo vital revela que o risco do suicídio em idosos exige cuidados permanentes da saúde pública. A depressão e as ideias suicidas são grandes fatores de risco que justificam medidas preventivas imediatas, tendo em vista que o idoso muito rapidamente põe em prática seu plano suicida.

Ainda sobre os fatores de risco, Minayo e Cavalcante (2010) acrescentam que a presença de algumas doenças graves também deve ser considerada um fator de risco para o suicídio de pessoas idosas. Patologias mais severas como câncer, problemas no SNC (Sistema Nervoso Central), complicações cardiopulmonares e, para homens, doenças urogenitais, este risco se torna ainda mais acentuado.

Para os mais velhos, assim como para quem está enfrentando uma doença terminal, a morte passa a ser vista como uma possibilidade real. Sendo assim, o idoso entra em contato com sua finitude, o corpo já se encontra mais fraco e cansado, as perdas se tornam mais constantes, a ansiedade e o medo aumentam, e toda esta conjuntura coloca o sujeito de frente com um vazio que, por vezes, o faz pensar em antecipar esse fim como uma forma de amenizar esta angústia (FRANK e RODRIGUES, 2011; NEGREIROS, 2003).

De acordo com Papaléo Netto (2005) o contato frequente com a morte de pessoas próximas, associado à perda do próprio corpo, faz com que os idosos adquiram uma postura passiva e sem ânimo frente à vida. Não é raro falas como: já estou velho, agora é só esperar a morte chegar; não adianta mudar nada, logo vou morrer”. Esses pensamentos disfuncionais dificultam o tratamento, logo, atrapalham seu prognóstico e, também, tendem a piorar a relação com familiares e amigos.

Segundo Minayo *et al.* (2011) a maior parte dos idosos que tentam suicídio corre o risco de não ser encontrado há tempo de socorrido, uma vez que vive sozinho. Além disso, pessoas desta faixa etária utilizam meios mais letais do que mais jovens e, por isso, suas tentativas costumam ser bem-sucedidas. Os autores acrescentam que é fundamental que a saúde pública desenvolva meios de diagnosticar e tratar a depressão em idosos, buscando o mais rapidamente possível reduzir as ideias suicidas.

3.4.1 Principais fatores de risco e métodos utilizados

Dentre os artigos pesquisados, alguns utilizaram como método de pesquisa a autópsia psicológica.

O objetivo das autópsias psicológicas tem sido colher informações post mortem sobre circunstâncias e contexto do óbito de determinada pessoa. O método da autópsia psicológica foi proposto por Edwin Schneidman, nos Estados Unidos, por volta dos anos 1950, como um tipo de estudo retrospectivo que reconstitui o status

da saúde física e mental e as circunstâncias sociais das pessoas que se suicidaram, a partir de entrevistas com familiares e informantes próximos às vítimas. A autópsia é realizada como uma reconstrução narrativa. E sua consistência depende da qualidade da informação prestada (CAVALCANTE *et al.*, 2012, p. 2040).

Analisando cinco destes artigos (Minayo et al, 2011; Cavalcante e Minayo, 2012; Minayo et al, 2012; Minayo e Cavalcante, 2013; Souza et al, 2014; Minayo e Cavalcante, 2012) foi possível confirmar que, assim como traz a literatura, os métodos mais utilizados pelos idosos são o enforcamento, o envenenamento e o uso da arma de fogo.

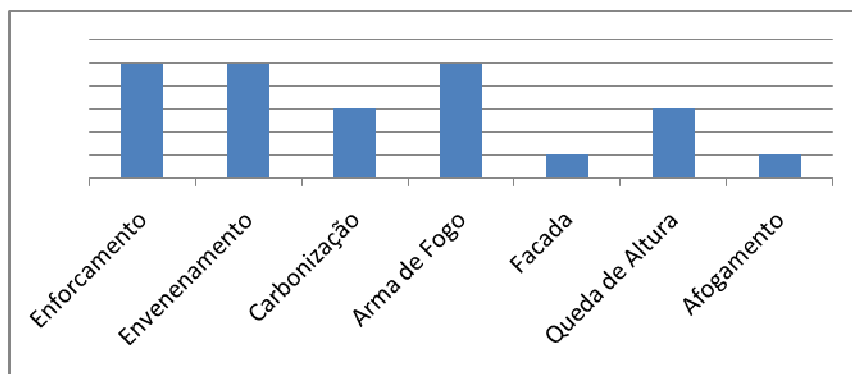


Figura 2: Métodos utilizados pelos idosos para o ato suicida

Cabe resaltar que nos estudos realizados pelos autores supracitados não houve diferença do método utilizado em relação ao gênero do indivíduo que cometeu o suicídio, diferentemente da literatura que diz que há diferença na escolha do método.

Ainda seguindo o método de análise dos artigos utilizados aqui nesta revisão de literatura, chega-se à conclusão de que os principais fatores que levam o idoso ao ato suicida são a depressão, as enfermidades físicas, o isolamento social e os fatores psicossociais.

Para a construção da figura 3 foram analisados os estudos de: Minayo et al, 2011; Minayo et al, 2012; Cavalcante e Minayo, 2012; Sérgio e Cavalcante, 2013; Rios et al, 2013; Minayo e Cavalcante, 2013; Souza et al, 2014; Minayo e Cavalcante, 2012.

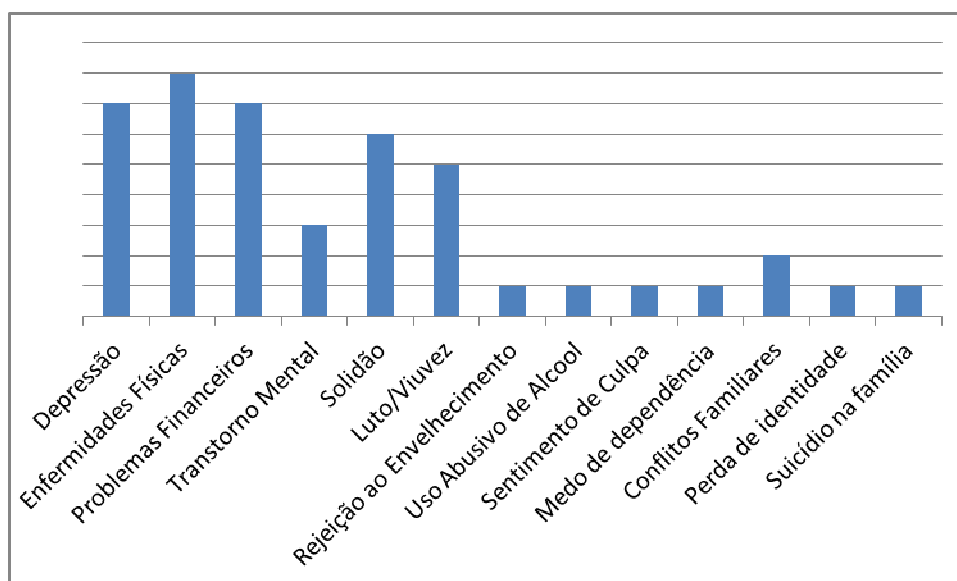


Figura 3 – Principais fatores de risco para o suicídio em idosos

Vale ressaltar que como estes estudos foram feitos por meio de autópsias psicológicas e também por análise de laudos periciais, não se pode esperar por precisão de datas e exatidão de detalhes, uma vez que como lembra Minayo et al (2012): “o que manda são os processos emocionais e a memória de fatos relevantes para o sujeito” A dor emocional de quem relata é muito profunda e isso pode interferir na veracidade das informações.

Seleglim et al (2012) chamam atenção para o fato que a identificação dos fatores de risco associados a incidência das tentativas de suicídio entre idosos pode ajudar os profissionais que atuam na atenção primária a diagnosticar e propor intervenções precoces e mais objetivas, na tentativa de diminuir o número de óbitos por suicídio nesta faixa etária, bem como melhorar a qualidade de vida destes indivíduos.

5. CONCLUSÕES

A questão do suicídio entre idosos tem sido considerada pela OMS um dos mais graves problemas de saúde pública, visto que o risco de suicídio aumenta com a idade e, ao mesmo tempo, a população idosa é a que mais cresce no Brasil.

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em idosos, e quando ela vem acompanhada de ideias suicidas torna-se um fator de risco que exige medidas preventivas imediatas. Portanto, é extremamente importante que a depressão seja diagnosticada precocemente, principalmente nesta faixa etária, buscando reduzir o número de possíveis suicídios.

Vale ressaltar, que a depressão em idosos torna-se muito difícil de ser diagnosticada por ter seus sintomas facilmente confundidos com as queixas somáticas de um processo de envelhecimento normal. Sendo assim, é necessário que as pessoas responsáveis pelo indivíduo em questão tenham conhecimento sobre o processo de envelhecimento a fim de que sejam capazes de reconhecer quaisquer alterações que não façam parte deste.

Quem cuida de um idoso precisa estar sempre atento e avaliar os riscos de suicídio. Pessoas desta faixa etária raramente comunicam seus pensamentos e, além disto, utilizam meios mais letais que a população jovem e, por isso, suas tentativas costumam ser bem-sucedidas.

Para que o idoso possa ter uma verdadeira qualidade de vida torna-se essencial um olhar que vá além dos fatores de risco à sua saúde, sendo necessária a atuação de uma equipe multiprofissional que busque auxiliá-lo a enfrentar da melhor maneira o processo de envelhecimento.

Da mesma forma que as pessoas de outras idades, os idosos podem mudar e se recuperar de problemas com a depressão e assumir o controle de sua vida de tal forma que os levem a uma maior realização pessoal e social.

Cabe analisar o papel do psicólogo dentro desta equipe multiprofissional. Para enfrentar todas as mudanças que ocorrem durante o envelhecimento, o idoso necessitará recorrer a seus recursos internos e, o psicólogo, terá um importante papel durante este processo, auxiliando-o em suas reflexões, objetivando alcançar a resiliência. Além disso, costuma ser muito produtivo a formação de grupos de idosos e é ao psicólogo que cabe o papel de facilitador nos processos grupais, possibilitando a socialização e a revisão das experiências em comum.

O suicídio é marcado por uma ambivalência de querer morrer e ao mesmo tempo querer ser salvo, o indivíduo grita por socorro e nosso papel, enquanto psicólogos, é resgatar nesse sujeito a coragem que ele precisa para enfrentar seu momento, precisamos ajudá-lo a entender que mesmo que os anos tenham passado, ele ainda não está morto e pode planejar, sonhar e aproveitar a vida enquanto seu coração bater.

É necessário que sejam promovidas ações que visem diminuir o sofrimento dessa população,

gerando oportunidades, uma melhor qualidade de vida e que essas pessoas que construíram os dias atuais, possam, merecidamente, viver com dignidade seus últimos anos de vida.

6. REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-5. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Porto Alegre: Artmed, 2014
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, M^a Cecília. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (8): 1943 - 1954, 2012.
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, M^a Cecília; MANGAS, Raimunda M. do Nascimento. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Rev. Ciências e Saúde Coletiva*, 18 (10): 2985 - 2994, 2013. *Rev. Ciência e saúde coletiva*, 17 (8): 2039-2052, 2012.
- CAVALCANTE, Fátima Gonçalves et al. Autópsia psicológica e psicossocial sobre suicídio de idosos: abordagem metodológica. *Rev. Ciência e saúde coletiva*, 17 (8): 2039-2052, 2012
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. O Suicídio e os Desafios para a Psicologia. Brasília: CFP, 2013.
- CONVERSO, M^a Estela Roja; IATELLI, Isabelle. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. *J. Bras. Psiquiatria* 56 (4): 267 - 272, 2007.
- CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio Perez. Suicídio: Uma morte evitável. São Paulo: Atheneu, 2006.
- FONTENELLE, Paula. Suicídio: O futuro interrompido. São Paulo: Geração Editorial, 2008.
- FRANK, Mônica Hupsel; RODRIGUES, Nezilour Lobato. Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e Suicídio. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Lígia. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 3^a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kookan, 2011.
- GARCIA, Aline et al. A depressão e o processo de envelhecimento. *Rev. Ciências & Cognição*. v. 07: 111 - 121, 2006.
- NEGREIROS, Teresa C. de Góes Monteiro (Org.). *A Nova Velhice: Uma visão multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- MAZO, Giovana; LOPES, Marize; BENEDETTI, Tânia. *Atividade Física e o Idoso: Conceção Gerontológica*. 3^a ed. revista e ampliada. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- MELEIRO, Alexandrina; TENG, Chei Tung; WANG, Yuan Pang. *Suicídio: estudos fundamentais*. São Paulo: Segmento Farma, 2004.
- MINAYO, M^a Cecília et al. Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira idosa, 1980-2006. *Rev. Saúde Pública*, 46 (2): 2012.
- MINAYO, M^a Cecília et al. Autópsias psicológicas sobre suicídio de idosos no Rio de Janeiro. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (10): 2773 - 2781, 2012.
- MINAYO, M^a Cecília et al. Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. 2011 Disponível em: <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-iii/comunicacao-pesquisa/1-motivos-associados-ao-suicidio-em-pessoas-idosas-em-autopsias-psicologicas.pdf> [capturado em 06 agosto de 2015].
- MINAYO, M^a Cecília e CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Rev. Saúde Pública* 2010; 44 (4): 750-7. Disponível em www.scielo.br/rsp
- MINAYO, M^a Cecília e CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Estudo compreensivo sobre suicídio de mulheres idosas de sete cidades brasileiras. *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 29(12): 2405-2415, dez, 2013.
- MINAYO, M^a Cecília e CAVALCANTE, Fátima Gonçalves (Coord.). *Pesquisa Nacional Sobre Suicídio de Idosos e Possibilidades de Atuação do Setor Saúde*. CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2012.

- PAPALÉO NETTO, Matheus. Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2005.
- PINTO, Liana Wernersbach et al. Evolução Temporal da mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos estados brasileiros, 1980 a 2009. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 17 (8): 1973 - 1981, 2012.
- RANGÉ, Bernard. Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
- RIBEIRO, Euler Esteves. Envelhescência: Envelhecer bem e com qualidade. Rio de Janeiro: UnATI / UERJ, 2008.
- RIOS, Marcela Andrade et al. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J. Bras. Psiquiatria*. 62 (2), 2013.
- SCHARFSTEIN, Eloisa Adler. Instituições de Longa Permanência: Uma alternativa de moradia para os idosos brasileiros na vida contemporânea. Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.
- SELEGHIM, Maycon Rogério et al. Caracterização das Tentativas de Suicídio entre Idosos. *Cogitare Enferm.* 2012 Abr/Jun; 17(2):277-83. Disponível em scielo.com.br [capturado em 06 de agosto de 2015].
- SÉRVIO, Selena M. Teixeira; CAVALCANTE, Ana Célia Souza. Retratos de Autópsias Psicossociais Sobre Suicídio de Idosos em Teresina. *Psicologia: Ciência e Profissão*, nº 33, 164 - 175, 2013.
- STUART-HAMILTON, Ian. A Psicologia do Envelhecimento: Uma introdução. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- VERAS, Renato Peixoto. Atenção Preventiva ao Idoso – uma abordagem de Saúde Coletiva. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org). Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.
- ZARIT, Steven; ZARIT, Judy. Transtornos Mentais em Idosos: Fundamentos de Avaliação e Tratamento. 2ª ed. São Paulo: Roca, 2009.