

SUICÍDIO EM IDOSOS: DETERMINANTES PSICOSSOCIAIS, RISCOS E PREVENÇÃO

Roberta Machado Alves¹
Maria Izabel dos Santos Nogueira²
Ana Karina da Cruz Machado³

Resumo

A população de idosos vai atingir 2 bilhões de pessoas até 2050, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). O Brasil acompanha essa estatística, onde ganhou 4,8 milhões de novos idosos em cinco anos, de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (IBGE, 2018). O fenômeno do envelhecimento tem causado preocupações não apenas de ordem social e econômica, mas, seus impactos e consequências tem chamado a atenção do Estado e da ciência. O suicídio de idosos é um desses problemas, estudado e categorizado como grave problema de saúde pública (1980-2012 aumento de 215,7%). O presente artigo visa discutir o suicídio em idosos, destacando os determinantes, riscos e a necessidade urgente de prevenção. Como metodologia, foi realizada uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo apoiada na literatura especializada por meio de artigos científicos extraídos da base de dados Scientific Electronic Library Online - Scielo, Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia - PePSIC, Biblioteca Virtual de Saúde, Organização Mundial de Saúde (OMS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/SUS), entre outros. Os resultados indicam a relevância na ampliação do debate, com enfoque para prevenção. Conclui-se que muitos são os determinantes envolvidos nesse processo, situações recorrentes de abandono, negligência, violência psicológica, financeira, ausência de políticas públicas e solidão. A necessidade em ampliar o leque da prevenção perpassa pelo fortalecimento da rede de atenção ao idoso, destacando a presença da família, o apoio psicológico e o empoderamento do idoso conquistando autonomia, independência e qualidade de vida.

Palavras-chave: Suicídio, Idosos, Prevenção, Determinantes psicossociais.

INTRODUÇÃO

O Suicídio é um fenômeno que vem chamando atenção de diversos pesquisadores nos campos da saúde e social por seus alarmantes resultados. De acordo com o primeiro Boletim Epidemiológico de Tentativas e Óbitos por Suicídio no Brasil, divulgado em 2017 pelo

¹Psicóloga. Pós graduada em Saúde Coletiva e Saúde Mental; Pós graduanda em Psicologia Hospitalar e da Saúde - UCAM; Pós graduanda em UTI Geral e Gestão da Assistência Intensiva ao Paciente Crítico; Pós graduanda em Avaliação Psicológica - CESAC, psirobertaalves@gmail.com;

²Enfermeira. Pós Graduada em Saúde da Família; Pós graduada em Epidemiologia; Pós graduada em Saúde do Idoso; Pós graduada em Gestão em Saúde; Docente de Pós Graduação CESAC izabelsnogueira@hotmail.com;

³ Assistente Social. Gerontóloga. Pós graduada em Gestão em Saúde; Pós graduada em Saúde Mental; Pós graduada em Saúde da Família; Docente de Pós Graduação CESAC karinacruz_rn@yahoo.com.br;

Ministério da Saúde (MS), no Brasil 11.433 pessoas morrem por suicídio todos os anos, o equivalente a 31 casos por dia.

Para melhor compreender sua dimensão epidemiológica e relevância social, pode-se citar os dados de 2015 da Organização Mundial de Saúde (OMS), onde é estimado que cerca de 800 mil pessoas anualmente no mundo cometem suicídio, sendo aproximadamente uma a cada 40 segundos, tornando-se principal causa de morte violenta na população geral. No tocante aos idosos, ainda de acordo com a OMS são o grupo populacional de maior risco para o suicídio, sendo responsáveis por 1.200 mortes por ano no País.

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-V, 2014) entende-se por ideação suicida todas as expressões, desejos, pensamentos e comportamentos destinados a dar fim à própria vida sem efetuação do ato. As práticas de autoextermínio que não alcançaram seu objetivo são denominadas de tentativas de suicídio.

Além disso, a população acima de 60 anos é a que mais cresce no Brasil e na maior parte do mundo, o que justifica a relevância de olhar atentamente para os problemas sociais e de saúde que a englobam.

A partir dos dados demográficos apontados, dos desafios e manifestações biopsicossociais do envelhecimento os quais serão percorridos nesse trabalho, torna-se imprescindível buscar e construir estudos capazes de possibilitar melhor análise e compreensão de tal fenômeno. Deste modo, questiona-se: Quais aspectos influenciam na ideação suicida na pessoa idosa?

METODOLOGIA

O presente artigo se trata de uma Pesquisa qualitativa, de caráter descritivo para qual foi utilizado como método a Pesquisa bibliográfica, apoiada na literatura especializada por meio de artigos científicos extraídos da base de dados Scientific Electronic Library Online - Scielo, Portal de Periódicos Eletrônicos de Psicologia - PePSIC, Biblioteca Virtual de Saúde (Brasil) – BVS, Organização Mundial de Saúde (OMS), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Sistema Único de Saúde (SIM/SUS), disponível no endereço eletrônico do Departamento de Informática do SUS (DATASUS) (<http://datasus.saude.gov.br>), além de livros que abarcassem o tema e bibliotecas digitais onde foram vistas dissertações que abordem a temática.

De acordo com Gil “a principal vantagem da Pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao instigador a cobertura de uma gama de fenômeno muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (2009, p. 69).

Os descritores utilizados para a pesquisa das fontes que subsidiaram este trabalho foram: Suicídio em idosos, Fatores de risco suicídio, Psicopatologia e suicídio, Prevenção do Suicídio.

A pesquisa foi realizada entre no período de abril a maio de 2019, foram encontrados aproximadamente 79 artigos sobre o tema, entretanto foram empregados os seguintes critérios para exclusão: anuários em idiomas diferentes do português e artigos que possuíam assuntos que divergiam do alvo deste trabalho. Os estudos foram selecionados conforme sua relevância e especificidade, para sua construção foram utilizados um total de 28 referências bibliográficas, sendo 21 artigos, 5 livros e 2 dissertações de mestrado.

A respeito dos autores, podemos citar Ângela Mucida, Celso Barroso Leite, Maria Cecília de Souza Minayo, Simone Beauvoir e Guite I. Zimerman como principais norteadores desse trabalho.

DESENVOLVIMENTO

Segundo Meleiro e Cols (2004) a palavra “suicídio” como vocábulo, surgiu no século XVII na Inglaterra, em 1643 em uma obra denominada *Religio Medici* (Religião do Médico) do escritor inglês Sir Thomas Browne. Porém, quem assinalou o termo foi René Louiche Desfontaines em 1737 na França, influenciado pelo escritor inglês. Significando em latim *sui* (si mesmo) e *caedes* (ação de matar), passando a expressar a ação pela qual o ser humano põe fim a sua própria existência. O suicídio já foi tratado sob várias perspectivas em diversas épocas da história, como: violação de preceito religioso, crime, patologia, entre outros.

“O mais antigo relato encontrado data de 2.500 a.C., onde há registros de suicídios como ato concreto na cidade de Ur, na Mesopotâmia, quando doze pessoas ingeriram uma bebida envenenada e se deitaram para aguardar a morte” (Delta, 1969 apud Silva, 1992, p.09).

Na Grécia Antiga, apesar de haver uma grande diversidade de opiniões acerca do suicídio, esse era um fenômeno comumente tolerado, desde que seguisse determinados critérios políticos e éticos, que variavam conforme o local e a época; houve um período em que os gregos tinham abominação por tal ato, já que o comparavam com a atitude extrema do assassinato de familiares, algo que os incomodava muito. Por conta disso, os cadáveres sofriam uma série de penalidades e a mão do sujeito era geralmente enterrada separada de seu corpo, como algo alheio ao indivíduo e que lhe causou mal. (BERENCHTEIN NETTO, 2007, p.14)

Segundo Minois (1998) os filósofos pitagóricos viam o suicídio como inaceitável, considerado como uma ofensa aos deuses: os únicos que tinham direitos sobre a vida e a morte dos homens; Esse pensamento é incorporado posteriormente pelos cristãos.

É principalmente a partir de Agostinho de Hipona (séc. V), também chamado por alguns de Santo Agostinho, que a morte de si passa a ter uma conotação pecaminosa. Posteriormente, ainda na Idade Média, passa a ser compreendida como crime, porque lesava os interesses da Coroa: aqueles que se matavam tinham seus bens confiscados pela Coroa, em detrimento de suas famílias, e os cadáveres eram penalizados. Ao final da Idade Média, com a separação entre a Coroa e a Igreja, o poder médico passa a ocupar um lugar privilegiado no controle da sociedade, de maneira que, a partir de então, são os “médicos” que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura (BERENCHTEIN NETTO, 2013, p. 16).

De acordo com Minois (1998) também é a partir de Santo Agostinho que o suicídio passa a ser julgado crime pela Igreja Católica, que baseado no sexto mandamento “não matarás”, passa a abranger o assassinato de si mesmo, tornando-se uma lei que proíbe e condena o fato de acabar com sua própria vida. O fez como razão para acabar com a “suicidomania” que assolava os primeiros cristãos.

No tocante ao tema, no que se refere a idade moderna, E. Durkheim caracterizou, em sua famosa obra *O suicídio* (1897), o ato suicida como um fenômeno social, trazendo à tona os quatro tipos sociais de suicídio: egoísta, altruísta, anômico e fatalista. O tipo egoísta causado por um individualismo excessivo, ausência de laços/interações sociais na vida do indivíduo, matando-se então para se livrar do intenso sofrimento; o altruísta, a presença da sociedade é resistente, refletindo em subordinação, matando-se como ato de amor, de libertação, oferecendo a sua vida em nome de uma causa/comunidade; o anômico, a ausência da sociedade se percebe de outra forma, uma indeterminação, quando não se encontra lugar, não se compreende quem é/de onde vem/pra onde vai, mata-se pra livrar-se dessa espécie de asfixia de estar no mundo; o fatalista, a sociedade regula integralmente o modo como se vive, geralmente exercida por representantes do poder constituído e pelo Estado, mata-se porque vê o suicídio como desesperada forma de livrar-se da opressão sob a qual é obrigado a viver.

Chama-se suicídio todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia produzir este resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado. (DURKHEIM, 1897, p.167).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS,2018), o número de óbitos autoprovocados é significativamente maior que aqueles causados por homicídio: 800 mil por ano, contra 470 mil. De acordo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, pesquisar sobre o

assunto, falar abertamente, intervir precocemente e monitorar os casos pode prevenir a ocorrência e a concretização de novas tentativas de suicídio. “Reconhecer o suicídio como um problema de saúde pública e destinar recursos para sua prevenção é um caminho estratégico para preservar e melhorar a qualidade de vida de muitas pessoas”, aponta. Corroborando com esse ponto, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde - OPAS/OMS (2018) traz que “o suicídio é um indicador de mortes evitáveis e isso mostra o comprometimento dos países em trabalhar cada vez mais esse tema”.

No cenário atual, muitos são os desafios na terceira idade: afetivos, sociais, econômicos e culturais, tanto no aspecto individual, quanto no aspecto social, perpassando por relações familiares, modificações na rotina, alterações decorrentes do envelhecimento, fenômenos inerentes e importantes campos de investigação e pesquisa.

Conforme Molinari (2012) ao longo do envelhecimento inúmeras alterações podem ser observadas no indivíduo, nomeadamente alterações fisiológicas (como a diminuição do fluxo cerebral), cognitivas (como a diminuição da velocidade de processamento), de personalidade (com acentuação das características de personalidade) e ainda alterações a nível social (como perda de posição social e de familiares e amigos).

No tocante ao biológico, sabe-se que com as transformações do corpo surgem algumas debilitações na saúde, o que está diretamente atrelado a mudança de hábitos já que não mais se consegue realizar as atividades de costume. A respeito dessas mudanças, Zimerman (2007) cita como impactos na aparência: manchas escuras na pele, bochechas enrugadas, flacidez da pele, ombros arredondados e encurvamento da postura e diminuição da produção de novas células e impactos na fisiologia: a perda de neurônios do cérebro, metabolismo mais lento, digestão mais complicada, aumento da fadiga e insônia, olfato e paladar reduzido, diminuição da visão e audição e maior fragilidade óssea, o que pode aumentar inclusive o risco de quedas.

As modificações não se resumem aos aspectos biológicos, como consequência de um desgaste ao longo da vida, mas englobam também fatores psicossociais que envolvem personalidade, história de vida, sexo e contexto socioeconômico.

Outros importantes fatores a serem estudados e compreendidos são o psicológico e o social do sujeito idoso diante desse período, inicialmente pela visão estigmatizada que liga a aposentadoria a invalidez, já que ao se aposentar o sujeito passa pelo confronto ao vazio que advém das horas que antes eram dedicadas ao trabalho, o que contribui para baixa autoconfiança, além da perda das relações sociais com colegas de trabalho, preocupações acerca de seu futuro e das suas finanças e recusa em se colocar como aposentado, que se configura como um momento

carregado de dúvidas, como a incerteza do futuro, bem como o enfrentamento de uma outra questão de difícil aceitação: ser considerado “velho”.

Mucida (2006) afirma ainda que na velhice o real da castração se coloca frente ao sujeito, uma vez que as perdas, não somente corporais, remetem o sujeito à fase do espelho, mas nesse caso, um espelho quebrado, já que na infância esta fase remete a uma imagem enquanto que na velhice o idoso se depara com um corpo despedaçado, um corpo para a morte. Corroborando com tal questão, Beauvoir traz que “é uma surpresa, um assombro, perceber-se velho. O espelho mostra o que os outros percebem, mas a pessoa reluta em aceitar a mudança em si própria. Dessa forma, velho é sempre o outro [...]” (1990, p. 35).

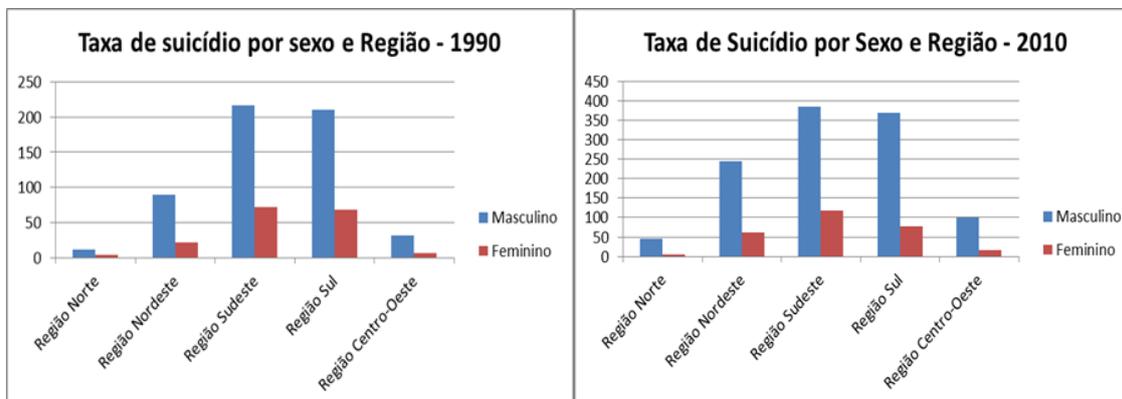
Acerca de fatores psicossociais, Zimerman (2007) aborda que o envelhecimento pode acarretar ao idoso dificuldade em se adaptar a novos papéis e as mudanças rápidas, falta de motivação para viver e planejar o futuro, alterações psíquicas, necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afetivas e sociais, distorção e baixa autoestima.

Diante disso, a autora pontua cinco fatores que alteram o novo status de ser velho, sendo eles: crises de identidade, mudança de papéis, aposentadoria, perdas diversas e diminuição dos contatos sociais.

Papalia (2006, p. 584) alerta que “pelo fato de a depressão poder acelerar os declínios físicos do envelhecimento, um diagnóstico preciso, a prevenção e o tratamento adequado podem ajudar pessoas idosas a viverem mais tempo e a permanecerem mais ativa”. Como os idosos são mais relutantes para se queixar de depressão ou explicitar ideias suicidas, poucos são diagnosticados e só uma minoria é tratada.

Ao observar os dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) entre os anos de 1990 a 2010, percebe-se que houve um aumento de suicídio por idosos acima de 60 anos do sexo masculino nas regiões sul e sudeste; observando-se também a diminuição do suicídio por mulheres idosas em todo território Brasileiro. Vale ressaltar que esses dados foram calculados a partir dos óbitos informados no SIM e que implica em limitações dos dados uma vez que ainda há uma negligência por falta de notificação resultando em uma baixa confiabilidade dos resultados.

Gráfico 1

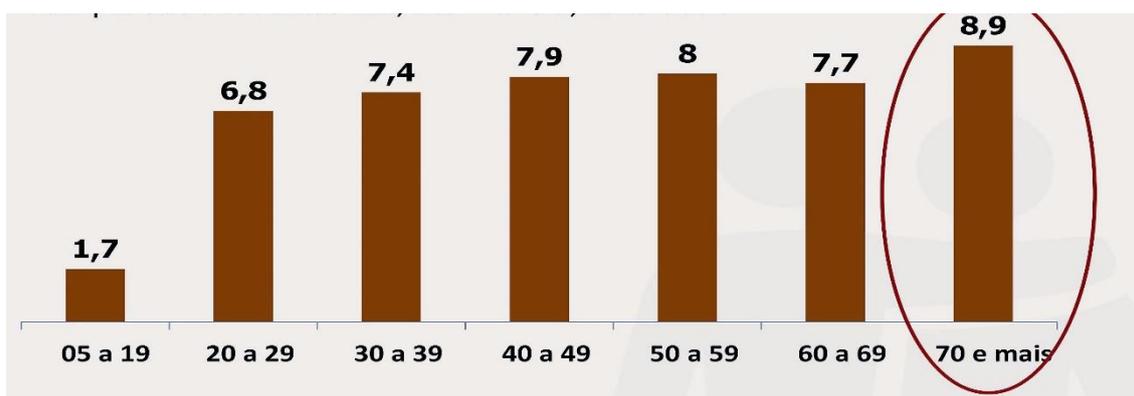


Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM

Com o passar dos anos, ao pesquisar os mesmos dados percebe-se que há uma prevalência no aumento de suicídio na terceira idade no Brasil segundo dados do Ministério da Saúde (2017) comparados com outras faixas etárias. Os dados são a partir do ano de 2011, quando se tornou obrigatório à notificação no SIM dada a sua eficácia na coleta de dados que muito contribui para que os profissionais da saúde averiguarem quais os fatores que levam esse público ao óbito.

Gráfico 2

Taxa por 100mil habitantes, SIM –Brasil, 2011-2016.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM.

Em relação ao gráfico 1, não se sabe com precisão quais as causas que levaram os idosos a cometerem suicídio, ainda pela falta de notificação adequada. O que consta na Rede Interagencial de Informação para Saúde (RISPA) é que as mortes sobrevieram por meio de uma

lesão, mas não se sabe o que levou a pessoa a se ferir. No gráfico 2, as causas que levaram as pessoas a óbito nos anos 2011 a 2016 foram envenenamento/intoxicação e lesões autoprovocadas voluntariamente.

Em relação às pesquisas bibliográficas, apesar das limitações de material publicado, as principais causas do suicídio estão relacionadas com a Depressão.

Falta de interesse e de alegria de viver, atitudes negativas, tristeza, distúrbios do sono são considerados as principais expressões da depressão. Com efeito, o idoso suicida depressivo já não tem apego à existência, porque seus laços subjetivos e sociais se encontram enfraquecidos e distanciados, portanto, da realidade subjetiva e social (CONWELL, 2002; PRÉVILLE, 2005; WERNECK, 2006; BERNANDES, 2010; BARRERO, 2012)

De acordo com Cavalcante, Minayo e Mangas (2013) o número de doenças aumenta o risco cumulativo de suicídio, tendo os idosos seis vezes mais chance de adquirir alguma doença física do que os jovens, devido as variadas dosagens medicamentosa, ao natural declínio funcional e possíveis comorbidades múltiplas.

Contribuindo com os dados acima, os autores (PETROSA; DUQUE; MARTINS, 2016; MINAYO; CAVALCANTE, 2010, 2015; ROSA, 2011; MAIA, 2008; SANCHEZ, 2013) afirmam a permanência do ato suicida em idosos do sexo masculino. Os autores ainda trazem que a depressão é um dos fatores que está intimamente associada com o suicídio nessa faixa etária, além das doenças psiquiátricas (abuso de substâncias psicoativas e ansiedade generalizada), perdas de entes queridos e conflitos familiares.

Pesquisadores como SILVA, RODRIGUES e MIYAZAWA (2015) apontam a associação entre as patologias crônicas e seu impacto negativo na qualidade de vida em idosos. A depressão é apontada como fator de risco para um prognóstico ruim de doenças crônicas, afetando a capacidade funcional e a qualidade de vida do indivíduo. A presença de uma doença física pode contribuir para o agravamento da depressão, por meio direto na função cerebral, ou meios psicológicos e psicossociais. Assim, tanto a depressão antecipa doenças crônicas, quanto essas patologias acentuam sintomas depressivos.

Ademais, dois tipos de fatores podem ser considerados como riscos para o comportamento suicida: (a) fatores situações e (b) fatores sindrômicos. Pelo primeiro fator, são reconhecidas questões como a aposentadoria, morte de pessoas próximas, diagnóstico de uma enfermidade, isolamento social e perda de função social, enquanto pelo segundo fator, entende-se que sejam quadros de depressão, ansiedade, desenvolvimento de transtornos psicológicos e/ou

neuroológicos, sentimento de culpa e dependência, rigidez e impulsividade (BEAUTRAIS, 2002; CONWELL & THOMPSON, 2008).

Além disso, torna-se necessário considerar alguns fatores potencialmente de risco para a população idosa, haja vista que tais fenômenos se tornam primordiais na identificação de possíveis riscos. Diversas pesquisas trazem dados sobre fatores de risco característicos à terceira idade, tais como: hábito de se ferir; condutas de risco; tentativas prévias de suicídio e manifestação verbal de possível ideação suicida. No que concerne às condutas de risco, são referidas: descuido com medicação, desânimo para com a vida, visitas constantes ao médico com sintomas não definidos, desinteresse no cuidado pessoal, busca repentina por alguma religião, bem como colocar haveres ou pertences em ordem, sem motivos específicos (BAPTISTA et al., 2006; BEESTON, 2006; HOLKUP, 2003; MINAYO & CAVALCANTE, 2010).

Dados epidemiológicos brasileiros registram que, na década de 80, houve 5.953 óbitos por suicídio em idosos, 8.547 na década de 90 e 7.994 no período entre 2000 a 2006. Os meios mais utilizados para tal finalidade pelos homens são: enforcamento; fumaça/ fogo e disparo de arma de fogo; enquanto que os principais meios de suicídio do sexo feminino prefiguram as seguintes categorias: precipitação de local elevado; enforcamento; ingestão de substâncias; fumaça/fogo/chamas, bem como outros meios não especificados (Minayo, Pinto, et al., 2012).

Um estudo realizado por BEAUTRAIS (2002) em Quebec, com 95 participantes, concluiu que, nos seis meses anteriores ao suicídio, a desordem familiar manifestada por perda de membros da família, separação ou conflitos com familiares ou amigos, e problemas financeiros foram fatores de risco significantes para o suicídio.

Corroborando com isso, MENEGHEL (2012) traz em seus resultados a dificuldade financeira e crises econômicas como principal variável, optando então pelo suicídio como alternativa de resolver seus fracassos, tendo em vista que “quando o homem se encontra em grande dificuldade para realizar seu papel de provedor da família, em decorrência de crises econômicas, passa a considerar o suicídio como alternativa” (MINAYO, 2012).

As estratégias de prevenção do suicídio têm compreendido a educação sobre o suicídio no idoso, a detecção de indivíduos em risco, o tratamento e a restrição de meios, levando em consideração que a maioria destes programas se dirige aos fatores de risco e são poucos os que se focam no desenvolvimento de fatores protetores (PEDROSA, 2016).

A partir da escrita desse artigo se reforça a necessidade de investimentos em políticas públicas e espaços que proporcionem acolhimento, escuta e segurança à população idosa, além de pesquisas com metodologias mais robustas para investigação do fenômeno em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o artigo apresentado, conclui-se primordial apontar um olhar multidimensional frente ao fenômeno do suicídio em idosos compreendendo fatores econômicos, psicológicos, físicos e sociais por parte dos profissionais que atuam no campo do envelhecimento e do Estado com políticas públicas que subsidiem essa população.

Ainda que o crescimento da população idosa seja uma realidade incontestável, o suporte dispensado a eles não avança com a mesma velocidade. Deste modo, espaços de convivência que ofereçam atividades físicas e de lazer, acesso à atenção à saúde em todos os níveis de complexidade, suporte social e familiar evitando o isolamento e solidão, podem configurar-se como ações para minimizar ou evitar a ideação suicida.

A leitura dos autores escolhidos possibilitou a compreensão da forma como tem se tratado no meio científico as temáticas envelhecimento e suicídio. Destacam-se os fatores associados ao suicídio: alterações de humor e expressões de estados depressivos, conflitos familiares permeados por dificuldades financeiras, e uso abusivo de álcool e ideação suicida por anunciação do desejo de antecipar seu fim. Tornando necessário o olhar abrangente e o ouvir reflexivo sobre o idoso por parte dos agentes sociais, familiares, amigos e diversos setores, especificamente o setor saúde, gestores e profissionais que provoquem mudanças significativas na dinâmica do serviço.

O resultado desta revisão se faz relevante, pois, além de evidenciar as associações de diversos fatores encontradas na literatura com o suicídio, também aponta meios para promover a saúde física e mental em idosos diminuindo, assim, os riscos de suicídio entre essa população.

Ao mesmo tempo, ressalta-se a necessidade de mais investimentos na área de saúde, a fim de que haja maior fortalecimento de políticas públicas já existentes dentro da intersectorialidade no cuidado a saúde do idoso.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed; 2014.

BAPTISTA, M. N., MORAIS, P. R., RODRIGUES, T. de, & SILVA, J. A. da C. **Correlação entre sintomatologia depressiva e prática de atividades sociais em idosos**. Avaliação Psicológica, 2006, 5(1),77-85.

BEESTON, D. **Older people and suicide**. Stokeon Trent, UK: Centre for Ageing and Mental Health, Staffordshire University, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Número de idosos cresce 18% em 5 anos e ultrapassa 30 milhões em 2017**. Agência IBGE Notícias. Estatísticas sociais, 2018.

Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/20980-numero-de-idosos-cresce-18-em-5-anos-e-ultrapassa-30-milhoes-em-2017> Acessado em: 04 de Abril de 2019.

_____. **Prevenção do Suicídio: Um recurso para conselheiros**. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. Genebra, 2006.

Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf Acessado em: 15 de Abril de 2019.

_____. Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental. **Suicídio e graves problemas de saúde pública e prevenção como prioridade**. 2018.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5674:suicidio-e-grave-problema-de-saude-publica-e-sua-prevencao-deve-ser-prioridade-afirma-opas-oms&Itemid=839 Acessado em: 15 de Abril de 2019.

BEAUTRAIS, A.L. A case-control study of suicide and attempted suicide in older adults. *Suicide Life Threat Behav.* 2002; 32(3):1-9.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1990.

BERENCHTEIN NETTO, N. – **Suicídio: uma análise psicossocial a partir do materialismo histórico dialético**. (Dissertação de Mestrado) Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia social. Pontifícia Universidade Católica - São Paulo, 2007. 168p.

CAVALCANTE, Fátima Gonçalves; MINAYO, Maria Cecília de Souza and MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. **Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013001000023> Acessado em 10 de Maio de 2019.

CAVALCANTE A.C.S, et al. **A clínica do idoso em situação de vulnerabilidade e risco de suicídio**. *Trivium* [Internet]. 2015;7(1):74-87.

CASSORLA, R.M.S. **O que é suicídio**. 5a ed. São Paulo: Brasiliense; 2005. 16. Shneidman ES. *Autopsy of a suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press; 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MINAYO, MCS, Cavalcante FG. **Suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura**. *Revista de Saúde Pública* 2010; 44 (4): 750 - 757. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102010000400020&lng=pt Acessado em: 12 de Maio de 2019.

_____. **Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura** (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 20, p.1751-1762, 2015.

_____. FIGUEIREDO, Ana Elisa Bastos; MANGAS, Raimunda Matilde do Nascimento. **O comportamento suicida de idosos: institucionalizados: histórias de vida**. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, p.981-1002, 2017.

_____. Et al. **Tendência da mortalidade por suicídio na população brasileira e idosa, 1980-2006**. *Revista de Saúde Pública*, 46(2),300-309.

MUCIDA, Ângela. **O sujeito não envelhece – Psicanálise e velhice**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

PAPALIA, Diane E. FELDMAN, Ruth Duskin. OLDS, Sally Wendkos. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Rio Grande do Sul: Artmed, 2006.

PEDROSA, Bárbara; DUQUE, Ricardo; MARTINS, Rui. **Suicídio no Idoso – O Antecipar da Morte**. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE*. 2016. Vol. 14, N.º 1.

SILVA, João Vitor; SILVA, Edla Cabral; RODRIGUES, Ana Paula; MIYAZAWA, Ana Paula. **A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública**. *Cad Grad Ciênc Biol Saúde*. 2015;2(3):91-100.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.