

Suicídio em idosos no Recife (PE): Um estudo sobre mortalidade por causas externas

Suicide in the elderly of Recife (PE): A study about mortality from external causes

Fernando Augusto de Mendonça Neto
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo
Antônio Fernandes Bernardo de Queiroz
Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva
Fábia Maria de Lima

RESUMO: O suicídio é um problema de saúde pública. Entre os idosos, esse tema não tem sido estudado com a devida importância. A doença mais frequentemente relacionada ao suicídio entre idosos é a depressão. Este estudo descreve características das mortes por suicídios entre idosos necropsiados no IML da cidade de Recife (PE), Brasil, em 2009. Os dados foram coletados do livro de registro de mortes do necrotério, dos laudos tanatoscópicos e das declarações de óbito. Das 352 necropsias, 25 foram por suicídio, sendo 13 homens e 12 mulheres, havendo maior incidência na idade entre 60 e 69 anos de idade.

Palavras-chave: Suicídio; Idoso; Mortalidade.

ABSTRACT: *Suicide is a public health problem. In regard the elderly, hadn't been studied with the importance it has. The disease that is mostly related to suicide in the elderly is depression. This study describes the deaths characteristics by suicide among the elderly autopsied at the Forensic Institute in Recife (PE),Brazil, in 2009. Data were collected from the death record book at the morgue, the autopsy reports and death certificates. Of 352 autopsies from external causes in 2009, 25 were suicides, 13 men and 12 women, and age group with the highest incidence was that between 60 and 69 years old.*

Keywords: *Suicide; Aged; Mortality.*

Introdução

O suicídio entre pessoas idosas tem recebido pouca atenção, tanto no Brasil, como no mundo. Os estudos sobre o tema, via de regra, versam sobre o suicídio em geral. Minayo e Cavalcante (2010) constatam que não foram encontradas referências do Brasil ou em países de língua espanhola sobre o suicídio entre idosos na base de dados Scielo de 1981 a 2009.

Para se ter uma ideia, o número de pessoas que, no mundo, morrem anualmente em decorrência de suicídio supera o número de pessoas mortas em guerras e conflitos armados. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o suicídio é uma das dez maiores causas de morte em muitos países e estima-se que existam de 10 a 20 vezes mais tentativas de suicídio do que os dados registrados oficialmente. Enquanto o suicídio em jovens tem um importante componente de impulsividade, em pessoas idosas há frequentemente evidências de planejamento, e a decisão de morrer é geralmente bastante sólida e concretizada.

Para Minayo e Cavalcante (2010), as estatísticas de suicídio estão distribuídas de modo desigual pelo mundo, seja quando se leva em consideração o sexo, os grupos de idade, assim como quando se analisa cada país isoladamente. Ao observar a realidade brasileira, comparada com as de outros países, a taxa de suicídios é baixa, oscilando entre 3,50 e 4,00 por 100.000 habitantes; já as tentativas de suicídio chegam a 61,4/100.000 (Minayo & Cavalcante, 2010; Dermicin, 2011; OMS, 2000).

A título de visualização de dados, nos Estados Unidos, se considerarmos todas as faixas de idade, o suicídio é a 11ª causa de morte. Esse índice aumenta com a idade e é mais alto entre norte-americanos acima de 65 anos. Em 1999, cerca de 5.500 pessoas idosas se suicidaram naquele país, estando os homens idosos e as pessoas com distúrbios psiquiátricos e problemas sociais expostos aos maiores riscos. As armas de fogo são o meio mais frequentemente usado (Binder, 2002). Mais recentemente, a *American Association of Suicidology* (AAS), em estudo realizado nos Estados Unidos, apresenta os seguintes resultados: os idosos correspondem a 12,5% da população, mas respondem por quase 15,9% de todos os casos de suicídio do país. Em 2006, o índice de suicídios em idosos foi de 14,2 por 100.000 pessoas. “Homens brancos” é o grupo populacional de idosos que apresenta o maior risco de ocorrência de suicídios, principalmente aqueles com idade acima de 85 anos.

Os homens correspondem a 84,6% dos suicidas dessa faixa etária (American Association of Suicidology, 2009).

Em outro estudo realizado no Canadá, envolvendo 1.329 casos de suicídio, durante nove anos foi analisada a presença de alguma/s doença/s e sua associação com o suicídio. O distúrbio bipolar, a depressão, e dor severa foram, então, os três mais fortes fatores associados com o suicídio. Nesse estudo, vale destacar, a comorbidade também se associava ao aumento da taxa de suicídios, de tal modo que a presença de 3 (três) doenças aumentava em três vezes o índice de suicídios e, quando havia 5 (cinco) doenças, o risco de suicídio era cinco vezes maior (Juurlink *et al.*, 2004).

Um estudo realizado na Suécia demonstrou que o grupo com maior índice de suicídios está entre idosos com idade superior a 75 anos. Observou-se que os maiores preditores de suicídio no segmento mais idoso foram conflitos familiares, presença de alguma doença grave, solidão e depressão (maior e menor). Os problemas econômicos são preditores de suicídios nos idosos considerados mais jovens entre 64-74 anos (Waern, Rubenowitz & Wilhelmson, 2003).

Quando considerado o método empregado para o suicídio, este varia entre os países. De modo geral, é possível inferir que as armas de fogo são o meio mais frequentemente usado para o suicídio entre os idosos (72% dos meios), e os homens idosos usam mais armas de fogo do que as mulheres idosas para realizar o suicídio. O abuso de álcool e de outras substâncias não desempenha um papel tão importante entre os idosos quando comparado a pessoas mais jovens, mas a depressão, frequentemente não diagnosticada ou não tratada nessa faixa etária, é considerada uma das principais causas de suicídio entre os idosos (American Association of Suicidology, 2009). Assim, os suicídios por arma de fogo conformam o método mais predominante nos Estados Unidos, na Argentina, Suíça e Uruguai. Saltos de altura (quedas) são muito relevantes em países como Hong Kong, Luxemburgo e Malta, por exemplo (Adjacic-Gross, 2008).

Em países da América Latina (El Salvador, Nicarágua e Peru), países asiáticos (República da Coreia e Tailândia) e também em Portugal, o envenenamento com pesticidas foi o maior problema encontrado, principalmente entre mulheres. O método de enforcamento foi predominante em 90% dos homens e 80% das mulheres em países do leste europeu (Estônia, Lituânia, Polônia, Romênia) (Adjacic-Gross, 2008). Vale salientar que nos lugares onde foram implementados programas para inibir o porte de armas de fogo (como Austrália e Canadá), houve diminuição de suicídios por tal método, substituído pelo método de enforcamento,

umentando assim esta ocorrência (Adjacic-Gross, 2008).

Na Turquia, ao se analisarem os dados de 2005, foram computadas 2.703 mortes por suicídio de um total de 110.253 mortes na população, enquanto que, nos Estados Unidos, em 2004, a título de comparação, ocorreram 32.439 mortes por suicídio de um total de 2.397.615 mortes, demonstrando um índice de 2.5 suicídios por 100 na Turquia e de 1.5 por 100 nos Estados Unidos. Esta diferença também se expressou para o sexo quando o índice de suicídios na Turquia foi aproximadamente duas vezes mais alto entre homens, e na população mundial a relação é quatro vezes maior em homens do que em mulheres (Demircin *et al.*, 2011)

Em se tratando da realidade brasileira, no estado de São Paulo, em 2004, o Boletim Epidemiológico Paulista (BEPA) contabilizou 29.479 mortes por causas externas e, destes, 3.683 envolveram pessoas na faixa etária de 60 anos ou mais, o equivalente a 12,49%. Foram verificados nessa faixa etária 410 suicídios, o que equivale a 23,93% de todos os casos de suicídios (Gawryszewski, Hidalgo & Valencich, 2005).

Dados da OMS sobre os métodos de suicídio empregados no Brasil indicam a ocorrência de 33.072 suicídios entre homens e 8.591 entre as mulheres de todas as idades, entre 1996 e 2002, predominando nos homens o enforcamento (52,4% dos casos), seguido do uso de armas de fogo (22,1%). Entre as mulheres, os métodos mais utilizados foram o enforcamento (37,6%), o uso de pesticida (16%) e arma de fogo (13,4%) (Adjacic-Gross, 2008).

No Brasil, outro estudo realizado no período de 1980 a 2000, para detectar diferenças regionais entre os índices de suicídio, registrou que os maiores índices ocorreram na região Sul (9,3%) e Centro-Oeste (6,1%), sendo que os homens acima de 70 anos formam o grupo com a maior probabilidade de cometer suicídio (Lovisi, 2009).

O suicídio, junto com os acidentes e homicídios, é enquadrado como “causa externa de morte” segundo a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID). O termo causas externas refere-se, de acordo com o CID, a fatores externos ao organismo humano que provocam lesões, envenenamento ou efeitos adversos ao homem.

Para salientar a escassez de publicações sobre o suicídio no Brasil, citamos um trabalho realizado em Minas Gerais no ano de 2007, quando foi pesquisado o tema suicídio em três das mais importantes revistas científicas psiquiátricas, através da base de dados SCIELO. Em todas as revistas acessadas, foram encontrados 844 artigos, sendo apenas 15 (1,77%) relacionados ao tema “suicídio” (Corrêa *et al.*, 2007). Diante dessa escassez de dados em relação ao problema do suicídio no Brasil, mais acentuadamente, no Nordeste,

considerando o relevante número de idosos mortos por causas externas, os dados obtidos no Instituto de Medicina Legal do Recife, em 2009, são de significativa relevância.

Dessa forma, objetiva este estudo contribuir para o estudo do suicídio na faixa idosa da população e esclarecer os profissionais e autoridades da área da saúde como os idosos cometem suicídio.

Metodologia

O local delimitado para a realização do estudo foi o Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha (IMLAPC), localizado em Recife (PE), responsável por atender, além dessa Capital, diversos municípios de sua Região Metropolitana (RMR).

Trata-se de um estudo epidemiológico, de corte transversal, quantitativo e descritivo. Foram incluídos no estudo todos os indivíduos na faixa etária dos 60 anos e mais, cujas mortes foram atribuídas a causas externas, necropsiados na cidade do Recife, no ano de 2009.

Para a coleta dos dados, foi elaborado um instrumento, tomando por base os elementos usualmente considerados no livro de registro de corpos do necrotério, nas minutas dos laudos tanatoscópicos e nas declarações de óbitos do IMLAPC.

Após a elaboração do protocolo de pesquisa, este foi anexado ao Projeto de Pesquisa, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos do Complexo Hospitalar HUOC / PROCAPE da Universidade de Pernambuco, sob o protocolo CAAE: 0131.0.000.106-10 (de 01/12/2010).

Para a análise comparativa das variáveis quantitativas, foi utilizado *t-student*, quando observado o pressuposto de normalidade. Para a análise comparativa entre as variáveis qualitativas, foi aplicado o teste qui-quadrado de proporções.

Resultados

Em 2009, o IML do Recife realizou um total de 6.441 necropsias, sendo 352 (5,46%) em pessoas com 60 anos e mais, com idade média de 72,32 anos e desvio-padrão (DP) de 9,48 anos. A idade mínima encontrada foi de 60 e a máxima de 104 anos. Quanto ao sexo, o masculino teve uma prevalência de 231 (65,62%), contra 121 (34,38%) do sexo feminino.

A faixa etária mais prevalente foi aquela entre 60 e 69 anos representada por 157 (44,60%), seguida da faixa entre 70 e 79 anos, em que ocorreram 116 necropsias (32,95%).

A maioria das vítimas procedeu de hospitais, ou seja, foram 229 indivíduos, representando 65,05% de todos os casos. Houve predominância da cor parda com 261 indivíduos (74,10%), sendo que 84 (23,90%) eram brancos. Em 7 (2,00%) casos não foi informada a cor da pele. Não encontramos citações de idosos de cor negra em nosso banco de dados, dados esses apresentados na tabela 1, a seguir:

Tabela 1 – Distribuição quanto à procedência e à cor em idosos necropsiados no Instituto de Medicina Legal do Recife, em 2009

Variáveis	Masculino		Feminino		p-valor
	n	%	n	%	
Procedência					
Hospital	149	66,52	80	67,23	0,4648
Via pública	34	15,18	13	10,92	
Outros	41	18,30	26	21,85	
Cor					
Parda	187	82,02	74	63,79	0,0002
Branca	41	17,98	43	36,21	

Fonte: IMLAPC (2009)

Conforme pode ser observado na tabela 2, a seguir, foram 272 acidentes (77,27%), 43 (12,22%) homicídios, 25 (7,10%) suicídios e em 12 (3,41%) a causa jurídica da morte era ignorada:

Tabela 2 – Distribuição quanto à causa de morte em idosos necropsiados no Instituto de Medicina Legal do Recife, em 2009

Causa de Morte	n	%
Acidente	272	77,27
Homicídio	43	12,22
Suicídio	25	7,10
Ignorado	12	3,41

Fonte: IMLAPC (2009)

Dos 25 suicídios, 11 casos foram cometidos pelo método enforcamento (44%), 11 de envenenamento (44%), 2 por instrumento contundente (8%) e 1 (4%) caso de queimadura autoinfligida.

Na Tabela 3, a seguir, verifica-se que, dos 11 casos de enforcamento, 6 foram em homens e 5 em mulheres. Quanto aos envenenamentos, foram 7 casos em homens e 4 em mulheres. Os suicídios por instrumento contundente e por queimadura ocorreram apenas entre mulheres. Na análise estatística, não foi observada significância quanto ao sexo nos idosos mortos por suicídio necropsiados no IML do Recife em 2009:

Tabela 3 – Distribuição quanto ao sexo dos idosos que cometeram suicídio necropsiados no Instituto de Medicina Legal do Recife em 2009

Variáveis	Masculino		Feminino		p-valor
	n	%	n	%	
Suicídio - Tipo					
Enforcamento	6	46,15	5	41,67	0,3885
Envenenamento	7	53,85	4	33,33	
Instrumento contundente	0	0,00	2	16,67	
Outros	0	0,00	1	8,33	

Fonte: IMLAPC (2009)

No tocante à faixa etária, de acordo com o que é visto na tabela, a mais atingida foi aquela situada entre 60 e 69 anos de idade com 15 casos no total (60% dos suicídios), seguida pela faixa situada entre 70 e 79 anos com 4 casos (16% dos casos).

Tabela 4 – Distribuição das mortes por suicídios em idosos necropsiados no Instituto de Medicina Legal do Recife em 2009 estratificadas por faixa etária

Variáveis	60 - 69 Anos		70 - 79 Anos		80 - 89 Anos		90 + anos		p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Suicídio - Tipo									
Enforcamento	8	53,33	2	33,33	1	33,33	0	0,00	0,4200
Envenenamento	6	40	2	33,33	2	66,67	1	100,00	
Inst. contundente	0	0,00	2	33,33	0	0,00	0	0,00	
Outros	1	6,67	0	0,00	0	0,00	0	0,00	

Fonte: IMLAPC (2009)

Discussão

No Brasil, o suicídio não figura, entre as maiores causas externas de morte, nem para idosos, nem para as faixas etárias mais jovens. Como foi observado na pesquisa de Minayo e Cavalcante, os acidentes de trânsito são responsáveis pela grande maioria das vítimas fatais em nossas estatísticas (Minayo & Cavalcante, 2010).

A literatura indica que, em um grande número de casos de suicídio, está presente a depressão e outros distúrbios psiquiátricos, mas esse fato não foi abordado em nosso trabalho, pois haveria a necessidade de fazer pesquisas com os familiares das vítimas, além de consultas em prontuários médicos, o que não foi objetivo da nossa pesquisa.

Contudo, não se pode perder de vista que as taxas de prevalência de depressão geriátrica variam dependendo da definição de depressão, do critério diagnóstico e da população estudada. As estimativas de prevalência são mais altas naqueles pacientes institucionalizados com boa função cognitiva (cerca de 60%), e chegam a 25% nos pacientes com doenças crônicas, hospitalizados ou em unidades de atenção primária. As taxas são mais baixas (aproximadamente 10%) nos residentes das comunidades. O problema relacionado à depressão geriátrica diz respeito ao subdiagnóstico e consequente não tratamento, pois muitos profissionais médicos consideram a depressão como uma consequência normal do envelhecimento (Pinho, Custódio & Makdisse, 2009).

Dados da epidemiologia sugerem que o uso de antidepressivos reduz o risco de suicídio entre os deprimidos, e que a dose terapêutica plena de manutenção deve ser mantida por vários meses. No idoso, pode ser necessário manter o tratamento por dois anos, mesmo depois da recuperação. O uso de lítio em terapia de manutenção também diminui o risco de suicídio (OMS, 2000). A presença de depressão é, portanto, um importante fator que contribui para a ocorrência de suicídios, tanto para jovens como para idosos, mas aqueles que iniciam um quadro de depressão mais tardiamente estão em maior risco (OMS, 2000).

Como era de se esperar, no estudo realizado no Recife, em se tratando de pesquisa junto ao segmento idoso da população, a faixa etária na qual ocorrem mais necropsias por causas externas é aquela situada entre os 60 e 69 anos, pois existe um número maior de indivíduos nesse intervalo, estando mais ativos e, portanto, com melhores condições de mobilidade do que os idosos de idade mais avançada.

Em se tratando de mortes por causas externas, no Recife, a maioria dos corpos de idosos procedeu de hospitais, o que demonstra que essa maioria chegou a ser levada para

atendimento. Contudo, não temos os dados referentes especificamente aos casos de suicídios.

Na pesquisa do IML do Recife, quando se leva em consideração apenas o sexo, há pouca diferença entre os gêneros masculino e feminino, significando que, em nosso estudo, praticamente não há diferença estatística entre os dois sexos quanto à incidência de suicídio.

Chama a atenção a ausência do registro de idosos negros mortos por causas externas. Esse dado nos parece mais um indício de falha na coleta de dados do cadáver. É possível que os profissionais responsáveis por anotar a cor da pele, por preconceito ou mesmo para se “defenderem” dele, deixem de informar que aquele cadáver era de cor negra, classificando-o como “pardo”. Eis aqui um dado que merece a devida atenção, evitando, inclusive, práticas que legitimem o preconceito institucional.

De acordo com o estudo apresentado por Ajdacic-Gross (2008), o método de suicídio mais empregado na população em geral, na maioria das regiões do Brasil, foi o enforcamento, seguido do uso de arma de fogo.

Na região Nordeste, os métodos mais frequentes foram enforcamento, seguido por envenenamento e armas de fogo. Esses dados se assemelham em parte aos do Recife, com exceção das armas de fogo, mas, como são computados para a população em geral, podem trazer algumas distorções. No IML do Recife, quando se trata de indivíduos idosos, o método de suicídio predominante foi o enforcamento para ambos os sexos, embora, entre os homens idosos, o uso de pesticidas veio logo em seguida numa proporção bastante parecida com o enforcamento.

O envenenamento foi o segundo método mais usado entre as mulheres idosas, mas numa proporção bem abaixo do método de enforcamento. Nos casos de suicídio por envenenamento (uso de pesticidas ou drogas), nossos números revelam ser um dos métodos mais usados em nosso meio, e que se assemelha em frequência a países latinos como Nicarágua, Peru e El Salvador (Ajdacic-Gross, 1999).

No nosso país, a facilidade de compra do pesticida da classe dos carbamatos, conhecido popularmente como *chumbinho*, que pode ser encontrado e comprado livremente em feiras livres e até em camelôs, além de ter preços baixos, facilita seu uso para fins de suicídio (Moraes, 1999). Em terceiro lugar, entre as mulheres idosas, apareceu o instrumento contundente, que, na nossa pesquisa, equivale a saltos de altura (prédios, por exemplo). Decidimos não classificar esses casos como quedas, para não causar confusão com as quedas acidentais, inscritas no item de acidentes.

Na nossa pesquisa não foram verificados suicídios por arma de fogo, método mais

utilizado nos Estados Unidos e em alguns outros países. A arma de fogo é um produto caro quando se leva em conta o poder aquisitivo da maioria dos brasileiros. Sabemos que existe um forte comércio ilegal de armas em nosso país, mas, geralmente, esse comércio não é para suprir pessoas que pensam em cometer suicídio. Além disso, em idosos, o manejo adequado de uma arma pode se tornar difícil, principalmente se as pessoas estiverem acometidas por alguma doença debilitante, como já foi visto, um dos fatores que mais se associam ao risco de suicídio em idosos.

Talvez seja uma hipótese que a política do governo brasileiro, com relação ao desarmamento, venha dificultando o acesso às armas e incidindo nesse dado. Mas, no caso das pessoas idosas, a criação de programas para dificultar esse acesso, embora tenha diminuído o índice de suicídios por arma de fogo na Austrália e no Canadá, aumentou o índice de suicídios por enforcamento naqueles países. Isso quer dizer que a intenção de cometer o suicídio permanece e essas pessoas mudam apenas o método, usando o mais acessível naquele momento.

Os saltos de altura também não foram relevantes em nosso estudo, quando comparados com os de países asiáticos, como Hong Kong, e com algumas nações europeias, como Malta e Luxemburgo (Ajdacic-Gross, 2008). Essas são nações desenvolvidas, com altos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) e Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, indicando a existência de padrões culturais diferentes, com um desenho urbano diferente, e isso pode explicar a diferença nas estatísticas das causas de suicídio com relação ao Brasil.

Resultados de pesquisas informam que os índices mais altos de suicídio ocorrem na faixa etária acima de 70 anos de idade, dado que difere da nossa pesquisa. Na Suécia (um dos países com maior índice de suicídios no mundo), a faixa etária na qual existe o maior índice de suicídios é aquela situada no intervalo acima dos 75 anos de idade, o que talvez seja explicado pela maior expectativa de vida naquele país, onde os idosos têm uma vida ativa mais prolongada e, talvez, menor índice de insatisfação com a própria vida, fazendo com que as manifestações de depressão só apareçam mais tardiamente, numa idade mais susceptível a sofrer de doenças crônicas e limitações físicas.

Na pesquisa ora apresentada, o maior índice de suicídio foi verificado nos idosos entre 60 e 69 anos de idade, ou seja, entre os idosos mais jovens, os quais, na sua maioria, ainda possuem saúde e força necessárias para realizar um ato de suicídio mais elaborado, como por exemplo, o enforcamento, ato que exige trabalho muscular e força manual considerável.

Considerações Finais

As taxas de suicídio tendem a aumentar no mundo, também em razão do aumento do número de idosos nas populações mundiais, pois é sabido que o referido segmento é o que, proporcionalmente, mais comete suicídios. Infelizmente, quando se trata de suicídio, as melhorias das condições socioeconômicas de um país parecem influenciar pouco na prevenção dessa ocorrência.

Há outras variáveis determinantes e que precisam ser investigadas, o que se comprova ao observar que a Suécia possui um dos maiores índices de suicídio no mundo. Isso não quer dizer que nada pode ser feito, pois já foi provado antes que um programa de amplo alcance com ênfase na prevenção e tratamento de doenças psiquiátricas, como a depressão, pode incidir sobre essa prática, adotada aqui como uma questão de saúde pública.

O Brasil é conhecido mundialmente pelo desenvolvimento de um programa amplo para o tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA). Para tanto, são utilizados recursos de última geração, provenientes dos investimentos e avanços nas pesquisas, tanto para diagnóstico quanto para tratamento da enfermidade, demandando acompanhamento que obriga a realização de exames complementares repetidamente ao longo da vida do doente.

A depressão também é uma doença endêmica, que, na grande maioria das vezes, não necessita de exames laboratoriais caros, mas de um grupo de profissionais de saúde treinados para fazer o diagnóstico preciso. Basta que seja divulgada e incorporada às práticas desses profissionais a realização de baterias de testes em todos os idosos para rastreamento e tratamento de depressão. O fornecimento de remédios para o combate a doenças mentais e à depressão já existe no Sistema Único de Saúde (SUS), mas precisa ser verdadeiramente difundido e universalizado, para atingir o maior número possível de idosos, incluindo as cidades de menor contingente populacional.

Diante do que foi exposto, este estudo, sem a pretensão de esgotar a análise sobre o tema proposto, tendo em vista a sua complexidade, pode preencher uma lacuna existente na literatura gerontológica. Mais especificamente, a partir dos resultados encontrados, mediados pela produção de conhecimento nacional e internacional, vem fornecer dados e informações importantes para a reflexão e o planejamento de ações capazes de mudar essa realidade pelo estudo desvelada. Eis a nossa modesta contribuição.

Referências

- Minayo, M.C.S. & Cavalcante, F.G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44(4), 750-757.
- Demircin, S. *et al.* (2011). Suicide of elderly persons: Towards a framework for prevention. *Geriatrics & gerontology international*, 11(1), 107-113.
- OMS. (2000). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra (Suíça).
- AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY. (2009). Elderly Suicide Fact Sheet. Washington. Recuperado em 20 dezembro, 2010, de:
http://www.sfwar.org/pdf/Suicide/SUI_AAS_2010%28elderly%29.pdf.
- Juurlink, D.N. *et al.* (2004). Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. *Archives of International Medicine*, 164(11), 1179-1184.
- Waern, M., Rubenowitz, E. & Wilhelmson, K. (2003). Predictor of suicide in the old elderly. *Gerontology*, 49(5), 328-334.
- Binder, S. (2002, Dec.). Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences. London (England): *Injury prevention*, 8(suppl. 4), 02-04.
- Juurlink, D.N. *et al.* (2004, june). Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly. Chicago (EUA): *Archives of internal medicine*, 164(11), 1179-1184.
- Pinho, M., Custódio, O. & Makdisse, M. (2009, jan.-maio). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. Rio de Janeiro (RJ): *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.
- Ajdacic-Gross, V. *et al.* (2008). Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9), 726-732.
- Gawryszewski, V.P., Hidalgo, N.T. & Valencich D.M. (2005). A queda nas taxas de homicídios no Estado de São Paulo e apresentação dos dados de mortalidade por causas externas em 2004. *Bol Epidemiol Paul*, 2(21), 11-13.
- Lovisi, G. *et al.* (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006-*Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(2), 586-594.
- Corrêa, H., Lage, N., Rocha, F. & Sousa K. (2007). Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 29(4), 380-385.
- Moraes, A.C. (1999). *Contribuição para o estudo das intoxicações por carbamatos: o caso do chumbinho no Rio de Janeiro*. Dissertação. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.

Recebido em 10/08/2013

Aceito em 25/09/2013

Fernando Augusto de Mendonça Neto – Especialista em Geriatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; Médico legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha do Recife.

Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo – Especialista em Geriatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; Médico legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha do Recife.

Antônio Fernandes Bernardo de Queiroz – Especialista em Geriatria pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco; Médico legista do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, do Recife.

Sálvea de Oliveira Campelo e Paiva – Assistente Social Sanitarista, Doutora em Serviço Social pela UFPE, Gerontóloga titulada pela SBBG, Coordenadora do Núcleo de Gerontologia Social do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, da UPE.

Fábria Maria de Lima – Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da Universidade de Pernambuco.