

Suicídio nos Mais Velhos: Fundamental Não Esquecer!

Suicide in the Elderly: Crucial Not to Forget!



Daniel SAMPAIO¹, Diogo TELLES-CORREIA¹
Acta Med Port 2013 Jan-Feb;26(1):1-2

Palavras-Chave: Idoso; Suicídio.

Keywords: Aged; Suicide.

Albert Camus dizia que o suicídio era o único problema filosófico verdadeiramente sério. Viver, morrer ou atentar contra a própria vida são questões que desde sempre têm preocupado os homens.

A Organização Mundial de Saúde, em 2009,¹ alertou para o facto de, em cada ano, existir quase um milhão de mortes por suicídio, o que corresponde aproximadamente a um suicídio em cada quarenta segundos. Para além da dimensão de sofrimento individual, o suicídio é assim um verdadeiro problema de Saúde Pública.

O comportamento suicida pode ser classificado em três categorias diferentes: ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio consumado. Em termos de gravidade, num dos extremos situa-se a ideação suicida (que pode ir desde os pensamentos de morte até à intenção suicida estruturada com ou sem planificação suicida) e no outro, o suicídio consumado, permanecendo a tentativa de suicídio entre estes dois.²

Apesar da taxa de suicídio consumado em Portugal ser menor do que na maioria dos outros países europeus (em 2010 foi de 8,2 / 100 000 habitantes), tem vindo a crescer nos últimos anos (7,2 em 2005, 6,8 em 2006, 7,8 em 2007, 7,9 em 2008 e 7,8 em 2009).³ Estes valores têm, todavia, de ser considerados com reserva, porque existe entre nós uma percentagem elevada de mortes de 'causa indeterminada', nalguns casos por certo de causa suicidária. Alguns têm associado os valores mais baixos de Portugal a factores de ordem religiosa, uma vez que também as taxas são reduzidas noutros países católicos, nomeadamente do Sul da Europa.⁴ Relativamente à distribuição geográfica, existem em Portugal assimetrias regionais, atingindo a taxa o seu valor mais alto em algumas regiões do Alentejo. Tal como noutros países, as classes etárias mais velhas de Portugal revelam mais altas taxas de suicídio: de facto foi na classe etária correspondente aos indivíduos com mais de 50 anos que se verificou a maior taxa de suicídios, já que em 2001, por cada 100 000 habitantes com idade superior a 50 anos, 13 se suicidaram.⁵

Talvez devido a várias questões relacionadas com crenças sociais e questões históricas, não tem sido dada a importância devida ao suicídio entre os mais velhos, nem aos

factores que a ele se associam. No entanto, de acordo com estudos recentes, o suicídio naqueles que ultrapassaram os 65 anos pode chegar, nalguns países, a ser 50% superior aos valores verificados noutras idades.⁶

Por outro lado, as tentativas de suicídio nesta faixa etária são habitualmente mais graves e resultam mais vezes em suicídio consumado, sendo também mais frequentes as reincidências de comportamentos auto-destrutivos.

O estudo das tentativas de suicídio nos mais idosos toma especial relevância nos dias de hoje, em que se assiste a um envelhecimento progressivo da população, a par de uma deterioração das condições económicas (com particular relevo nestas faixas etárias), devido à situação de constrangimento mundial em que nos encontramos.

Para se poder delinear estratégias de intervenção específicas nesta área é fundamental que se invista na investigação, tendo como principais objectivos encontrar os determinantes reais deste problema.

As razões que levam ao suicídio nos mais velhos são complexas, sendo a presença de Depressão o factor mais importante, de acordo com os escassos estudos disponíveis nesta área.⁷ A depressão no idoso é cada vez mais prevalente e a sua gravidade toma proporções mais relevantes do que na população mais jovem. O facto de se associar frequentemente a características especiais como ansiedade marcada (que pode chegar a agitação psicomotora grave), pode configurar um maior risco para passagens ao acto, com tentativas de suicídio ou gestos autodestrutivos fatais.

Outros factores que podem estar também associados ao suicídio nestas idades são o sexo masculino, a raça caucasiana, o estado civil (viúvo, solteiro), o isolamento social, a doença física, os mecanismos de coping rígidos e desadequados e também a presença de perturbações de personalidade.⁵⁻⁸ Alguns autores preferem acentuar um menor número de factores de risco, considerando as perturbações afectivas e as tentativas de suicídio anteriores como os preditores mais importantes.⁹

Embora muitos idosos vivam em casa própria, cada vez se assiste mais a uma saída para lares ou residências especializadas. Este fenómeno social levou a que uma gran-

1: Serviço de Psiquiatria. Hospital de Santa Maria/Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa. Portugal.

Recebido: 19 de Fevereiro de 2013 - Aceite: 19 de Fevereiro de 2013 | Copyright © Ordem dos Médicos 2013

de percentagem dos idosos se tivesse de confrontar com nova mudança nos últimos anos da sua vida, o que pode ter um impacto importante em termos de risco psicopatológico. Vários estudos indicam que a prevalência de depressão poderá ser superior nos idosos institucionalizados, embora sejam escassas as investigações que comparam a ideação/ tentativas de suicídio entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, havendo resultados díspares quanto à comparação dos valores entre doentes que moram em casa e aqueles que de lá saíram.

Torna-se assim hoje fundamental implementar e avaliar

estudos que clarifiquem aspectos como o perfil psicopatológico dos idosos e o impacto da sua institucionalização, bem como incentivar investigações que comparem os vários tipos de instituições e as características que nelas possam predispor para o aumento de psicopatologia no idoso institucionalizado.

Estes estudos poderão contribuir para a elaboração futura de estratégias de prevenção, que partam de correcta avaliação do risco de suicídio nos mais velhos e possam propor recomendações sobre o melhor funcionamento das instituições de acolhimento para a terceira idade.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Suicide Prevention. Geneve: WHO; 2009. [consultado em Janeiro 2013]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.
2. Telles-Correia D, Paulino M. Entrevista e história psiquiátricas. In: Telles-Correia D, editor. Manual de Psicopatologia. Lisboa:Lidel; 2013.
3. Eurostat. European Commission. Death due to suicide, by sex. Last update 14.01.13. [consultado em Janeiro 2013]. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/product_details/dataset?p_product_code=TPS00122.
4. Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental em Portugal. Plano de acção 2007-2016. [consultado em Janeiro 2013]. Disponível em: http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/CC4ABF07-1E93-4181-9E9E-3B54D4C6C6A6/0/RELAT%C3%93RIOFINAL_ABRIL2007.pdf.
5. Eurotrials. Boletim Informativo. Saúde em Mapas e Números. 2004. [consultado em Janeiro 2013]. Disponível em: http://www.eurotrials.com/contents/files/Boletim_14.pdf.
6. McIntosh JL. Epidemiology of suicide in the elderly. Special Issue: Suicide and the older adult. *Suicide Life Threat. Behav.* 1992;22:15-35.
7. Conwell Y, Rotenberg M, Caine ED. Completed suicide at age 50 and over. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38:640-4.
8. Steffens DC, Hays JC, George LK, Krishnan KR, Blazer DG. Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressed elderly. *J Affect Disord.* 1996;39:99-106.
9. Conwell Y, Heisel M. The elderly. In: Simon R, Hales R, editors. *Suicide assessment and management.* Arlington: American Psychiatric Publishing; 2013. p. 367-88.