



Suicídio no Idoso – O Antecipar da Morte

Suicide in the Elderly – The Hastening of Death

Bárbara Pedrosa*, Ricardo Duque**, Rui Martins**

RESUMO

Introdução: Os pensamentos de morte são fenómenos comuns nos idosos, verificando-se que em diversos países o maior grupo de risco para o suicídio corresponde a essa faixa etária. Para além da maior letalidade das tentativas de suicídio nos idosos, estes passam mais provavelmente ao acto, concretizando assim o suicídio. Reconhecem-se que são vários os factores que contribuem para o desenvolvimento de ideação suicida.

Objectivos: A presente revisão visa analisar as características, os factores de risco e os programas de prevenção relacionados com o suicídio no idoso, de modo a alertar os vários técnicos de saúde para esta situação.

Métodos: Foi realizada uma revisão bibliográfica no PubMed, utilizando as expressões “*elderly*”, “*aging*” e “*suicide*”. Foram ainda consultados relatórios das Nações Unidas e livro de texto.

Resultados: O suicídio nos idosos apresenta uma etiologia multifactorial. Verifica-se que 46 a 86 % dos idosos que morrem por suicídio apresentavam perturbação afectiva nas semanas precedentes, nomeadamente depressão.

Outros factores associados são um nível de escolaridade elevado, sexo masculino, ansiedade, características de personalidade obsessivas, fraca integração do idoso na sociedade, eventos adversos de vida, nomeadamente a morte do conjugue, e ainda, a presença de doença física ou disfunção neurocognitiva.

Conclusões: Os programas de prevenção do suicídio no idoso não se devem focar apenas na presença de depressão, devendo ter em conta todos os factores discutidos, promovendo o aumento da resiliência do idoso, o envelhecimento positivo e o envolvimento da família e comunidade, além do controlo das comorbilidades médicas.

Palavras-Chave: Idoso; Suicídio; Factores de Risco; Envelhecimento.

ABSTRACT

Introduction: *Suicidal thoughts are common amongst the elderly. The risk of suicide in people aged 65 or more is the highest in several countries. The lethality of suicide attempts increases with age and the risk of acting on suicidal thoughts is higher. Many are the risk factors that seem to lead to suicidal ideation in this age.*

* Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho. ✉ barb_pedrosa@hotmail.com

** Serviço de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental.

Recebido / *Received:* 22.09.2015 - Aceite / *Accepted:* 14.07.2016.

Aims: *The present review aims to study the characteristics, risk factors and prevention programs concerning elderly suicide. It also aims to raise awareness amongst health care workers for this issue.*

Methods: *A literature review was carried out using the Pubmed with the keywords “elderly”, “aging” and “suicide”. Reference of United Nation’s reports and a textbook were also considered.*

Results: *Suicide in the elder seems to be multifactorial . 46 to 86% of older people who die of suicide presented an affective affective disorder in the previous weeks, namely, depression. Other risk factors are anxiety, male gender, higher education, obsessive personality traits, poor social integration in society, adverse life events, especially the death of the spouse, medical condition and neurocognitive dysfunction.*

Conclusions: *Suicide prevention programs for the elder should not focus only on depression but in all the factors abovementioned, promoting the development of the subject’s resilience, positive aging, family and society involvement and also the control of medical comorbidities.*

Key-Words: *Elderly; Suicide; Risk Factor; Aging.*

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas tem-se verificado um rápido aumento da população idosa¹. Segundo a ONU, em 1994 as pessoas idosas representavam 9% da população, em 2014 representavam 12% e, segundo as projecções, em 2050

deverão representar cerca de 21% da população mundial¹. Actualmente os idosos com mais de 80 anos representam pouco mais de 1% da população mundial². Contudo, prevê-se que esta percentagem atinja os 4,1% em 2050². Parece assim ser importante repensar a saúde mental e os programas específicos para pessoas acima dos 65 anos.

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 da características de personalidade) e ainda alterações a nível social (como perda de posição social e de familiares e amigos)³. A forma como o idoso vivencia o envelhecimento e a capacidade deste em equilibrar os aspectos positivos e os negativos, são fundamentais para uma melhor adaptação a esta fase de vida³. Deste modo, muito se tem falado sobre a promoção de um envelhecimento positivo, que passa inevitavelmente pela valorização dos aspectos mais positivos do envelhecimento como o aumento do tempo que pode ser usado para ócio e criatividade, o aumento da sabedoria, da capacidade de reflexão, da tolerância e da maturidade emocional³.

Os pensamentos de morte são comuns nos idosos⁴. Verifica-se que em diversos países o maior grupo de risco para o suicídio é o das pessoas acima dos 65 anos, sendo que este risco aumenta ainda mais com a idade⁵⁻⁷. A letalidade das tentativas de suicídio é também maior à medida que a idade avança⁸. Observa-se assim que apesar da ideação e das tentativas de suicídio diminuírem com o envelhecimento,

as taxas de suicídio são mais elevadas nesta faixa etária, o que se relaciona com o facto de que os idosos passam ao acto mais provavelmente do que os mais jovens e de o fazerem de uma forma mais letal⁹⁻¹¹. Reconhecem-se vários factores que contribuem para o desenvolvimento de ideação suicida, sendo o mais comum a presença de sintomatologia depressiva⁴. Por este motivo muitos dos programas de prevenção do suicídio focam-se na detecção e optimização da depressão, em detrimento de outros factores⁴.

OBJECTIVOS

A presente revisão visa analisar as características, os factores de risco e os programas de prevenção relacionados com o suicídio no idoso, de modo a alertar os vários técnicos de saúde para esta situação.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizada uma revisão bibliográfica no PubMed, utilizando as expressões “*elderly*”, “*aging*” e “*suicide*”. Foram ainda consultados relatórios das Nações Unidas e livro de texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Verifica-se que os idosos apresentam maior risco de passagem ao acto em relação a pessoas mais jovens, realizando actos autodestrutivos mais determinados e estruturados⁹. Observa-se, ainda, que os idosos comunicam com menor frequência a sua intenção suicida, quer directa ou indirectamente⁹. A letalidade das tentativas de suicídio é também maior, sendo que os métodos mais usados nesta idade são o uso de armas, enforcamento, envenena-

mento e quedas provocadas^{9,10}. A probabilidade de morrerem por suicídio é desproporcionalmente maior nos idosos em comparação com indivíduos mais jovens¹¹. Na população idosa, são realizadas em média quatro tentativas para cada suicídio consumado, enquanto nos adultos mais jovens essa proporção é de 8 a 33 tentativas e nos adolescentes cerca de 200 tentativas para cada suicídio⁹. Sobretudo nos homens parece existir um planeamento mais cuidadoso, o recurso a métodos mais letais e uma comunicação mais rara da intenção suicida, pelo que a taxa de suicídio nestes é superior, pelo menos no Ocidente¹⁰. Nos idosos do sexo masculino, até cerca de metade das tentativas de suicídio terminam em morte¹².

As perturbações afectivas major constituem o maior factor de risco para o suicídio no idoso^{4,7,8,13}. Verifica-se que 46 a 86 % dos doentes que morreram por suicídio apresentavam perturbação afectiva nas semanas que precederam a sua morte, em particular depressão⁴. Além da depressão, também a ansiedade, sobretudo quando sobreposta a sintomatologia depressiva, pode contribuir para ideação suicida⁴. Segundo um estudo australiano, o risco de ideação suicida é 7 vezes maior nos idosos com depressão e ansiedade concomitante, em comparação com os idosos sem depressão ou ansiedade⁴. Tal risco é 3,6 vezes maior nos idosos que apenas apresentam depressão e 3,3 vezes maior naqueles que apenas apresentam ansiedade⁴.

As consequências da depressão no idoso são múltiplas. Para além dos custos acarretados e dos efeitos psicossociais, a taxa de mortalidade no idoso deprimido aumenta quer por suicídio quer por doença médica, elevando quatro

vezes o risco de mortalidade nestes doentes⁹. A depressão nos idosos pode fazer parte de uma perturbação recorrente com início numa idade mais precoce (depressão de início precoce), um episódio inicial (depressão de início tardio) ou uma perturbação de humor secundária a doença médica ou à terapêutica⁹. A gravidade da depressão parece estar associada ao risco de suicídio, embora nem todos os autores concordem¹¹. Por outro lado, o risco está também aumentado nos idosos com história prévia de perturbação depressiva, de tentativa de suicídio ou, ainda, de história familiar de suicídio^{4,7}.

Outras patologias psiquiátricas que podem aumentar o risco de suicídio nos idosos incluem psicoses não afectivas, perturbações de ansiedade e o abuso/dependência de substâncias⁷. Nos idosos com necessidade de internamento psiquiátrico o risco de suicídio é maior, sendo a fase mais crítica o período imediatamente após o internamento¹³.

Os homens apresentam maior risco de suicídio^{4,10}, bem como os idosos com nível de escolaridade elevado e os que não praticam qualquer religião.⁴ Também os idosos com traços obsessivos de personalidade, neuroticismo e rigidez parecem apresentar maior risco⁷. Outros factores como uma fraca integração do idoso na sociedade, o residir sozinho, a presença de problemas económicos e eventos adversos de vida, nomeadamente a morte do conjugue, estão também associados a um aumento do risco de suicídio^{4,8}. O luto pode causar uma disrupção na vida do doente e no próprio com desenvolvimento de sentimentos de solidão e perda de vontade de continuar a viver⁸, sendo que os idosos que perdem o conjugue apre-

sentam um risco 15 vezes maior de suicídio do que as pessoas de meia-idade que perdem um conjugue¹⁰. No caso de viuvez, o risco de suicídio é maior nos homens quando perdem a companheira, do que ao contrário (quando a mulher perde o companheiro), sendo também maior nos casos em que o conjugue morreu por suicídio¹⁰. A presença marcada de sentimentos de desesperança e de solidão são factores relevantes no aumento do risco, bem como a incapacidade de reconciliação com experiências e memórias traumáticas do passado^{4,5,8}. Alguns autores defendem que a presença do sentimento de se estar a sobrecarregar os outros pode também predispor ao desenvolvimento de ideação suicida⁸.

Verificou-se também que os idosos que realizavam tentativas de suicídio apresentavam uma alteração na capacidade de tomada de decisões, não sendo capazes de recorrer a experiências passadas, tomando as decisões sobretudo com base no seu estado actual e apresentando uma sensibilidade anormal à dualidade recompensa/castigo no momento^{7,12}.

A existência de múltiplas comorbilidades médicas, nomeadamente a presença de dor, pode estar na origem dos pensamentos de morte^{4,8}, sendo que o risco de suicídio é maior quanto mais comorbilidades médicas o idoso apresentar e quanto maior for a sua limitação funcional, real ou percebida⁷. A presença de disfunção neurocognitiva pode também estar relacionada, possivelmente por diminuir a capacidade de lidar com eventos adversos de vida^{11,12}, apesar da evidência entre suicídio e demência já instalada ser fraca⁷. Por outro lado, a doença cerebrovascular pode precipitar depressão e, deste modo, aumentar o risco de ideação sui-

cida⁹. A disrupção das vias pré-frontais parece ser o mecanismo central na hipótese da “depressão vascular”, isto é, doentes deprimidos com doença vascular e alterações cognitivas particulares⁹. As áreas mais afectadas incluem a área orbitofrontal, córtex cingulado anterior e hipocampo⁹. Lesões da substância branca podem ser um potencial marcador para o risco de suicídio, sendo que os idosos que realizam tentativas de suicídio parecem apresentar maior número destas alterações¹¹. Tais lesões podem causar a destruição de vias críticas envolvidas na regulação do humor, cognição e comportamento, aumentando o risco de suicídio por vários motivos (quer por depressão, quer por dificuldades de ajustamento às mudanças condicionadas pela idade, quer por comportamentos mais despragmáticos e de risco)¹¹.

Assim, a presença de alterações neurobiológicas relacionadas com a idade, sobreposta a alterações inatas ou adquiridas (por exemplo alterações na regulação afectiva no primeiro caso, ou, eventos traumáticos no segundo caso), podem contribuir para o risco de suicídio nos idosos⁷.

Uma vez que a depressão é um factor de risco de extraordinária importância, muitos programas de prevenção de suicídio centram-se na detecção e optimização do tratamento da depressão⁴. Contudo, os benefícios são modestos e a sustentabilidade a longo prazo dos mesmos é incerta⁴. É necessário abordar também os aspectos cognitivos e emocionais da depressão, introduzindo tarefas que ajudem o idoso a ganhar novamente o controlo da sua vida e a capacidade de tomar conta de si, o que pode por sua vez melhorar a capacidade de tomada de decisão⁸. O facto de vários factores estarem

associados ao risco de suicídio nos idosos leva a que uma abordagem direccionada para apenas um factor de risco se torne insuficiente, sendo importante abordar, e preferivelmente de forma selectiva, a presença de doença psiquiátrica, os traços de personalidade, a presença de doença física, o contexto sociodemográfico (evitando o isolamento do idoso) e o funcionamento global, tendo sempre em conta a importância de cada factor e da interacção entre eles^{4,5,7}. As intervenções mais eficazes são provavelmente aquelas que se levam a cabo antes do desenvolvimento de ideação suicida quer entre aqueles com características de maior risco (detecção precoce), quer entre a população inteira independentemente do risco que apresentam os seus indivíduos (intervenção preventiva universal – por exemplo, diminuição do acesso a medicamentos ou armas de fogo)⁷. A intervenção a nível universal poderá ser mais eficaz uma vez que intervenções dirigidas apenas a pequenos grupos de risco parecem ter pouco impacto nas taxas globais de suicídio⁶. 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 meios⁶. A maioria destes programas dirige-se aos factores de risco e são poucos os que se focam no desenvolvimento de factores protectores. Contudo, a promoção de um envelhecimento mais saudável e de melhor qualidade de vida, através da adopção de comportamentos mais adaptativos no idoso, do desenvolvimento de sentimentos de pertença e de capacidade de autocontrolo, parecem ser promissoras na prevenção do suicídio nesta idade^{4,6}. Também o envolvimento dos familiares, o uso de tele-

comunicações para programas de aconselhamento e o desenvolvimento de estratégias mais dirigidas aos idosos do sexo masculino parecem ser de grande importância^{4,6}.

CONCLUSÕES

O suicídio nos idosos apresenta uma etiologia multifatorial biopsicossocial pelo que os programas de prevenção de suicídio nesta população não se devem focar apenas na presença de sintomatologia depressiva, devendo dirigir-se a todos os factores discutidos, promovendo, por exemplo, o aumento da resiliência do idoso, o envelhecimento positivo e o envolvimento da família e comunidade, além do controlo das comorbilidades médicas^{4,7}.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*:

1. Department of Economic and Social Affairs – Population Division. The World population situation in 2014 – A concise report. UN Publication. ST/ESA/SER.A/354. 2014; 24-26.
2. Department of Economic and Social Affairs – Population Division. World Population Ageing: 1950-2050. UN Publication. ST/ESA/SER.A/207. 2002;23-27.
3. Molinari J. Aspectos generales del envejecimiento. Capítulo 122. Vallejo R, Cercos L. Tratado de Psiquiatria. Madrid: Marbán, 2012; 1689-1708.
4. Almeida O, Draper B, Snowdon J, Lautenschlager NT, Pirkis J, Byrne G et al. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. Br J Psychiatry. 2012; 201:466-472.
5. Cavalcante F, Minayo M, Mangas R. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. Cien Saude Colect. 2013; 18(10):2985-2994.
6. Lapiere S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. Crisis. 2011; 32(2): 88-98.
7. Conwell Y. Suicide later in life. Challenges and priorities for prevention. American Journal of Preventive Medicine. 2014; 47(3S2):S-244-S250.
8. Holm A, Lyberg A, Berggren I, Åström S, Sverison E. Going around in a Circle: A Norwegian Study of Suicidal Experiences in Old Age. Nurs Res Pract. 2014; 2014: 734635.
9. Aziz R, Steffens D. What are the causes of late-life depression? Psychiatr Clin North Am. 2013; 36(4): 497-516.
10. Mendez-Bustos, Lopez-Castroman J, Baca-García E, Ceverino A. Life cycle and suicidal behavior among women. ScientificWorldJournal. 2013; 2013:485851.
11. Sachs-Ericsson N, Hames J, Joiner T, Corsentino E, Rushing NC, Palmer E et al. Differences between suicide attempters and non-attempters in depressed older patients: depression severity, white matter lesions, and cognitive functioning. Am J Geriatr Psychiatry. 2014; 22(1): 75-85.

12. Dombrowski AY, Clark L, Siegle GJ, Butters MA, Ichikawa N, Sahakian BJ et al. Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *Am J Psychiatry*. 2010; 167(6): 699-707.
13. Erlangsen A, Mortensen P, Vach W, Jeune B. Psychiatric hospitalization and suicide among the very old in Denmark: population-based register study. *Br J Psychiatry*. 2005; 187:43-48.