



• U • C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

CLÁUDIA ALEXANDRA SILVA LIMA

SUICÍDIO EM IDOSOS: FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GERIATRIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSOR DOUTOR MANUEL TEIXEIRA MARQUES VERÍSSIMO

DOUTOR LUÍS ANDRÉ NUNES DE OLIVEIRA

FEVEREIRO/2019



• U C •

FMUC FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

SUICÍDIO EM IDOSOS: FATORES DE RISCO E PREVENÇÃO

Cláudia Alexandra Silva Lima¹

Luís André Nunes De Oliveira^{1,2}

Manuel Teixeira Marques Veríssimo^{1,3}

¹ Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

² U.G.I. de Psiquiatria do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE, Portugal

³ Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Endereço de e-mail: claudialima1410@gmail.com

“...ninguém se suicida a partir do vazio, ninguém se suicida para ser ignorado. Ou seja, há sempre uma história ou narrativa para contar. As mensagens de desesperança e de desespero podem ser mais ou menos explícitas. Não tenhamos dúvidas: podem aparentar estar escondidas, mas quase sempre existem. Há que procurar.”

(Carlos Brás Saraiva *in* “Depressão e Suicídio”, 2014)

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS.....	6
RESUMO.....	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
MATERIAIS E MÉTODOS.....	11
FATORES DE RISCO.....	12
1. <i>Sentimentos de não pertença e percepção de sobrecarga</i>	12
2. <i>Ideação de morte e ideação suicida</i>	13
3. <i>Gênero</i>	14
4. <i>Estado civil</i>	14
5. <i>Fatores psicossociais e acontecimentos de vida recentes</i>	14
6. <i>Distúrbios psiquiátricos</i>	14
6.1) <i>Depressão</i>	14
6.2) <i>Distúrbios de ansiedade</i>	16
6.3) <i>Abuso de álcool e substâncias</i>	17
7. <i>Fragilidade</i>	17
8. <i>Exposição a trauma e a eventos de vida adversos</i>	18
9. <i>Declínio cognitivo</i>	18
10. <i>Serviços de apoio domiciliário</i>	20
11. <i>Acesso a meios letais</i>	21
12. <i>Comorbidades múltiplas</i>	21
13. <i>Tentativas de suicídio prévias</i>	23
14. <i>Etnia</i>	23
15. <i>Suporte social</i>	23
16. <i>Desesperança</i>	24
17. <i>Traços emotivos</i>	25
18. <i>Religiosidade</i>	25
19. <i>Agência</i>	27

20. <i>Tensão financeira</i>	27
21. <i>Fatores neurobiológicos</i>	27
22. <i>Fatores genéticos</i>	28
23. <i>Traços de personalidade</i>	28
24. <i>História familiar de suicídio</i>	28
MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO.....	30
ABORDAGEM DO IDOSO EM RISCO DE SUICÍDIO.....	34
• <i>Abordagem geral</i>	34
• <i>Conduta na crise</i>	35
• <i>Conduta no seguimento</i>	36
PREVENÇÃO.....	40
• <i>Indivíduo</i>	40
• <i>Instituições e profissionais</i>	42
• <i>Comunidade</i>	44
DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	45
CONCLUSÕES.....	46
AGRADECIMENTOS.....	49
BIBLIOGRAFIA.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- CGT** - *Cambridge Gambling Task*
- CSP** - Cuidados de Saúde Primários
- DM** - *Depressão Major*
- EDB** - Escala de Desesperança de Beck
- EDG** - Escala de Depressão Geriátrica
- EVR** - Eventos de Vida Recentes
- FR** - Fatores de Risco
- IDB** - Inventário Depressivo de Beck
- PHQ** - *Patient Health Questionnaire*
- PS** - Perceção de Sobrecarga
- SIDA** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SNP** - Sentimentos de Não Pertença
- SSRI** - Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina
- TIS** - Teoria Interpessoal do Suicídio
- TS** - Tentativa de Suicídio
- VIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE FIGURAS

- FIGURA 1** - Fatores de risco sociais, psicológicos e biológicos.....46
- FIGURA 2** - Modelo de intervenção.....47

RESUMO

Segundo o relatório mais recente da Organização Mundial de Saúde, o suicídio constitui um desafio de dimensões globais, cujas taxas mais elevadas se registam em idosos do sexo masculino. Porém, pouca atenção tem sido dada ao suicídio nesta faixa etária, no que respeita a investigações e à elaboração de estratégias preventivas, comparativamente aos grupos etários mais jovens. Em Portugal, à semelhança do que se verifica no resto do Mundo, encontram-se as mais altas taxas de suicídio na população geriátrica, principalmente nos indivíduos do sexo masculino. Tendo em conta que a esperança média de vida da população continua a aumentar (refletindo-se no número absoluto de idosos) prevê-se que o número de suicídios, também, aumente.

O contexto em que surge o desejo de suicídio nos grupos etários mais avançados é diferente em relação às pessoas mais jovens, sendo que numerosos fatores de risco (FR) contribuem para a elevada frequência de suicídio na população geriátrica. Estudos realizados identificaram vários FR que contribuem para os pensamentos e ações suicidas por parte dos idosos, como o abuso de álcool ou drogas, doenças crónicas, transtornos psiquiátricos (especialmente depressão e ansiedade), debilidades físicas, solidão, dor crónica, problemas familiares, tensão financeira, falta de compromisso religioso, falta de apoio social (principalmente após a morte do cônjuge ou de um amigo próximo) e tentativas de suicídio prévias.

No entanto, avaliar apenas os FR mais conhecidos pode não ser suficiente para uma boa avaliação do risco suicida em idosos. Outros fatores, recentemente descobertos, devem ser considerados quando procedemos a esta avaliação.

O presente trabalho pretende rever e reestruturar os conhecimentos existentes na literatura acerca do suicídio na população idosa, de forma a identificar e analisar o maior número de FR, uma vez que estes poderão constituir alvos importantes na elaboração de medidas preventivas.

Para a realização do mesmo, foi conduzida uma revisão não sistemática da literatura, sendo incluídos dados de estudos de revisão, artigos científicos originais e manuais dedicados a este tema, sendo dada especial ênfase aos dados mais recentes, publicados nos últimos anos.

Palavras-chave: Suicídio; Idosos; Prevenção; Fatores de Risco.

ABSTRACT

According to the latest report by the World Health Organization, suicide is a problem of global dimensions, with the highest rates found in older men. However, little attention has been paid to suicide in this age group, either related to investigations or to the elaboration of preventive strategies, compared to the younger age groups. In Portugal, similar to what is happening worldwide, the highest suicide rates are recorded in the geriatric population, especially in males. Taking into account the increasing average life expectancy of the population, and consequently the number of elderly people, it is anticipated that the number of suicides will also increase.

The context in which the desire to be dead arises in the more advanced age groups is different regarding younger people. Countless risk factors contribute to suicidal thoughts and actions by elderly, like alcohol or drug abuse, chronic diseases, psychiatric disorders (especially depression and anxiety), physical weaknesses, loneliness, chronic pain, family problems, financial stress, lack of religious commitment, lack of social support (especially after the death of the spouse or close friend) and previous suicidal attempts.

However, assessing only the well-known risk factors maybe will not be enough to make a good evaluation of the suicide risk in the elderly. Other risk factors, recently discovered, must be considered when making this kind of assessments.

This review intends to study and restructure existing knowledge in literature about suicide in elderly population, in order to identify and analyze the biggest number of risk factors, as they may be important therapeutic targets for the preparation of preventive measures.

To do so, the author conducted a non-systematic review of the literature, which included data from prior reviews, research papers and manuals about this issue, giving special attention to the most recent findings on this matter.

Keywords: Suicide; Elderly; Prevention; Risk Factors.

INTRODUÇÃO

O suicídio consiste no ato voluntário e consciente de terminar com a própria vida e ocorre quando a morte é sentida como sendo a melhor solução possível para uma determinada situação. Tentativa de suicídio (TS) ou parassuicídio é definido como qualquer ato semelhante ao suicídio, não resultando, no entanto, em morte.

A ideação suicida passiva, também denominada ideação de morte, é caracterizada por um desejo recorrente de estar morto, desejo de morrer de forma passiva (por exemplo, desejo de morrer durante o sono) ou desejo de morrer em pessoas que evitariam passos necessários para se salvar ou manter a vida. Por outro lado, a ideação suicida ativa refere-se a pensar seriamente, planejar ativamente ou tentar cometer suicídio.

As taxas de ideação suicida e de tentativas de suicídio diminuem ao longo da vida, enquanto que as taxas de suicídio consumado aumentam.^{33,50} Os indivíduos com mais de 65 anos constituem, desta forma, o grupo mais afetado, verificando-se um aumento dramático das taxas de morte autoinduzida na sétima década de vida.⁷⁵ Este facto deve-se, muito provavelmente, a três fatores: ao facto de os idosos terem uma intenção mais séria em terminar com a própria vida e por isso formularem planos de suicídio mais letais; porque o seu estado de saúde está mais comprometido e por isso encontrarem-se mais suscetíveis a ferimentos ou outras consequências da TS; e, por último, porque muitas vezes possuem armas ou medicamentos prescritos ou de venda livre que podem ser usados para terminar com a própria vida.

As taxas de suicídio variam, também, entre países, sendo encontradas as mais altas taxas na Europa Oriental, taxas medianas nos Estados Unidos da América, Europa Ocidental e Ásia e baixas taxas na América Central e do Sul.⁴⁴ Na maioria dos países verificam-se taxas de suicídio mais elevadas nos homens do que nas mulheres, em proporções que variam de 3:1 a 7,5:1.⁴⁴

Um modelo frequentemente utilizado para interpretar o processo suicida consiste em colocar as diferentes manifestações clínicas da tendência suicida ao longo de um *continuum*, com a ideação de morte ou desejo de morrer de um lado e o suicídio do lado oposto. Isto implica que o desejo de morrer possa ser considerado um precursor da TS e do suicídio consumado. Para além disso, a presença de um desejo de morrer em fases avançadas da vida está associado a um aumento da mortalidade em geral. Estudos epidemiológicos revelaram que o desejo de morrer é bastante comum em idosos e que 10 a 20% destes manifestam este desejo.²¹

Os métodos de suicídio utilizados por esta faixa etária tendem a apresentar maior letalidade (por exemplo, armas de fogo) e muitas vezes são usados em combinação para aumentar a probabilidade de fatalidade. Isto explica porque raramente são identificados na prática clínica idosos que sobreviveram a tentativas de suicídio. Alguns estudos sugerem que mais de 85% dos suicídios ocorrem por enforcamento, especialmente nos homens.⁶ Por outro lado, os homens são mais propícios a cometer suicídio usando armas de fogo, enquanto as mulheres o fazem, mais frequentemente, através de sobredosagem de medicamentos ou envenenamento.³⁶ Para além disso, verifica-se uma correlação positiva entre o método de suicídio e o tratamento antidepressivo, com alguns dados a mostrar que doentes que cumprem terapêutica com antidepressivos tricíclicos estão mais predispostos a suicidar-se com uma sobredosagem destes ou de outros medicamentos prescritos.¹⁵

Os fatores de risco (FR) que se relacionam com os pensamentos e ações suicidas por parte dos idosos incluem, entre outros, o abuso de álcool ou drogas, doenças crónicas, transtornos psiquiátricos (especialmente depressão e ansiedade), debilidades físicas, solidão, níveis altos de dor, problemas familiares, tensão financeira, falta de compromisso religioso, falta de apoio social (principalmente após a morte do cônjuge ou de um amigo próximo) e tentativas de suicídio prévias.¹ Desta forma, a prevenção do suicídio nos idosos será determinantemente influenciada pela capacidade de compreender e intervir sobre os FR.

Contrariamente, são considerados fatores protetores ser casado, a ausência de perturbação psicótica, resiliência, bom suporte social, sentimentos de satisfação com a vida, conexão familiar, sentimentos de responsabilidade para com os outros e religiosidade (participar em atividades religiosas, dar importância às crenças e ter objeções morais e religiosas ao suicídio).^{5,48} Fazer voluntariado ou participar em outras atividades de grupo pode constituir, também, um impedimento à realização de planos suicidas e, portanto, ter efeitos protetores pois o indivíduo sente-se útil, produtivo e socialmente conectado.

O envelhecimento constitui um período crítico na vida do ser humano devido às dificuldades, problemas e mudanças que surgem nesta fase. É, portanto, neste contexto que muitos idosos se encontram mais vulneráveis pois sentem que não têm capacidade para lidar com as perdas a nível funcional, psicológico e social. Desta forma, urge a necessidade de explorar a componente evitável do suicídio. A redução das taxas de suicídio deve constituir um objetivo importante na agenda de qualquer Plano Nacional de Saúde, principalmente ao nível dos grupos de maior risco, como é o caso dos idosos.

Pretende-se com este trabalho fazer uma revisão dos FR identificados até ao momento e elaborar um plano de intervenção que visa reduzir as taxas de suicídio na população geriátrica.

MATERIAIS E MÉTODOS

Para a escrita desta revisão narrativa foram realizadas 2 pesquisas, em diferentes períodos de tempo, de forma a identificar estudos referentes ao suicídio em idosos.

A primeira pesquisa foi realizada na base de dados *PubMed* de Maio a Julho de 2018, tendo sido aplicados no campo de pesquisa os termos MeSH: “*suicide*”, “*aging*” e “*risk factors*”. Foram obtidos 50 artigos com relevo.

A segunda pesquisa decorreu entre os meses de setembro a novembro de 2018 e teve como objetivo encontrar artigos que possam ter falhado na primeira pesquisa e acrescentar trabalho que tenha sido publicado desde julho de 2018. Obtiveram-se 5 artigos com relevância.

Para além disso, foram adicionados “*Medical Subject Headings*” específicos, quando necessários (por exemplo, *physical illness*).

A seleção dos referidos artigos foi realizada com base no título, na idade dos indivíduos estudados (preferencialmente estudos em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos), no tamanho da amostra e na data de publicação, dando especial relevância aos artigos publicados nos últimos 10 anos.

Para a escrita deste trabalho foram utilizados artigos científicos originais, assim como artigos de revisão e livros, com o objetivo de abordar o tema de forma mais completa. Foram aceites artigos em inglês, português, espanhol e francês.

Foram, ainda, analisadas as referências utilizadas para a escrita dos artigos selecionados, com o objetivo de identificar estudos e revisões com relevância para este trabalho. Conseguiram-se mais 20 artigos. Assim, obtiveram-se, no total, 75 artigos com relevância científica para esta revisão.

O objetivo deste estudo não foi realizar uma revisão sistemática, mas sim fornecer um trabalho que reúne evidências e descobertas recentes acerca do suicídio em idosos. Para isso foram incluídos os artigos mais representativos.

De referir que também foram abordados aspetos como medidas de avaliação do risco de suicídio, abordagem ao idoso suicida e prevenção dos comportamentos suicidas, de forma a obter uma visão global e crítica deste problema.

FATORES DE RISCO

1. SENTIMENTOS DE NÃO PERTENÇA E PERCEÇÃO DE SOBRECARGA

Para melhor entender as razões pelas quais os idosos se suicidam foi desenvolvida a teoria interpessoal do suicídio (TIS). Esta teoria foi proposta por Joiner, em 2005, e sugere três fatores que contribuem para o risco de suicídio, entre os quais dois fatores diretamente relacionados com o desejo de estar morto: sentimentos de não pertença (SNP) e a percepção de sobrecarga (PS). Assim sendo, esta teoria propõe que quando um idoso experimenta níveis elevados de SNP, PS ou ambos, irá experimentar sentimentos crescentes relativos ao desejo de estar morto e, portanto, estará em maior risco de cometer suicídio. A PS, assim como os SNP, podem variar ao longo da vida de um indivíduo. Eventos de vida recentes (EVR) como doenças ou conflitos familiares podem conduzir a uma maior PS. Esta encontra-se fortemente relacionada com a vontade de viver e tem sido alvo de preocupação em doentes com cancro em fases terminais.¹ O terceiro fator que completa esta teoria refere-se à capacidade de uma pessoa atuar em consequência do desejo suicida. Esta capacidade adquirida de ser capaz de cometer suicídio desenvolve-se através de experiências passadas perigosas, dolorosas ou provocativas, que contribuem para um medo reduzido em relação à dor e à morte, fatores estes que normalmente inibem os comportamentos autolesivos.^{1,62}

Os SNP surgem quando um indivíduo não se sente significativamente conectado aos que o rodeiam, podendo ocorrer em diferentes contextos sociais. A TIS descreve estes sentimentos como uma forma de isolamento e desconexão social. Mesmo na ausência dos outros FR que integram a teoria, indivíduos com elevado grau de SNP tendem a apresentar um risco mais elevado de ideação suicida. Esta componente da teoria é especialmente importante nos idosos pois a ocorrência de falecimentos de pessoas que pertenciam à sua rede social e o distanciamento dos membros da família provocam sentimentos crescentes de isolamento social. Este é um fator de risco independente para o comportamento suicida pois idosos deprimidos com baixos níveis de sentimentos de pertença apresentam níveis mais elevados de ideação suicida comparativamente a idosos com elevados níveis de sentimentos de pertença e níveis semelhantes de depressão.⁴

A percepção de representar uma sobrecarga refere-se à percepção que o indivíduo possui de que a sua vida se tornou um fardo para os que o rodeiam, mesmo que tal não se verifique. Isto é, o indivíduo desenvolve um ódio por si mesmo que se origina na crença de que ele ou ela constitui uma sobrecarga e uma responsabilidade excessiva para os outros. A

TIS sugere que quando um indivíduo manifesta uma grande PS na ausência de sentimentos de pertença, irá muito provavelmente experimentar ideação suicida. Em vários estudos a PS correlacionou-se positivamente com a ideação suicida mesmo após o controlo de fatores como idade, sexo, solidão e sintomas depressivos.^{1,4} A percepção de ser um fardo é manifestada particularmente pela população idosa cujos problemas relacionados com o envelhecimento (preocupações com a saúde, mobilidade física limitada, necessidade de cuidados, etc.) podem resultar na percepção individual de que a sua vida constitui um fardo para os demais. Receber esta ajuda pode levar a que muitos idosos se sintam uma sobrecarga para os que o rodeiam. Jahn *et al.* estudaram o papel da PS como mediador da relação entre os sintomas depressivos e a ideação suicida, numa amostra de 106 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 93 anos. Concluíram que a PS regula esta mesma relação, sendo que 68.3% do efeito dos sintomas depressivos na ideação suicida foi mediada pela PS.¹ Estas descobertas alertam para a importância da avaliação da PS quando se procede à determinação do risco de suicídio em idosos. Adicionalmente, a presença de sentimentos de sobrecarga em indivíduos deprimidos indica que o risco de suicídio deve ser cuidadosamente avaliado. Esta pode ser, então, a razão pela qual nem todos os idosos depressivos experienciam ideação suicida e o porquê de alguns idosos que apresentam ideação suicida não sofrerem de depressão. Assim sendo, a PS parece constituir uma variável determinante no desenvolvimento de ideação suicida.

2. IDEAÇÃO DE MORTE E IDEAÇÃO SUICIDA

A ideação de morte é um fator de risco conhecido para o suicídio em indivíduos idosos e é definida pela existência de pensamentos sobre a morte que envolve pensamentos como “Gostaria de estar morto” ou “Estaria melhor se estivesse morto”.

Por outro lado, um dos preditores mais fortes de suicídio em pessoas idosas é a ideação suicida. A sua expressão na população geriátrica está associada a morte por auto-aniquilamento, sendo que 72,9% daqueles que se suicidaram comunicaram sentimentos suicidas a alguém próximo no ano anterior à sua morte.¹ Neste sentido, Choi *et al.* conduziram um estudo acerca dos fatores relacionados com os pensamentos e tentativas de morte autoinduzida em indivíduos americanos com mais de 50 anos.⁵ Foi encontrada uma prevalência de pensamentos suicidas de cerca de 2,5%, inferior à verificada em faixas etárias mais jovens. Registaram também que 28% das pessoas com ideação suicida apresentavam planos estruturados e que 11,5% tinham já realizado tentativas de suicídio prévias.

3. GÉNERO

O género é um importante fator de risco de suicídio na população idosa, à semelhança do que se verifica nas restantes faixas etárias, sendo os indivíduos do sexo masculino os que se encontram em maior risco. A morte por suicídio em homens idosos é 4 a 7 vezes mais frequente do que em mulheres idosas.¹⁴ Esta prevalência tende a aumentar com o avançar da idade, verificando-se que as taxas de suicídio nos homens aumentam à medida que estes envelhecem, enquanto que nas mulheres estas taxas permanecem relativamente baixas e estáveis. Koo *et al.* chegaram a esta conclusão, num estudo que teve como objetivo comparar as diferenças nas taxas de suicídio entre mulheres e homens, em 3 subgrupos de idosos que morreram por suicídio (65-74 anos; 75-84 anos; >85 anos).⁵¹

4. ESTADO CIVIL

O estado civil parece exercer influência no risco de suicídio, sendo que ser divorciado, viúvo ou solteiro em idades mais avançadas aumenta em 3 vezes o risco de suicídio consumado comparativamente a indivíduos casados da mesma faixa etária.⁶

5. FATORES PSICOSSOCIAIS E EVENTOS DE VIDA RECENTES

Alguns fatores psicossociais e EVR estão associados ao suicídio e têm particular relevância nos idosos, entre eles o isolamento social, a vida urbana, a reforma, a mudança de localidade, o suporte social inadequado e o luto.⁶

6. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS

6.1) Depressão

Autópsias psicológicas demonstraram que a maioria das pessoas que cometeram suicídio sofria de uma doença mental diagnosticável. Barraclough mostrou que a maioria das vítimas de suicídio idosas morreram enquanto vivenciavam o seu primeiro episódio de Depressão *Major* (DM), de gravidade leve a moderada.⁴³ Da mesma forma, estudos concluíram que as pontuações obtidas pelas ferramentas de avaliação da depressão como o *Patient Health Questionnaire-9* (PHQ-9) e o Inventário Depressivo de Beck (IDB) estão diretamente relacionadas com o aumento do risco de suicídio. Uma pontuação alta em

qualquer uma destas ferramentas está associada a uma maior frequência de pensamentos e ações suicidas, na população idosa.⁴

Existe uma grande probabilidade de desenvolver depressão com o avançar da idade, como consequência de doenças neurológicas, em especial devido a patologias neurodegenerativas, como demências e doença de Parkinson. Estas doenças muitas vezes mascaram a depressão devido ao grande compromisso neurológico associado. Para além disso, as demências representam também elas um fator de risco para a ideação e comportamentos suicidas, tendo a doença de Alzheimer e de Huntington sido associadas a risco aumentado de morte por suicídio.⁵⁷

A depressão constitui a perturbação mental mais comum nos idosos, sendo que 71 a 90% dos idosos que cometeram suicídio sofriam desta patologia.⁴⁴ A depressão é, portanto, o fator de risco mais importante para a ideação de morte/suicida e, conseqüentemente, para o suicídio.

Muitas vezes, os indivíduos não reconhecem os sintomas depressivos como o cansaço e a fadiga crescente, a perda de apetite, os distúrbios de sono, a perda de interesse nas atividades de vida diária, os sentimentos de desesperança e pensamentos sobre a morte. Associadamente, os idosos têm tendência a reportar menos os sintomas psicológicos da depressão como, por exemplo, sentimentos de inutilidade, sentimentos de culpa, humor deprimido, ideação suicida e problemas de concentração e, portanto, poucos serão diagnosticados e apenas uma minoria é tratada. Os idosos do sexo masculino podem, também, ter especial dificuldade em reconhecer sentimentos de tristeza e de luto. Para além disso, e contrariamente aos jovens e adultos (em que a depressão aparece associada a aspetos emocionais e cognitivos como tristeza e negatividade), entre idosos a depressão surge mais frequentemente associada a sintomas somáticos. A população geriátrica pode, por isso, apresentar-se no serviço de urgência ou nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) com várias queixas somáticas e alterações cognitivas como perda de memória, distração, irritabilidade e desorientação, em vez dos sintomas “típicos” de depressão.

É importante lembrar que sintomas depressivos que duram mais de duas semanas e ocorrem quase todos os dias não fazem parte do normal processo de envelhecimento, mas constituem antes sintomas de um quadro depressivo *major*. Sintomas temporários de tristeza, luto e melancolia são considerados normais, principalmente quando são precipitados por EVR como a morte de um familiar ou alterações do estilo de vida associadas à perda. Estes sintomas são mais circunscritos no tempo, não prejudicam o normal funcionamento do indivíduo e não estão associados a sentimentos de inutilidade.

Muitos estudos retrospectivos, como estudos de autópsias psicológicas, demonstraram uma forte relação entre a depressão e o suicídio. Yi concluiu no seu estudo

coorte prospetivo que a presença de sintomas depressivos mais graves, avaliados pela Escala de Depressão Geriátrica (EDG), foi associada a um maior risco de morte por suicídio, mesmo após o controlo de possíveis FR como o abuso de substâncias, falta de apoio social, baixo estatuto económico, mau estado de saúde e baixa atividade física. Homens com sintomas depressivos apresentaram um risco de morte por suicídio 90% superior quando comparados com homens sem depressão.⁹ Sun *et al.* apresentaram conclusões semelhantes, mostrando que a depressão constituiu um fator de risco independente para o suicídio num estudo coorte em 56000 idosos chineses. Neste estudo, concluíram, também, que a EDG não apresenta um limiar para a predição do suicídio e, portanto, idosos com baixas pontuações na EDG merecem atenção adicional e aqueles com pontuações altas necessitam intervenção urgente.³⁰

Sempre que exista um elevado grau de suspeição de depressão num doente idoso, os sentimentos suicidas devem ser avaliados mesmo durante o tratamento da depressão. Desejo de estar morto e pensamentos suicidas são raros em idosos mentalmente saudáveis, mas quando ocorrem podem sinalizar o primeiro passo para o suicídio. Porém, existe uma certa tendência a que os médicos prestem particular atenção aos sentimentos suicidas no início do tratamento antidepressivo mas negligenciem o tópico durante o acompanhamento, assumindo que os sentimentos suicidas se dissipam à medida que os sintomas da depressão começam a regredir. No entanto, os sintomas residuais podem ser um fator de risco para doentes que receberam tratamento de transtornos afetivos. Para além disso, os idosos que tentaram suicidar-se podem reter sentimentos de desesperança, mesmo após a remissão da depressão. Quando os FR não são controlados, os idosos continuam em risco de suicídio. Exige-se, assim, a necessidade de avaliações repetidas dos sentimentos suicidas em idosos deprimidos, mesmo durante o acompanhamento do tratamento.³

6.2) Distúrbios de ansiedade

Existe uma forte relação entre perturbações de ansiedade e ideação suicida, sendo que 1 em cada 6 idosos que morrem por suicídio sofrem de distúrbios de ansiedade.⁵³ Num estudo comparativo randomizado que integrou 2240 doentes com mais de 65 anos, Bartels *et al.* verificaram uma forte associação entre a ansiedade e a ideação de morte e suicídio mesmo após o controlo de variáveis como a depressão, ressaltando a contribuição independente da ansiedade para o suicídio.

6.3) Abuso de álcool e substâncias

O abuso de álcool é mais prevalente em idosos com comportamentos suicidários do que em idosos não suicidas. Parte do aumento do risco surge como consequência direta do próprio alcoolismo: pela sua contribuição nos conflitos interpessoais e problemas sociais; pela desinibição derivada do consumo excessivo; e pelo impacto do consumo excessivo e crónico no humor, nos traços agressivos/impulsivos da personalidade e nas relações ou suporte social.⁷⁵ Para muitos indivíduos, os padrões de abuso de álcool são vitalícios, e se o álcool foi usado no passado como uma estratégia de *coping*, este transtorno pode ser particularmente problemático em fases mais tardias da vida, uma vez que nesta idade as perdas, a disrupção social e outros FR relacionados com o envelhecimento constituem desafios importantes à capacidade de *coping* do idoso. Viúvos e viúvas estão, também, em risco para o alcoolismo, assim como para o suicídio. Waern encontrou no seu estudo retrospectivo uma forte associação entre o abuso de álcool e o suicídio em homens e mulheres, com idades superiores a 65 anos. Embora o número de indivíduos com dependência e abuso de álcool que chegam à velhice seja limitado (devido a morte por causas naturais ou não naturais), aqueles que sobrevivem aparentam continuar em risco aumentado para suicídio.¹⁹

O abuso de substâncias, assim como o abuso de álcool, correlaciona-se positivamente com tentativas de suicídio, sugerindo que a ingestão de substâncias pode desinibir o controlo de impulsos ou ser utilizada para levar a cabo os planos suicidas.

7. FRAGILIDADE

A fragilidade contribui para a complexidade e a dificuldade em reconhecer um quadro depressivo em idosos. A fadiga, perda de peso, marcha lentificada e atividade diminuída contribuem para a perda de apetite, sono não reparador e perda de interesse nas atividades de vida diárias. As similaridades clínicas entre a DM e a Síndrome de Fragilidade, para além de mascararem a condição subjacente, constituem um ciclo que se retroalimenta: a síndrome de fragilidade pode aumentar os sintomas depressivos e a depressão pode intensificar a fragilidade. Os comportamentos depressivos predispõem ao aumento da angústia na família e amigos, frequentemente contribuindo para o isolamento social do idoso e colocando-o em grande risco de suicídio.

A fragilidade aumenta com a idade, mas a associação entre fragilidade e morte por suicídio é maior em homens idosos nos seus 60/70 anos.² É possível que a perspetiva de envelhecimento associado a doenças crónicas e à potencial perda da capacidade funcional

seja desafiante para homens idosos mais jovens, verificando-se uma maior vulnerabilidade para pessoas com fortes traços de personalidade de neuroticismo e extroversão.²

8. EXPOSIÇÃO A TRAUMA E A EVENTOS DE VIDA ADVERSOS

Beristianos *et al.* realizaram um estudo para avaliar a associação entre exposição a trauma e ideação suicida numa amostra representativa de adultos com idade superior a 55 anos.⁸ Estavam incluídos na categoria de trauma: exposição a zonas de guerra, trauma interpessoal, maus-tratos infantis, acidentes/doenças graves, exposição a catástrofes, testemunho de trauma grave e experienciar trauma a alguém próximo. Concluíram que a exposição a acidentes/doenças graves está significativamente associada a ideação suicida e que, dentro desta categoria, as doenças com risco de vida associado, como o cancro e o acidente vascular cerebral (AVC), foram as que mais contribuíram para a ideação suicida na população geriátrica. As doenças com risco de vida aumentaram em quase 3 vezes a probabilidade de uma pessoa cometer suicídio numa etapa mais tardia da vida, independentemente de outras variáveis. Os restantes subtipos de trauma não se associaram significativamente a ideação suicida. Por outro lado, foi também reportado que as doenças crónicas estão associadas a pensamentos sobre a morte e ao desejo de morrer em idosos.

Outros estudos concluíram que a exposição a experiências adversas em criança, como abuso físico e sexual, negligência parental, separação e cuidados inadequados, assim como experiências de vida traumáticas como o Holocausto, aumentam o risco de comportamentos suicidas e transtornos mentais em alturas tardias da vida.⁷¹

9. DECLÍNIO COGNITIVO

Sabendo que o declínio cognitivo acompanha o processo de envelhecimento, há fortes evidências de que o défice cognitivo contribui para o comportamento suicida, em idosos.

Descobertas recentes mostraram a influência de alterações neuropsicológicas no comportamento suicida, em idosos. Estas alterações envolvem principalmente a tomada de decisão, o controlo executivo e, mais especificamente, a inibição cognitiva (que constitui um dos três subdomínios da função executiva, juntamente com o *mental shifting* e a atualização das informações).^{10,49,57}

Clarke *et al.* avaliaram a tomada de decisão em 98 indivíduos com idade superior a 60 anos, com o recurso ao *Cambridge Gambling Task* (CGT) (avaliação da tomada de decisão e comportamentos de tomada de risco).⁵⁹ Segundo os autores, a tomada de decisão implica que o indivíduo avalie de forma antecipada consequências positivas e negativas e que selecione uma resposta comportamental. Os resultados mostraram que a qualidade da tomada de decisão estava reduzida em indivíduos suicidas deprimidos comparativamente a indivíduos deprimidos não suicidas e indivíduos saudáveis. Os autores sugeriram que a tomada de decisão alterada, em idosos suicidas, pode estar relacionado com a falta de capacidade para considerar experiências anteriores e consequências dos seus atos. Em geral, estes resultados sugerem que o desempenho deficiente na tomada de decisões pode ser um traço que predisponha a maior vulnerabilidade a comportamentos suicidas ao longo da vida. Da mesma forma, Wyart *et al.* realizaram um estudo para avaliar a tomada de decisões em idosos com história de tentativas suicidas, tendo recorrido, igualmente, ao CGT. No entanto, neste estudo, idosos que haviam realizado tentativas de suicídio, apresentaram uma performance no CGT similar a indivíduos não suicidas e a indivíduos saudáveis. Por outro lado, aqueles que utilizaram meios de suicídio mais violentos demonstraram uma performance significativamente inferior comparativamente aos que usaram meios não violentos. Assim, este estudo não confirma a hipótese do papel significativo da tomada de decisão disfuncional na vulnerabilidade ao comportamento suicida nos idosos. Porém, destaca uma associação específica com um subgrupo de indivíduos que usaram meios suicidas mais violentos, levando à hipótese de que a tomada de decisões, medida pelo CGT, poderia ser um potencial marcador de suicídio.¹²

De forma semelhante, a inibição cognitiva (que consiste na capacidade que a pessoa tem para inibir ou controlar as respostas impulsivas/automáticas, e gerar respostas medidas pela atenção e o raciocínio) foi avaliada em idosos. Foi colocada a hipótese de que uma performance diminuída de inibição cognitiva pode estar relacionada com o comportamento suicida em idosos. Com o objetivo de estudar esta questão, foi realizado um estudo que envolvia 31 idosos deprimidos com ou sem história de tentativas de suicídio, tendo-se demonstrado uma baixa performance na *go/No-Go task* (que avalia a capacidade do doente em manifestar ou reprimir uma resposta motora após um estímulo) em indivíduos suicidas comparativamente a indivíduos não suicidas.⁶⁰ Estes resultados foram confirmados por um outro estudo que comparou 20 doentes deprimidos hospitalizados com história recente de comportamentos suicidas com 20 doentes internados diagnosticados com DM mas sem história de tentativas de morte auto-infligida e, ainda, com 20 indivíduos saudáveis.⁶¹

Vários estudos avaliaram o desempenho cognitivo em idosos suicidas e os resultados mostram uma disfunção executiva nesta população. Dombrovski *et al.* realizaram

um estudo caso-controlo acerca do papel dos défices das funções executivas no suicídio. Foi avaliada a função executiva frontal com recurso à Entrevista Executiva (EXIT25) assim como o desempenho cognitivo global através da *Dementia Rating Scale*. Concluíram que uma baixa performance nos testes da função executiva, desempenho cognitivo, atenção e memória está associada a comportamentos suicidas em idosos deprimidos.³⁷ Por outro lado, Dombrovski *et al.* avaliaram a relação entre componentes mais específicas da tomada de decisão e o comportamento suicida em idade avançada, focando-se particularmente na aprendizagem baseada em recompensa/punição. As alterações encontradas foram associadas a patologia nos circuitos pré-frontais ventrais.¹¹

Uma dúvida frequentemente colocada concernente à relação entre o compromisso cognitivo e os comportamentos suicidários prende-se com a possibilidade de o compromisso constituir uma característica transitória da crise em que ocorre ou, por outro lado, a uma variável que se mantém estável no tempo, independentemente dos comportamentos autolesivos. Gujral *et al.* realizaram um estudo para avaliar esta questão e, para isso, foi estudado o decurso do declínio cognitivo, ao longo de 2 anos, em idosos deprimidos e com história de TS. Foi concluído que o défice cognitivo no comportamento suicida em idosos parece envolver tanto um componente estável como um componente associado à crise. No entanto, descobriram que idosos deprimidos com história de tentativas de suicídio apresentavam desempenho cognitivo estável ao longo de 2 anos comparando com idosos deprimidos não suicidas. Para além disso, não foi encontrada evidência da presença de declínio cognitivo acelerado em idosos que tentaram suicidar-se.¹⁰

10. SERVIÇOS DE APOIO DOMICILIÁRIO

Sirey *et al.* estudaram a incidência de depressão e pensamentos suicidas em 403 idosos que recebem refeições em casa.¹³ Doze vírgula dois por cento dos idosos reportaram altas taxas de sintomatologia depressiva e 13,4% reportaram pensamentos suicidas, sendo que a maioria revelou não estar a receber qualquer tratamento.

Da mesma forma, O'Riley *et al.* analisaram uma amostra de 377 idosos que recebiam serviços de apoio domiciliários, sendo que 14% reportou ideação de morte ou suicida nas 2 semanas anteriores.⁵² No ano anterior a este estudo, 19% dessa amostra referiu ter experienciado ideação de morte e 9,3% apresentou ideação suicida. Estes resultados são consistentes com os encontrados por Sirey *et al.* e alertam para a prevalência pensamentos suicidas em idosos que recorrem a serviços de apoio domiciliário.

11. ACESSO A MEIOS LETAIS

A presença de armas em casa é, também, um fator de risco para suicídio. Mais de 80% dos suicídios em idosos são realizados com recurso a armas de fogo.¹⁴ Foi encontrada uma forte associação entre a disponibilidade de armas de fogo e o potencial para suicídio, sendo esta relação mediada pela depressão. A presença de uma ou mais armas em casa aumenta o risco de suicídio em 5 vezes.¹⁴

A maior parte destas armas, guardadas para proteção dos idosos, estão descarregadas e desbloqueadas, mas a munição está prontamente disponível, não representando, por isso, uma restrição ao seu acesso.¹⁴ Tendo em conta que a depressão e as alterações cognitivas estão correlacionadas, a posse de armas em casa constitui um problema de saúde pública pois coloca em risco a vida não só do idoso mas também daqueles que o rodeiam. De facto, a taxa de homicídios-suicídios entre idosos é o dobro da verificada entre adultos jovens.¹⁴

12. COMORBILIDADES MÚLTIPLAS

O número de doenças aumenta o risco cumulativo de suicídio.⁴⁴ Num estudo coorte realizado por Almeida *et al.*, em que um dos objetivos consistia em esclarecer de que forma a morbilidade contribui para modular o risco de suicídio, foi demonstrado que 79% dos suicídios registaram-se em idosos que padeciam de doenças que afetavam 5 ou mais sistemas.²

Os idosos apresentam um risco superior de sofrer de doenças crónicas e potencialmente incapacitantes comparativamente aos jovens e, portanto, estão sujeitos a comorbilidades múltiplas. Quanto maior for a soma de doenças e quanto mais grave for a limitação funcional real ou imaginada, maior o risco de suicídio.⁴⁴

A doença médica constitui um fator de risco independente, contribuindo para 70% dos casos de suicídio nos indivíduos com mais de 65 anos.⁷⁵ Estudos demonstraram a presença de um grande número de doenças em idosos que cometeram suicídio, sendo que as doenças neurológicas (epilepsia, AVC, esclerose múltipla), o cancro, a doença pulmonar obstrutiva crónica, a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a dor e as patologias cardiovasculares, gastrointestinais (doenças hepáticas), genitais masculinas e músculo-esqueléticas (artrite/artrose) constituem riscos particulares.^{6,31,47,58} O risco relativo de suicídio associado a estas condições varia entre 1.5 a 4 vezes.⁶³⁻⁶⁵ De notar que indivíduos com doenças malignas (à exceção de cancros da pele) apresentam um risco 2 vezes superior de

suicídio em relação a indivíduos saudáveis.⁶³ Por outro lado, Kalichman *et al.* realizaram um estudo para avaliar a prevalência e as características da ideação suicida em idosos que estão infetados pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) ou que apresentam SIDA. Vinte e sete por cento dos indivíduos revelaram ter pensado em suicidar-se na semana anterior. Aqueles que pensaram em suicídio relataram níveis mais altos de sofrimento emocional e pior qualidade de vida comparativamente aos que não relataram pensamentos de morte auto-infligida. De igual modo, estes foram significativamente mais propensos a usar estratégias de fuga e evicção para lidar com a infeção pelo VIH e menos propensos a usar estratégias de *coping* positivo. Este estudo concluiu, igualmente, que os homens reportam maiores taxas de ideação suicida do que as mulheres e que a ideação suicida estava associada aos sintomas somáticos associados à infeção pelo VIH.¹⁶

Foi, também, encontrada uma associação entre sintomas somáticos intratáveis e suicídio. A dor severa, muitas vezes associada a situações de malignidade, aumenta o risco de suicídio.^{45,47} Juurlink *et al.* encontraram uma associação entre a dor severa e o suicídio, sendo esta mais proeminente em homens do que em mulheres.⁶⁶ Da mesma forma, a mudança na prescrição medicamentosa e a troca de médico em fases críticas do tratamento associaram-se a um aumento do risco de suicídio.⁴⁴

Por último, foi demonstrado que uma percentagem reduzida de idosos com comorbilidades físicas recebeu tratamento para a depressão. Sintomas depressivos podem indicar doença física mas os sintomas somáticos podem sugerir também sinais de depressão, especialmente em idades avançadas, como mencionado anteriormente. Vários estudos mostraram que mais de 70% das pessoas que tinham sérias doenças físicas e que cometeram suicídio sofriam também de transtornos psiquiátricos. Mesmo doentes terminais, em que seria expectável considerarem o suicídio para terminarem o seu sofrimento e abreviarem um desfecho inevitável, exibiram séria ideação suicida apenas aqueles que evidenciavam uma patologia depressiva concorrente. Assim, tratar a dor psíquica é tão importante como tratar a dor física e deve ser integrada no plano terapêutico.^{15,33} Pfaff *et al.*, numa análise transversal de 1061 doentes com mais de 60 anos, corroboraram esta afirmação. Os autores verificaram que mais de 1/5 dos indivíduos que recorriam aos CSP devido a queixas somáticas apresentavam, também, sintomatologia depressiva significativa e que 5% reconhecia ter pensamentos suicidas. De facto, doentes que percecionavam ter um estado de saúde pobre tinham mais tendência a apresentar ideação suicida comparativamente àqueles que tinham uma perspetiva mais positiva do seu estado de saúde.³³

13. TENTATIVAS DE SUICÍDIO PRÉVIAS

A população geriátrica apresenta um rácio reduzido de tentativas de suicídio para morte por suicídio (4:1) comparativamente a outras faixas etárias (200:1)⁶, não proporcionando muitas oportunidades de intervenção, uma vez que a tentativa é feita. Assim, comparativamente a grupos etários mais jovens, história pessoal de tentativas de suicídio prévias é menos frequentemente encontrada em pessoas idosas mas alguns estudos mostraram taxas mais elevadas de repetição da TS nesta faixa etária.⁷¹

Murphy *et al.* realizaram um estudo coorte multicêntrico em 1177 idosos que se apresentaram no hospital por comportamentos autolesivos. Destes, 12,8% repetiu o comportamento autolesivo, num intervalo de 12 meses. Comportamentos autolesivos prévios, tratamento psiquiátrico prévio e idade compreendida entre os 60 e os 74 anos foram identificados como FR independentes para a repetição. Após o comportamento autolesivo, 1,5% dos indivíduos suicidaram-se no período de 1 ano. O risco de suicídio foi 67 vezes superior, quando comparado com idosos na população em geral. De salientar que homens com idade superior a 75 anos apresentaram as taxas de suicídio mais elevadas.⁷³

De forma semelhante, Almeida *et al.*, num estudo coorte, concluíram que as tentativas suicidas prévias por si só não constituem um forte preditor de conclusão suicida (embora estejam fortemente associadas a novas tentativas suicidas) mas que a perturbação afetiva bipolar, a depressão e o número de sistemas afetado pela doença sim.²

14. ETNIA

A etnia está entre as características demográficas mais significativas associadas a ideação suicida e de morte. Dados apontam para que os afrodescendentes apresentem índices de ideação suicida inferior aos caucasianos. Por outro lado, asiáticos têm proporções maiores de ideação de morte e suicídio comparativamente aos caucasianos e africanos.

15. SUPORTE SOCIAL

A extensão do apoio social foi fortemente associada a ideação suicida e de morte. Em geral, há um aumento progressivo na frequência da ideação suicida a cada redução do nível de perceção do apoio social. A solidão e a forma como esta é percebida pelo sujeito

encontram-se associadas a suicídio consumado. Uma rede social extensa e suportes sociais eficazes estão também associados a níveis mais baixos de depressão em idosos, podendo reduzir indiretamente a ideação suicida.

Dennis *et al.*, num estudo prospetivo que estudou uma população de 76 idosos, concluíram que a solidão, a falta de apoio social e uma pobre integração na comunidade constituem importantes FR para o comportamento suicida em idosos.⁴² Passar pouco tempo com crianças, nomeadamente com os netos, foi igualmente associado a tentativas de suicídio por parte destes.⁷¹

16. DESESPERANÇA

Trata-se de um conceito importante na compreensão de problemas de saúde mental como a depressão, o parassuicídio e o suicídio consumado. A desesperança, que, entre outros instrumentos, pode ser acedida psicometricamente pela Escala de Desesperança de Beck (EDB), foi sugerida como sendo a variável que medeia a relação entre depressão e comportamento suicida. Além das componentes que integram a TIS, os conceitos de desesperança e solidão estão também intimamente ligados à ideação de morte. Em 1963, Beck propôs que a desesperança, que corresponde a ter expectativas negativas em relação ao futuro, é uma característica comum e um elemento importante na depressão. Dentro da teoria⁴, a desesperança é vista como o fator que separa os indivíduos que experimentam ideação de morte e os que desejam ativamente o suicídio. Assim, a desesperança constitui, segundo Beck, um melhor preditor do comportamento suicida do que a severidade ou a duração do episódio depressivo e é o preditor mais forte de ideação suicida de séria intenção suicida, em doentes deprimidos, e de suicídio consumado. Estes dados suportam a teoria de que tentativas suicidas e suicídio letal acontecem no contexto de altos níveis de desesperança.¹⁸

Esta hipótese não foi, no entanto, corroborada por Conaghan *et al.* Neste estudo, os autores exploraram se idosos com depressão ou com comportamento suicida podiam ser identificados pela diminuição dos pensamentos positivos em relação ao futuro, na ausência de aumento da intensidade dos pensamentos negativos. Esta hipótese foi confirmada, sugerindo-se, assim, que idosos que recentemente apresentaram comportamento suicida não viam o seu futuro mais negativo comparativamente aos outros. Os autores concluíram que é a depressão e não a desesperança que contribui para a redução do pensamento positivo em relação ao futuro.¹⁷

Por outro lado, Szanto *et al.* realizaram um estudo para determinar se altos níveis de desesperança após tratamento de um episódio depressivo poderiam funcionar como um indicador de história de tentativas suicidas em pessoas idosas. Tanto os idosos com ideação suicida como os que apresentavam tentativas de suicídio revelaram níveis mais altos de desesperança quando passavam por um episódio depressivo comparativamente a idosos não suicidas. No entanto, após a remissão da depressão, os níveis de desesperança nos idosos com ideação suicida diminuíram, ao passo que nos dos idosos que apresentaram tentativas suicidas estes níveis se mantiveram. Estes resultados indicam que a desesperança pode sugerir mais um traço do que um estado, podendo refletir, por isso, maior vulnerabilidade biológica. Assim, se os clínicos estiverem atentos em relação à persistência dos altos níveis de desesperança, fazendo questões acerca da esperança, vontade de desistir, planeamento futuro, este pode ser um indicador que pode ajudar a identificar idosos em risco de suicídio.¹⁸

17. TRAÇOS EMOTIVOS

Seidlitz *et al.* realizaram um estudo que tinha como objetivo avaliar a existência de traços emotivos específicos relacionados com o comportamento suicida.²⁰ Comparando com idosos não suicidas, idosos depressivos com comportamentos suicidários reportaram menos traços de emoções positivas e calorosas, mas apresentaram diferenças não-significativas nos traços de emoções negativas. Isto significa que o risco de idosos deprimidos cometerem suicídio pode ser mais adequadamente assinalado pela relativa falta de emoções positivas e calorosas do que pela presença de emoções negativas. Neste estudo, indivíduos que cometeram várias tentativas de suicídio tenderam a demonstrar traços de raiva/hostilidade e culpa, assim como menos emoções positivas. Por outro lado, o grau de intenção suicida e da letalidade do método suicídio usado esteve relacionado com menos traços de raiva/hostilidade. A letalidade do método foi também associada a menos culpa. De forma geral, raiva/hostilidade e culpa preveem um maior número de tentativas de suicídio, mas as tentativas tendem a ser caracterizadas por menor intenção suicida e métodos de letalidade de menor gravidade.

18. RELIGIOSIDADE

À medida que vamos envelhecendo, os pensamentos acerca da inevitabilidade da morte e a percepção de que nos aproximamos inexoravelmente do fim tornam-se reflexões

cada vez mais proeminentes. Desta forma, a importância dada à morte pelos indivíduos mais idosos pode levar a diferentes atitudes em relação à mesma, sejam elas positivas (atitude neutra, aceitação, pensamento positivo acerca do pós-morte) ou negativas (medo de morrer, evitar pensar sobre a morte). Para além disso, à medida que os pensamentos sobre a morte se tornam mais proeminentes, a religião pode afetar a forma como os idosos lidam com esta realidade. Foi realizado um estudo por Bonnewyn *et al.*, que teve por objetivo compreender a relação entre a religiosidade e as atitudes face à morte, por um lado, e entre a religiosidade e a vontade de morrer, por outro, tendo em consideração fatores clínicos como a presença de depressão ou sintomas somáticos.²¹ Os autores concluíram que as atitudes face à morte, nomeadamente a aceitação de escape e o medo da morte preveem o desejo de morrer em idosos, mesmo após o controlo dos sintomas somáticos e da depressão. A aceitação de escape refere-se a uma atitude face à morte que corresponde à vontade de fugir da vida atual, isto é, o desejo de estar morto funciona como uma alternativa a uma vivência/existência considerada terrível. Por outras palavras, o desejo de morrer pode ser interpretado como um desejo de terminar a vida presente. Por outro lado, o medo da morte contribui inversamente para a ideação suicida, pois os idosos que tinham menos medo da morte eram mais propensos a ter desejo de morrer. Assim, devem ser consideradas estas duas atitudes face à morte como sinais de alerta, sendo importante questionar os idosos acerca da perceção que têm face à mesma.²¹

O papel frenador da religião em relação ao suicídio deve-se, por um lado, à condenação do suicídio pela quase totalidade dos credos e, por outro, por constituir um fator promotor de coesão social, facilmente demonstrado pela prática religiosa conjunta, o envolvimento comunitário em diversas atividades e as festas religiosas.⁷⁵ Com o intuito de estudar a influência do envolvimento religioso nas tendências suicidas, Rushing *et al.* realizaram um estudo em 249 doentes deprimidos com mais de 59 anos. Concluíram que a assiduidade na Igreja, mais do que outros indicadores do envolvimento religioso, apresenta a relação mais forte com a ideação suicida atual. A assiduidade na Igreja, as práticas religiosas privadas e o suporte social foram associadas a menor frequência de ideação suicida. A perceção de suporte social mediou parcialmente esta relação.⁵⁵ Dervic *et al.* concluíram, igualmente, que o vínculo religioso está associado a menos comportamentos suicidas por parte de doentes deprimidos hospitalizados. Neste estudo, objeções morais ao suicídio elevadas e níveis reduzidos de agressividade em indivíduos devotos à religião constituíram fatores protetores contra as tentativas suicidas.⁶⁸ Por outro lado, Jung *et al.* não encontraram diferenças no nível de ideação suicida entre indivíduos religiosos e não-religiosos. No entanto, descobriram que a religiosidade moderava a relação entre a depressão e a ideação suicida, sendo que as atividades religiosas moderavam esta relação

apenas em indivíduos budistas e que a religiosidade intrínseca apenas a moderava em indivíduos católicos.⁶⁹

19. AGÊNCIA

Agência refere-se à existência de cada um como ser individual e reflete características como independência, competitividade, auto-afirmação e auto-controlo. Pode ser entendido como “a sensação de que sou eu que estou a provocar uma ação”. Reflete traços socialmente desejados, que são estereotipicamente associados aos homens. Embora homens e mulheres possuam atributos de agência, os homens possuem maiores níveis de agência.

Hobbs *et al.* realizaram um estudo para investigar a relação entre agência, depressão e ideação suicida entre homens e mulheres idosas. Para ambos, os resultados indicaram que a depressão mediava a relação entre agência e ideação suicida. Para além disso, só nos homens idosos os níveis de agência e depressão influenciavam os níveis de ideação suicida. Para homens e mulheres, níveis mais elevados de traços masculinos como independência, competitividade e sentimentos de superioridade estiveram diretamente relacionados com níveis mais baixos de depressão e ideação suicida.²²

20. TENSÃO FINANCEIRA

Xu *et al.* realizaram um estudo transversal acerca dos FR e suas interações com a ideação suicida em 1887 idosos. Um baixo rendimento anual constituiu um fator de risco independente para a ideação suicida. A razão pela qual tal se verifica pode ser porque um baixo rendimento está associado a conflitos familiares e a doenças que não são tratadas. Para além disso, o stresse económico encontra-se associado a depressão, com a evidência a apontar para que a tensão financeira represente uma causa independente de depressão.³⁵

21. FATORES NEUROBIOLÓGICOS

Foram realizados estudos na população geriátrica que revelaram um aumento do risco de suicídio como resultado de alterações nos neurotransmissores serotoninérgicos, da não supressão no teste de supressão da dexametasona e do estado da apolipoproteína E ε4 (ApoE4). Porém, estes resultados não foram ainda replicados por outros estudos.

Por outro lado, Ahearn *et al.* descobriram que idosos deprimidos com história pessoal de tentativas de suicídio apresentam uma hiperintensidade significativa da matéria cinzenta subcortical avaliada por ressonância magnética, comparativamente a idosos depressivos sem história pessoal de tentativas de suicídio.⁶⁷ Estes resultados corroboram a hipótese de que doença vascular subjacente pode predispor para depressão em idade tardia e comportamento suicida. Outros estudos encontraram alterações cerebrais atróficas, como discreta redução do volume cortical e subcortical, e discretas lesões estriadas, particularmente no putamen, em idosos depressivos que haviam realizado tentativas de suicídio comparativamente a idosos deprimidos que nunca tentaram suicidar-se.⁷¹ Um estudo caso-controlo concluiu, também, que impulsividade e história pessoal de tentativas de suicídio estão associadas a uma diminuição do sinal no córtex paralímbico.⁷¹

Assim sendo, são necessários mais estudos e investigações sobre o papel dos fatores neurobiológicos no suicídio em idade tardia.

22. FATORES GENÉTICOS

Estudos em gémeos e crianças adotadas vieram demonstrar que a transmissão familiar de comportamentos suicidas é em parte atribuível a fatores genéticos. Existe alguma evidência de que a transmissão das tendências suicidas é mediada pela transmissão de traços de impulsividade/agressividade. Para além disso, neuroticismo e défices neurocognitivos são possíveis mediadores, embora não tenham sido tão investigados. No entanto, a maioria dos fatores genéticos exercem o seu impacto através da interação com fatores ambientais.⁷²

23. TRAÇOS DE PERSONALIDADE

Certos traços de personalidade estão associados a risco elevado de suicídio em indivíduos idosos, tendo sido encontrados resultados consistentes para o neuroticismo. Traços anancásticos e pouca abertura para a experiência foram também associados. Pessoas com estes traços de personalidade sentem-se confortáveis no seu meio familiar e não possuem grandes interesses, originando a que tenham mais dificuldade em lidar com os desafios relacionados com o envelhecimento.⁷¹

24. HISTÓRIA FAMILIAR DE SUICÍDIO

Vários estudos demonstraram que é mais frequente a presença de história de comportamentos suicidários na família de idosos que morreram por suicídio ou com história de tentativas de suicídio, comparativamente a indivíduos sem antecedentes pessoais de atos suicidas.⁷⁵

MEDIDAS DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE SUICÍDIO

O suicídio constitui um tópico muito subjetivo. Assim, e com o objetivo de avaliar o risco de suicídio de forma mais consistente e rigorosa, é necessário proceder a uma avaliação global dos diferentes FR. A propósito de avaliar a ideação suicida nos idosos, de forma mais objetiva e “quantificável”, é possível recorrer a vários instrumentos psicométricos/escalas. Porém, e reconhecendo que o surgimento da ideação suicida no indivíduo idoso resulta da influência de um conjunto complexo de FR, o recurso aos instrumentos psicométricos na avaliação do risco de suicídio requer igualmente que os profissionais de saúde sejam empáticos na relação com o indivíduo idoso, de forma a melhor compreender as circunstâncias que o rodeiam. A avaliação da ideação suicida é da responsabilidade de todos os clínicos e não apenas dos profissionais de saúde mental.

- **Escala de Depressão Geriátrica**

É uma ferramenta de autoavaliação constituída por 30 itens, utilizada para rastrear a depressão em idosos. Apresenta um formato de resposta dicotómico (sim ou não) e pode ser preenchida autonomamente ou questionada ao idoso. A pontuação total pode variar de 0 a 30. De acordo com os autores, pontuações de 0 a 10 indicam ausência de depressão, valores iguais ou superiores a 11 correspondem a depressão ligeira e uma pontuação superior a 23 indica depressão grave. Embora existam vários instrumentos psicométricos validados atualmente para a população portuguesa, este constitui uma das principais escalas aplicadas em idade geriátrica.

- **Inventário Depressivo de Beck (*Beck Depression Inventory*)**

É uma escala de autoavaliação constituída por itens acerca dos componentes psicológicos e somáticos da depressão. Trata-se de um questionário, organizado em 21 grupos de afirmações, cada um deles constituído por várias questões. A intensidade dos sintomas e atitudes varia de 0 a 3 e estão organizadas por ordem crescente de gravidade. Estes incluem: crises de choro, autoacusações, estado de ânimo triste, pessimismo, sentimento de fracasso, ódio a si mesmo, insatisfação, sentimento de culpabilidade, afastamento social, desejos suicidas, sentimento de punição, incapacidade de trabalhar, irritabilidade, hipocondria, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, perturbações do sono (acordar precoce), fadigabilidade, perda de peso, perda de apetite e diminuição da libido. A sua pontuação pode variar entre 0 e 63 pontos e os autores propõem o ponto de corte de 12 para a identificação da depressão. Trata-se de um instrumento

amplamente utilizado para aceder à sintomatologia depressiva, sendo aplicado tanto como método de investigação científica como de monitorização clínica. Consiste numa ferramenta de aplicação rápida, em que apenas 5 minutos são necessários para a executar.

- ***Beck Scale for Suicide Ideation***

É uma ferramenta de autoavaliação, tipo Likert, composta por 21 questões, que permite avaliar preditores de suicídio em adultos. As primeiras 19 questões apresentam um formato de resposta com três opções de escolha múltipla, sendo pontuadas de 0 a 2. As diferentes opções avaliam o desejo passivo de suicídio, o desejo ativo de suicídio e a preparação. As 2 últimas perguntas apresentam carácter informativo e não são incluídas no resultado final. O resultado total pode variar entre 0 e 38, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a gravidade da ideação suicida. A escala tem apresentado um elevado número de falsos positivos, no entanto, constitui uma ferramenta de rápida administração, sendo apenas necessários 10 minutos para a completar.

- ***Patient Health Questionnaire (PHQ-2 e PHQ-9)***

O PHQ-2 utiliza as primeiras duas questões do PHQ-9, que consistem em que a pessoa recorde se nas passadas 2 semanas teve pouco interesse ou prazer nas atividades; e se se sentiu em baixo, deprimida ou sem esperança. Se as respostas às perguntas forem “não”, não existe necessidade de proceder com testes adicionais. Se a resposta a qualquer uma das questões for positiva, recomenda-se a realização do PHQ-9. O PHQ-2 é altamente sensível, sendo aplicado em menos de 1 minuto, enquanto o PHQ-9 é altamente específico e requer menos de 5 minutos.

- ***Columbia-Suicide Severity Rating Scale***

Consiste numa entrevista semiestruturada com 21 perguntas que avalia separadamente a ideação, comportamento, tentativa e risco de suicídio. Engloba fatores de natureza psicossocial para além da ideação suicida em si, mantendo-se contudo longa e de aplicação algo complexa. O tempo médio de administração varia entre 20 a 40 minutos.

- ***Interpersonal Needs Questionnaire***

É uma escala de 15 itens que avalia tanto os SNP como a PS. Seis itens avaliam se a pessoa sente que é uma sobrecarga para os outros e nove itens avaliam até que ponto o indivíduo se sente conectado com as pessoas que o rodeiam.

- **Escala de Desesperança de Beck (*Beck Hopelessness Scale*)**

É uma escala de autoavaliação de 20 itens que mede o pessimismo ou o negativismo em relação ao futuro. Avalia 3 grandes componentes da desesperança: sentimentos em relação ao futuro, perda de motivação e expectativas. A escala é composta por perguntas de verdadeiro e falso, em que o indivíduo indica se concorda com afirmações como “Anseio pelo futuro com esperança e entusiasmo”. Cada afirmação é pontuada de 0 a 1 e o resultado total pode variar entre 0 e 20. De acordo com os autores, uma pontuação de 0 a 3 corresponde a resultados dentro do normal/assintomático, de 4 a 8 indica desesperança leve, de 9 a 14 significa desesperança moderada e pontuações superiores a 15 sugerem pessimismo severo. Das escalas de Beck é a que apresenta maior associação com a intenção suicida e são necessários apenas 5 minutos para a sua aplicação.

- **Escala revista de Solidão da UCLA (*Revised UCLA Loneliness Scale*)**

É uma escala de 18 itens, tipo Likert, utilizada para avaliar a solidão e sentimentos associados. Os indivíduos avaliados têm de escolher a frequência (muitas vezes, algumas vezes, raramente ou nunca) de uma lista de questões como: “Com que frequência acha que não tem ninguém com quem conversar?” ou “Com que frequência se sente completamente só?”. O resultado final da escala situa-se entre 18 e 72 pontos, sendo que pontuações mais elevadas traduzem maior nível de solidão. Trata-se de uma escala relativamente curta e de fácil administração, tendo demonstrado ser bastante fidedigna.

Validação para a população portuguesa

Das escalas apresentadas apenas 4 foram traduzidas e validadas para a população portuguesa.

O IDB foi validado para a população portuguesa, em 1973, por Vaz Serra e Pio Abreu. Trata-se de uma das mais antigas escalas utilizadas na avaliação da depressão, apresentando excelentes características psicométricas. Segundo os autores, esta é uma escala que permite eliminar a subjetividade da apreciação clínica uma vez que consiste numa autoavaliação dos sintomas depressivos, permitindo que a pessoa avalie como se vê e se sente, e não apenas como é observada.

A EDG foi validada para a população portuguesa por Veríssimo, em 1988, e apresenta um alfa de Cronbach de 0,94, o que significa que possui uma consistência interna elevada. Quanto à sua sensibilidade e especificidade verificam-se valores relativamente

elevados na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão, variando entre 84% e 95%.⁷⁰

A Escala revista de Solidão da UCLA foi validada para a população portuguesa por Neto, em 1989, revelando uma elevada consistência interna (alfa de Cronbach de 0,87) e boa validade.

Por último, a EDB foi validada em Portugal por Cruz, em 2000. As propriedades psicométricas, no que diz respeito a validade e fiabilidade, da versão portuguesa mostraram-se satisfatórias. Apresenta, também, boa consistência interna (alfa de Cronbach de 0,9).

ABORDAGEM DO IDOSO EM RISCO DE SUICÍDIO

Brown *et al.* propuseram a seguinte abordagem do idoso em risco de suicídio (abordagem geral, conduta na crise e no seguimento), ao nível dos CSP.²⁹

- **ABORDAGEM GERAL**

Estar muito atento

Os idosos necessitam de alguém que os escute e que tome seriamente em consideração a sua ideação suicida. A crença de que alguém presta atenção e tenta compreender o seu nível de angústia pode ser suficiente para diminuir esta ameaça. Note-se a importância da escuta ativa neste processo pois escutar envolve muito mais do que ouvir uma mensagem, é estar atento aos gestos e emoções demonstrados ao longo da comunicação, mostrando ao idoso empatia pela sua situação e compreensão pelos seus sentimentos. Portanto, não é necessário possuir noções psicoterapêuticas complexas para intervir eficazmente nestes casos.

Muitas vezes, existe uma certa relutância em falar dos pensamentos suicidas. Ouvir atentamente pode ajudar a afastar o estigma de que ter pensamentos suicidas é de “loucos” ou vergonhoso. A falta de atenção, por outro lado, pode levar o idoso a acreditar que as pessoas o estão a ignorar ou a minimizar a ameaça e que ninguém se importa se eles estão vivos ou mortos.

Manter-se calmo e não se sentir ameaçado

São poucos os idosos que reportam espontaneamente os pensamentos de morte ao seu médico. No entanto, se um indivíduo comunica tais intenções, é importante manter-se calmo. A ameaça de suicídio pode indicar que o idoso está a tentar comunicar o quão mal se sente. Se o médico se mostrar confiante face a tal crise, pode ter um efeito estabilizador na pessoa lábil.

Proporcionar espaço e tempo para desabafar

Se o risco de suicídio for detetado precocemente, há tempo suficiente para que o indivíduo comunique inteiramente como se sente. Proporcionar tempo para escutar as preocupações da pessoa (e não tentar resolver o problema prematuramente) vai originar que esta sinta que os seus sentimentos estão a ser validados. Escutar empaticamente

(dizer, por exemplo, “Parece que tem passado por momentos difíceis ultimamente” com contacto visual apropriado) vai também ajudar a validar as preocupações do idoso.

Estas técnicas que permitem ao idoso “ventilar as suas emoções” vão contribuir para que este se mostre mais recetivo ao *feedback* do clínico.

Abordar o problema como uma equipa

Deve-se usar livremente o pronome “nós” quando se fala acerca de suicídio (dizer, por exemplo, “Temos de encontrar uma forma de alívio para quando se sente muito deprimido”). É importante transmitir ao idoso que a responsabilidade de como o tratamento progride é partilhada pelo médico e por si e lembrá-lo que existem várias alternativas terapêuticas para o seu problema.

Ser capaz de pronunciar a palavra “suicídio” sem receio

Não se deve evitar a palavra “suicídio”. É importante falar sobre o tópico diretamente, sem receio e sem julgar negativamente. Declarar abertamente que pensamentos suicidas podem estar associados a uma perturbação passível de ser tratada pode também oferecer um sentimento de esperança.

- **CONDUTA NA CRISE**

O médico deve informar o idoso que necessita de consultar um psiquiatra, devendo, para isso, ser pedido um consentimento verbal. Se o doente não der o seu consentimento, devem-se averiguar as razões da recusa. Ocasionalmente, os doentes têm receio de ser involuntariamente hospitalizados se os médicos suspeitarem que têm ideação suicida, considerando que este possa ser interpretado como um sinal de que estão a enlouquecer. Se a pessoa levanta estas preocupações, deve ser informado que a maioria dos indivíduos que manifestam ideação suicida não é hospitalizada. No entanto, o indivíduo deve também ser informado que a consulta com um especialista é necessária de forma a oferecer-lhe o tratamento mais diferenciado. Se o doente continuar a recusar, este tem de ser avisado de que não pode permanecer sozinho até ser visto por um psiquiatra, para sua própria segurança.

Em seguida, o psiquiatra vai elaborar um plano terapêutico que pode incluir hospitalização voluntária ou involuntária (se necessário, de acordo com os pressupostos da Lei de Saúde Mental - Lei n.º 36/98), alterações de medicações, psicoterapia ou tratamento

ambulatório intensivo. Durante todo este tempo, o doente nunca deverá permanecer sozinho, até que o psiquiatra o declare. O psiquiatra pode ter de considerar hospitalização se:

- ✓ Existir um quadro psicótico;
- ✓ Estiver presente ideação suicida com significativo abuso de substâncias, desesperança severa ou forte desejo de atuar conforme as ideias suicidas;
- ✓ Se constatar falta de suporte social para um tratamento ambulatório efetivo;
- ✓ Coocorrência de condições médicas que tornem insegura a toma de medicamentos em ambulatório;
- ✓ Existir falta de capacidade por parte do doente para cumprir o tratamento ambulatório;
- ✓ O doente recusar o contrato para segurança;
- ✓ O doente tiver um plano definido ou meios para cometer suicídio.

- **CONDUTA NO SEGUIMENTO**

Questionar diretamente acerca da frequência e conteúdo da ideação suicida durante as consultas

Muitos dos FR flutuam ao longo do tempo e precisam de ser constantemente monitorizados. Se a ideação suicida estiver presente, o clínico deve realizar uma avaliação do risco suicida, questionando o doente acerca da intenção ou desejo de cometer suicídio, avaliando igualmente a duração e a frequência da ideação, a capacidade de controlo em relação a fazer uma tentativa, a existência de planos específicos e o grau de preparação para a tentativa contemplada.

Explorar o problema que originou a crise atual

Identificar os eventos que precipitaram a ideação suicida, clarificar e resumir os problemas atuais, ajudar o idoso na resolução dos problemas e reforçar as soluções adaptativas constituem estratégias importantes para a redução das emoções negativas associadas aos eventos.

Questionar os argumentos a favor e contra a tentativa de cometer suicídio

Devem-se investigar as razões que motivam o doente à vida e as que motivam o suicídio, procurando instruir empaticamente o idoso a não cometer suicídio. É importante insistir que o suicídio não é uma boa solução e que outra solução melhor pode ser encontrada. Em conjunto, deve-se elaborar uma lista de razões pelas quais é melhor estar vivo. O médico deve tentar enfatizar os aspetos positivos que advenham da sobrevivência, apontando as consequências negativas da eventualidade da morte do idoso para familiares e outras pessoas de significado. É importante transmitir esperança e determinação em resolver os problemas do doente, enfatizando que existe um número grande de soluções que podem reduzir a aflição ou o desespero.

Avaliar o acesso a meios de suicídio

Idosos que estão em risco de suicídio devem ser questionados acerca do acesso a armas de fogo ou outros métodos letais. Quando apropriado, os familiares ou amigos devem ser informados acerca da necessidade imediata de limitar o acesso a estes meios, não permitindo o acesso a armas de fogo ou não permitindo que a pessoa esteja sozinha.

Explicar a natureza da depressão, o seu prognóstico e o tratamento

Os doentes devem ser informados que a depressão está frequentemente associada a sentimentos de desesperança e a pensamentos suicidas, procurando normalizar a sua experiência e explicar que outros doentes experienciam a mesma sintomatologia. Embora a angústia emocional possa parecer não ter solução, o doente deve saber que a severidade dos sintomas depressivos tende a variar ao longo do tempo e que existe uma panóplia de tratamentos efetivos para a depressão.

Desenvolver um contrato formal (doente contacta o médico se os sentimentos suicidas se tornarem mais fortes) ou estar prontamente disponível se a ideação e impulsos suicidas aumentarem

Devem ser disponibilizadas ao doente instruções escritas com nomes e contactos telefónicos a quem contactar em caso de emergência, incluindo a familiares ou amigos próximos, podendo estes constituir eventuais figuras de suporte e ponte com os cuidados de saúde.

Aconselhar fortemente a descontinuar o consumo de álcool e abuso de substâncias imediatamente

O consumo de álcool e o abuso de substâncias ilícitas podem resultar em capacidade de julgamento diminuída e aumento da impulsividade, o que aumenta muito o risco de TS. Se o consumo de substâncias constituir um problema comórbido, deve-se procurar oferecer ajuda através de suporte farmacológico e, se necessário, psicoterapêutico.

Reunir com os doentes pelo menos uma vez por semana enquanto a ideação suicida está presente

O contacto frequente com o doente pode ajudar a prevenir o suicídio. Comunicar com a rede social do doente, com o seu consentimento, pode ajudar a reduzir o risco de suicídio.

Evitar prescrever medicação por mais de uma semana até o risco de suicídio ter diminuído

De forma a evitar que um doente de alto risco de suicídio acumule grandes quantidades de medicação que podem ser letais, as prescrições devem ser feitas de semana a semana até que o doente deixe de correr risco de suicídio. Frequentemente, os familiares/cuidadores podem ser incluídos na vigilância das tomas de medicação e na restrição ao acesso a caixas de medicação.

Educar e explicar aos familiares, quando apropriado, como reagir face a ideias suicidas

Contactar os membros da família, com o consentimento do doente, pode ajudar a reduzir o risco de suicídio por várias razões. Os familiares muitas vezes estão mais disponíveis para monitorizar ou detetar comportamentos associados ao suicídio do que os profissionais de saúde. Para além disso, os doentes podem estar mais dispostos a expressar pensamentos suicidas a familiares do que aos médicos.

Aconselhar os idosos e familiares (quando apropriado) a remover instrumentos de suicídio facilmente disponíveis (por exemplo, armas) do domicílio

Para além disso, se o doente não está hospitalizado mas continua a expressar ideação suicida, o médico pode tentar identificar estratégias com a família e amigos para que o doente não fique sozinho.

Providenciar interações de suporte em consultas de 15 a 20 min na fase aguda do tratamento até que a ideação suicida desapareça

O contacto mais frequente com o doente pode ajudar a reduzir o risco de suicídio. As consultas presenciais poderão ser complementadas com sessões telefónicas para monitorização do quadro clínico.

Reavaliar a condição do idoso para desesperança, ideação suicida e abuso de substâncias a cada consulta

Medidas de avaliação breves que focam na ideação suicida providenciam meios eficazes para reavaliar estes sintomas. Aprender mais acerca da forma como os doentes percecionam a ideação suicida ao longo do tempo (o que acreditam que tenha ajudado a aliviar a sua angústia) é também muito importante para o tratamento.

PREVENÇÃO

- **Indivíduo**

1. Farmacoterapia e psicoterapia

Atendendo a que a larga maioria de suicídios consumados está associada a doença mental, a identificação e o tratamento da depressão são considerados a estratégia central para a prevenção do suicídio em idosos. Medicação antidepressiva e psicoterapia (psicoterapia cognitivo-comportamental, terapia comportamental dialética, treino de resolução de problemas e psicoterapia interpessoal) revelam um benefício determinante no tratamento da depressão em pessoas idosas e podem ajudar na prevenção do suicídio.⁴⁰ Os medicamentos de eleição a serem usados para o tratamento da depressão em idosos são os inibidores seletivos da recaptção de serotonina (SSRI), pois constituem a classe de antidepressivos mais estudada e com o perfil de segurança mais elevado, nesta faixa etária. Atualmente, existe uma variedade de outros antidepressivos disponíveis, como os antidepressivos tricíclicos, inibidores da recaptção de serotonina e noradrenalina, venlafaxina e duloxetina, bupropion, mirtazapina, trazadona, agomelatina e vortioxetina.

Neste âmbito, Juurlink *et al.* conduziram um estudo acerca da relação entre o tratamento com antidepressivos SSRI e o suicídio. Foi concluído que há um aumento do risco relativo de suicídio após o início do tratamento com SSRI. No entanto, este aumento do risco, comparativamente a outros antidepressivos, apenas se verifica no primeiro mês. O risco absoluto é baixo, sugerindo que pode haver uma resposta idiossincrática a estes medicamentos num subgrupo de doentes vulneráveis. Assim, este estudo não contraindica a utilização dos SSRI no tratamento da depressão, reiterando apenas a importância de reservar esta classe de medicamentos para indicações estabelecidas, monitorizar de perto após o início do tratamento e informar os doentes e as suas famílias do possível surgimento ou agravamento da ideação suicida durante o primeiro mês de tratamento.²⁶ Contrariamente, um estudo realizado por Barak *et al.* não apoiou a hipótese de que os SSRI podem estar associados a um aumento do risco de suicídio, sendo que os resultados encontrados sugerem que a medicação antidepressiva, nomeadamente os SSRI, conferem proteção para o comportamento suicida.³² O lítio demonstrou ter, também, um efeito anti-suicídio, provavelmente relacionado com os seus efeitos anti-agressivos, em idosos que vivem em lares.⁵⁶

2. Populações de risco

Diminuir a incidência de fragilidade nos homens idosos em risco de suicídio deve ser um dos objetivos da prevenção do suicídio, na faixa etária geriátrica. Isto porque, existe evidência de que homens fisicamente ativos têm prevalências mais baixas de doenças físicas e psicológicas e de mortalidade na década subsequente, o que pode sugerir que a atividade física contribui para reduzir as taxas de suicídio nesta população de risco.² Melhorar a saúde geral das populações pode constituir a forma mais efetiva de diminuir as taxas de suicídio. Praticar um estilo de vida saudável e usufruir de um bom seguimento e controlo dos problemas de saúde ao longo da vida pode permitir adiar a fragilidade e a morbidade até aos últimos anos de vida e, assim, diminuir o seu impacto nos comportamentos suicidas.

3. Acompanhamento após comportamento suicidário

A informação acerca do *outcome* dos indivíduos que sobreviveram a tentativas suicidas é escassa na literatura científica. Sabe-se, no entanto, que os indivíduos que tentaram suicidar-se tendem a repetir a tentativa, alcançando uma maior taxa de mortalidade na nova tentativa.

Lebret *et al.* realizaram uma pesquisa descritiva, cujo objetivo consistia em avaliar o *outcome* de indivíduos que receberam alta hospitalar do serviço de psiquiatria após TS e identificar os fatores que poderiam ter um efeito significativo na sobrevivência. Foi, então, verificada uma alta taxa de mortalidade após a TS, devido a causas naturais ou a novas tentativas. Os fatores que mostraram ter um efeito mais significativo na sobrevivência foram a idade avançada (mais de 75 anos), internamento hospitalar prolongado (mais de 35 dias) relacionado com uma doença física concomitante, TS prévia, deficiência física pré-existente, consequências físicas sérias da TS, doença física e tratamentos médicos severos e, por último, história pessoal de patologia psiquiátrica (excetuando a depressão). Do mesmo modo, Wiktorsson *et al.* realizaram um estudo coorte, em idosos com mais de 70 anos, com o objetivo de avaliar o *outcome* após um ano de uma TS e identificar os preditores deste *outcome*. O prognóstico após este período foi, no entanto, relativamente favorável: metade dos indivíduos (52%) apresentaram remissão dos sintomas depressivos e verificaram-se relativamente poucas tentativas suicidas repetidas. Pontuações elevadas de depressão, ansiedade, e intenção suicida foram associados à não-remissão.⁴⁶

Assim, os idosos podem continuar física e mentalmente vulneráveis após a TS. É, portanto, essencial que sejam vigiados regularmente e que seja prestada especial atenção a qualquer nova ameaça, que nesta faixa etária tende a culminar num desfecho fatal.²⁵

- **Instituições e profissionais**

É comum que idosos que cometeram suicídio tenham recorrido ao serviço de urgência ou a um médico antes do ato.⁵⁴ Pesquisas realizadas indicam que 82% dos idosos que morreram por suicídio tinham sido vistos por um médico nos 3 meses anteriores, 70% nos 30 dias antes, 40% na própria semana e 20% no dia do suicídio.^{4,33,34,36} Os dados mostram que embora a maioria dos idosos tenha deixado pistas comportamentais, verbais ou situacionais, estes pedidos de ajuda, exigem muita sensibilidade por parte dos cuidadores e familiares.⁴⁴ Por outro lado, as pistas verbais e comportamentais são, muitas vezes, apresentadas mas amigos e família não as levam a sério. Similarmente, os doentes exprimem, frequentemente, várias queixas somáticas e, outras vezes, apenas uma vaga sensação de que algo está mal.

Contrariamente ao estabelecido pelo senso comum, questionar diretamente acerca de pensamentos e eventuais planos suicidas não contribui para ideação suicida, nem precipita comportamentos suicidários.⁷⁵ Um estudo realizado por Callahan *et al.* concluiu que uma abordagem razoável para identificar a ideação suicida em indivíduos de maior risco poderá passar por perguntar diretamente e de forma rotineira se têm tido pensamentos de que a vida não vale a pena ou se têm contemplado suicidar-se.²⁸ Dennis *et al.* chegaram à mesma conclusão no seu estudo prospetivo, no qual foram avaliados 76 indivíduos idosos com passado de comportamentos autolesivos.⁴² A maioria dos indivíduos com ideação suicida que procura um médico vive uma agudização do conflito viver-morrer e desejam ser resgatados e impedidos de consumir o seu auto-aniquilamento.⁷⁵ Quase sempre experimentam grande alívio quando questionados acerca destes aspetos e falam abertamente sobre os seus pensamentos de suicídio. No entanto, resistem em abordar espontaneamente o assunto.⁷⁵

Outro passo importante que necessita de ser melhorado é o acesso aos cuidados de saúde mental diferenciados, pois quase um terço dos indivíduos que planearam suicidar-se não teve acesso ao tratamento da saúde mental, nem antes nem depois do planeamento.⁴¹ Poucos idosos foram diagnosticados com uma perturbação psiquiátrica pelos seus médicos de família e ainda menos foram referenciados para um psiquiatra. Infelizmente, muitos médicos dos CSP possuem pouco conhecimento e experiência acerca da depressão e avaliação do risco de suicídio e do seu tratamento. A depressão é uma doença que deve ser tratada e não um sinal de fraqueza ou consequência do envelhecimento. De notar, a viabilidade de integrar a triagem da saúde mental em serviços de rotina prestados a idosos que residem nos seus domicílios. Dado os altos níveis de sintomatologia depressiva

detetados nesta população, os programas de refeições e outros serviços domiciliários podem ser equacionados em associação a programas de saúde mental.^{13,52}

Por outro lado, estudos mostraram que programas educacionais para médicos de família acerca da depressão e do seu tratamento ajudaram a reduzir as taxas de suicídio.^{27,41} O treino de médicos generalistas para a prevenção do suicídio, levado a cabo por médicos psiquiatras promoveu uma melhoria nos conhecimentos e atitudes face ao mesmo. Assim, os psiquiatras deveriam ser encorajados a reunir-se com os médicos de família nos Centros de Saúde, de forma a melhorar as práticas clínicas na prevenção do suicídio. De notar, que a leitura isolada de material escrito não foi suficiente para esta melhoria, tendo sido mais vantajosos os seminários em pequenos grupos.²⁴ Da mesma forma, Almeida *et al.* concluíram que programas de formação a médicos generalistas e a colaboração com profissionais de saúde mental reduziram em 10% a prevalência de depressão e comportamentos autolesivos.⁷⁴

Uma vez que os idosos são os principais utilizadores dos serviços de saúde, o contacto com profissionais de saúde oferece uma janela de oportunidade única para a introdução de intervenções que visam a prevenção do suicídio. Nesse sentido, o projeto PROSPECT (*Prevention of suicide in primary care elderly: collaborative trial*) testou o impacto de uma intervenção a nível dos CSP para reduzir FR *major* para o suicídio, na população geriátrica. Este projeto abordou a redução do risco de suicídio a partir de uma perspectiva de saúde pública, procurando modificar e reduzir fatores fortemente relacionados com o risco de suicídio, comuns nos CSP. Idosos sujeitos a esta intervenção reduziram a ideação suicida e a morte por suicídio, tendo-se verificado também uma evolução favorável da depressão, sendo que esta melhoria foi mais significativa em indivíduos que sofriam de DM comparativamente a indivíduos que apresentavam sintomas moderados de depressão, a menos que ideação suicida estivesse presente.³⁸ No Japão, a introdução de estratégias de rastreio da depressão ou ideação suicida mostrou resultados favoráveis em idosos, com a diminuição da taxa de suicídio.⁷⁵

- **Comunidade**

1. Sensibilização e educação da população

A educação dos mais idosos e das suas famílias acerca da doença depressiva e do seu tratamento pode aumentar o número de idosos que recorrem mais precocemente ao médico para o tratamento da doença mental.³⁹

Eliminar o estigma associado e educar acerca do suicídio e das doenças mentais a nível da comunidade e durante as interações clínicas é fundamental para aumentar a abertura dos indivíduos idosos na expressão de pensamentos suicidas e sintomas associados.^{39,41}

2. Restrição de meios letais

Remover o acesso a armas é essencial na tarefa de reduzir as taxas de suicídio, em idosos. O acesso a meios altamente letais, como o acesso a armas e o *stock* de medicamentos, aumenta o risco de TS bem-sucedida. Planos para estar num local onde uma pessoa possa ser menos provavelmente encontrada ou reanimada, também, aumentam a probabilidade de sucesso da TS.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O suicídio na população idosa trata-se de um fenómeno complexo, para o qual contribuem numerosos FR, abordados por esta revisão. Do ponto de vista de Saúde Pública, é importante lembrar que os idosos apresentam uma intenção suicida mais séria e que poucos são os que sobrevivem à tentativa de morte autoinduzida. Desta forma, é essencial identificar variáveis modificáveis que poderão contribuir para a ideação suicida antes de a tentativa ser efetuada. A literatura mostra que é possível prevenir o suicídio atuando sobre os fatores associados através de medidas médicas, sociais e psicológicas.

No plano social, é importante enriquecer a rede social dos indivíduos em risco, evitando o isolamento e o abandono dos idosos. Sensibilizar e educar a população para o suicídio pode levar à redução do estigma em relação às doenças mentais e ao suicídio e aumentar a sensibilidade por parte dos cuidadores e familiares.

Do ponto de vista médico, salienta-se a importância de médicos formados e treinados para lidar com este problema, principalmente ao nível dos CSP, uma vez que os idosos são os principais utilizadores dos serviços de saúde e porque é bastante comum que idosos que cometeram suicídio tenham recorrido ao serviço de urgência ou a um médico antes do ato. O tratamento otimizado da dor e da depressão é essencial, assim como melhorar o acesso aos cuidados de saúde mental diferenciados.

Ao nível da esfera psicológica, os sentimentos de inutilidade, a perceção de suporte social inadequado e a dor psicológica associada a comorbilidades múltiplas devem ser avaliadas pelos médicos que lidam com os doentes idosos, devido à sua grande associação com o comportamento suicida.

Por último, uma nota para a importância de uma atuação médica centrada no doente. Só assim é possível compreender o sofrimento que conduziu à tentativa de suicídio, mostrando empatia e compreensão pela experiência interna individual. Demonstrar interesse pela narrativa pessoal do idoso que sofre, provocando neste sentimentos de estar a ser compreendido, constitui em si um ato terapêutico e não requer despesas ou tempo adicional.

CONCLUSÕES

O suicídio após os 65 anos constitui um fenómeno de grande complexidade e um preocupante problema de saúde pública, a nível mundial. Também em Portugal, encontram-se as mais elevadas taxas de suicídio na população com idade superior a 65 anos, verificando-se um aumento considerável após os 75 anos.

A identificação dos FR (Figura 1) e de indivíduos em risco ao nível dos CSP é essencial para a prevenção do suicídio nesta faixa etária. A fragilização cumulativa dos idosos, resultante das perdas a nível funcional, social e psicológico, coloca estes indivíduos em sério risco. É, por isso, urgente atuar ao nível da prevenção para a redução das taxas de suicídio na população idosa e assim promover o envelhecimento saudável.

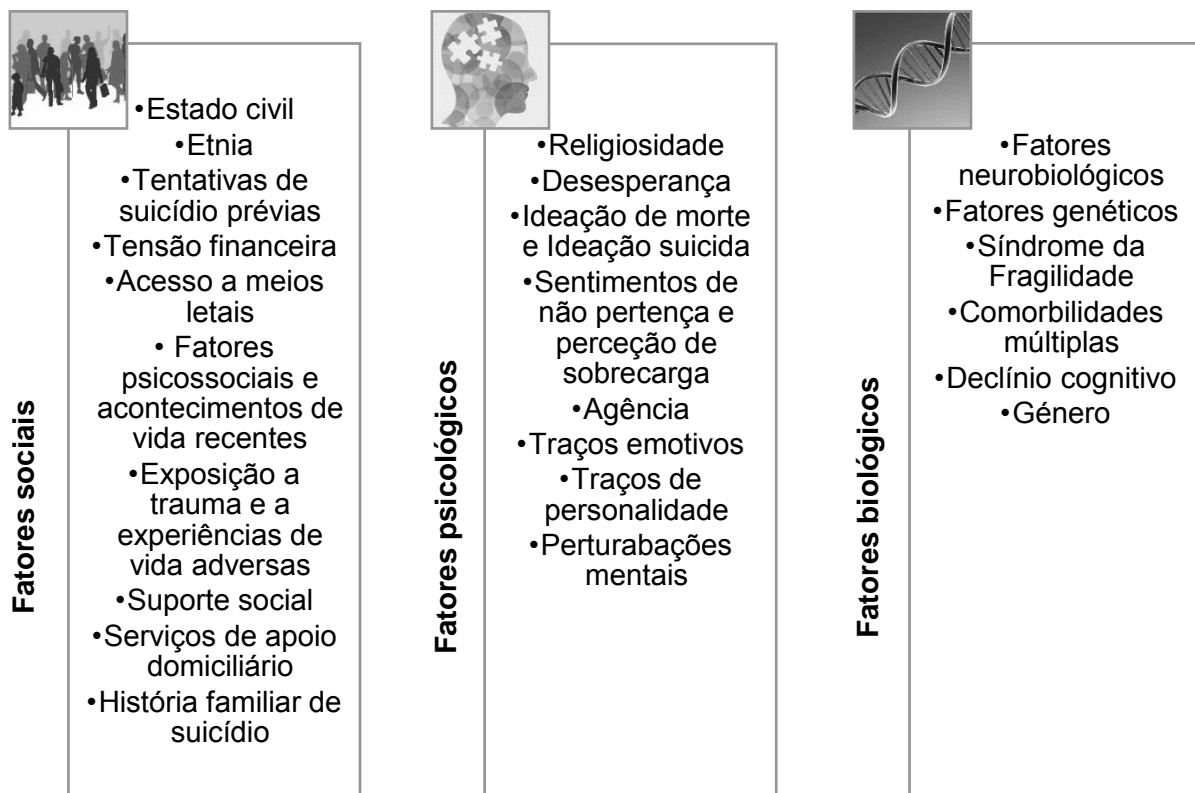


Figura 1 – Fatores de risco sociais, psicológicos e biológicos.

Relembra-se a importância de médicos de família formados e treinados para lidar com o suicídio, estando demonstrado a sua influência no prognóstico dos indivíduos em risco. A intervenção do médico de família no processo de prevenção do suicídio é fulcral, nomeadamente devido às assimetrias que se verificam a nível nacional em termos de distribuição de médicos psiquiatras, enfermeiros especialistas e psicólogos (muito concentrados nas grandes cidades). Por outro lado, os constrangimentos orçamentais a nível da saúde impedem a aplicação de um plano de intervenção ótimo, principalmente em

populações que vivem em meios rurais e com maior dispersão populacional. De notar, também, que a avaliação do risco de suicídio com recurso aos instrumentos psicométricos/escalas, embora seja essencial, consome muito tempo e por isso podem não ser muito viáveis na prática clínica.

Assim, este trabalho propõe a aplicação de um plano de intervenção como o apresentado na Figura 2. Este é um plano adaptado à realidade portuguesa e para ser aplicado ao nível dos CSP, a todos os idosos. Atendendo ao tempo limitado de uma consulta de Medicina Geral e Familiar e tendo em consideração que os FR mais significativos para o suicídio, na população idosa, são a depressão e a ideação suicida, seria importante, numa primeira fase, o rastreio dos mesmos. A depressão pode ser acedida pela aplicação da EDG, tratando-se esta de uma escala de simples e rápida administração e que apresenta excelente sensibilidade e especificidade no diagnóstico de depressão. Quanto à ideação suicida, pode ser questionado diretamente ao idoso acerca da existência de pensamentos de que a vida não vale a pena ou pensamentos sobre suicídio. Acrescentar que seria vantajoso que os idosos viessem acompanhados à consulta de um familiar ou amigo. Após esta avaliação inicial, nos indivíduos que se encontrem em risco moderado de cometer suicídio, o seguimento através de consultas frequentes é fundamental, sendo importante nestas consultas avaliar os restantes FR, na tentativa de os modificar. Os idosos que, por outro lado, forem identificados em alto risco de suicídio devem ser imediatamente referenciados para a especialidade de psiquiatria. Recordar também que após uma TS os indivíduos continuam em risco e, por isso, devem ser acompanhados e vigiados.

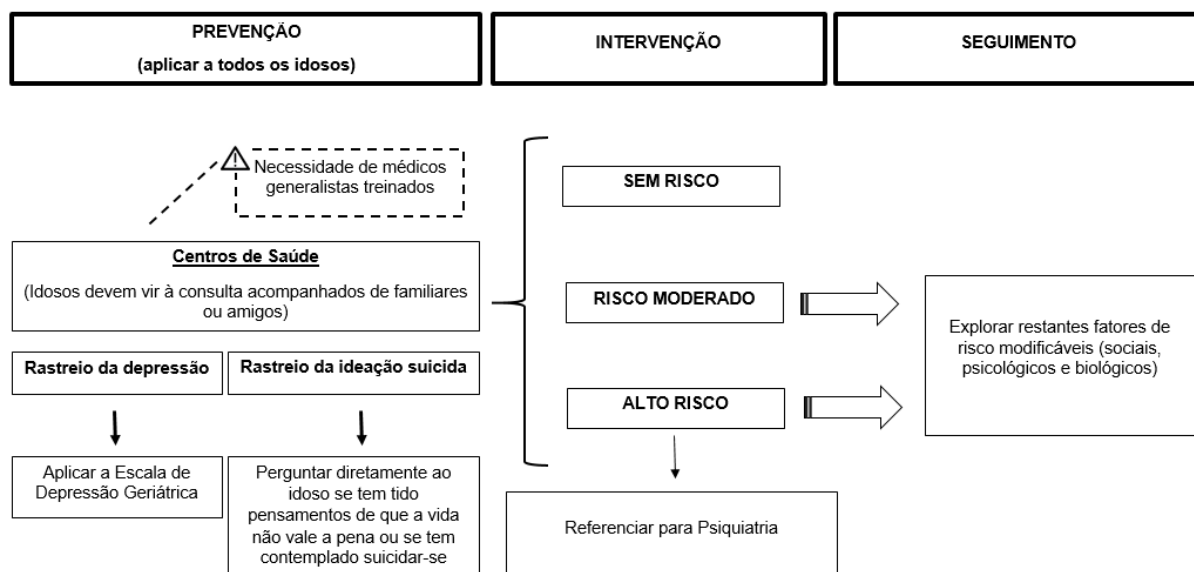


Figura 2 – Modelo de intervenção.

Por último, apesar da maioria dos estudos utilizados para a elaboração deste trabalho terem sido realizados em países ocidentais, estes podem não traduzir a realidade portuguesa. A investigação realizada em Portugal neste domínio, embora escassa, põe em causa a fiabilidade e validade dos resultados obtidos, não apenas pelo elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada (10% dos óbitos, em Portugal, estão registados como “morte de causa indeterminada”), mas também por incorreções na certificação de óbitos, uma vez que esta é realizada por preenchimento manuscrito. Para a imprecisão dos dados portugueses contribuem também outros fatores, nomeadamente de natureza económico-financeira, como empréstimos bancários, seguros de vida, etc. Em Portugal, o suicídio, pelas suas características e envolvências (principalmente de natureza cultural e religiosa), sempre teve e terá tendência a ser subdeclarado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Manuel Teixeira Marques Veríssimo por toda a ajuda e orientação prestada na elaboração deste trabalho.

Agradeço, também, ao Doutor Luís André Nunes de Oliveira por toda a orientação, apoio constante e disponibilidade pronta.

Um agradecimento aos meus amigos e família, em especial aos meus avós, pelo apoio incondicional ao longo deste percurso.

BIBLIOGRAFIA

1. Jahn, D., Cukrowicz, K., Linton, K. and Prabhu, F. (2011). The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health*, 15(2), pp.214-220.
2. Almeida, O., McCaul, K., Hankey, G., Yeap, B., Golledge, J. and Flicker, L. (2018). Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS).
3. Waern, M., Beskow, J., Runeson, B. and Skoog, I. (1999). Suicidal feelings in the last year of life in elderly people who commit suicide. *The Lancet*, 354(9182), pp.917-918.
4. Guidry E, Cukrowicz K. Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*. 2015;20(8):823-830.
5. Choi, N., DiNitto, D. and Marti, C. (2014). Middle-aged and older adults who had serious suicidal thoughts: who made suicide plans and nonfatal suicide attempts?. *International Psychogeriatrics*, 27(03), pp.491-500.
6. M J. Suicide in the elderly. Recognizing the signs. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 6 October 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8832259>
7. Bartels, S. (2002). Suicidal and Death Ideation in Older Primary Care Patients With Depression, Anxiety, and At-Risk Alcohol Use. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), pp.417-427.
8. Beristianos, Matthew H. et al. "Trauma Exposure and Risk of Suicidal Ideation among Older Adults." *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 24.8 (2016): 639–643. PMC. Web. 7 Sept. 2018.
9. Yi, S. (2016). Depressive Symptoms on the Geriatric Depression Scale and Suicide Deaths in Older Middle-aged Men: A Prospective Cohort Study. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 49(3), pp.176-182.
10. Gujral, S., Ogbagaber, S., Dombrovski, A., Butters, M., Karp, J. and Szanto, K. (2015). Course of cognitive impairment following attempted suicide in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(6), pp.592-600.
11. Dombrovski, A., Clark, L., Siegle, G., Butters, M., Ichikawa, N., Sahakian, B. and Szanto, K. (2010). Reward/Punishment Reversal Learning in Older Suicide Attempters. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), pp.699-707.

12. Wyart M, Jaussent I, Ritchie K, Abbar M, Jollant F, Courtet P. Iowa Gambling Task Performance in Elderly Persons with a Lifetime History of Suicidal Acts. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2016;24(5):399-406.
13. Sirey J, Bruce M, Carpenter M, Booker D, Reid M, Newell K et al. Depressive symptoms and suicidal ideation among older adults receiving home delivered meals. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;23(12):1306-1311.
14. Wright P, Thorpe C. Triple Threat Among the Elderly: Depression, Suicide Risk, and Handguns. *Journal of Emergency Nursing*. 2016;42(1):14-18.
15. Duckworth, G. and McBride, H. (1996). Suicide in Old Age: A Tragedy of Neglect. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(4), pp.217-222.
16. Kalichman, S., Heckman, T., Kochman, A., Sikkema, K. and Bergholte, J. (2000). Depression and Thoughts of Suicide Among Middle-Aged and Older Persons Living With HIV-AIDS. *Psychiatric Services*, 51(7), pp.903-907.
17. Conaghan, S. and Davidson, K. (2002). Hopelessness and the anticipation of positive and negative future experiences in older parasuicidal adults. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(3), pp.233-242.
18. Szanto K, Reynolds C, Conwell Y, Begley A, Houck P. High Levels of Hopelessness Persist in Geriatric Patients with Remitted Depression and a History of Attempted Suicide. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998;46(11):1401-1406.
19. Waern, M. (2003). ALCOHOL DEPENDENCE AND MISUSE IN ELDERLY SUICIDES. *Alcohol and Alcoholism*, 38(3), pp.249-254.
20. Seidlitz, L., Conwell, Y., Duberstein, P., Cox, C. and Denning, D. (2001). Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), pp.123-131.
21. Bonnewyn, A., Shah, A., Bruffaerts, R. and Demyttenaere, K. (2015). Are religiousness and death attitudes associated with the wish to die in older people?. *International Psychogeriatrics*, 28(03), pp.397-404.
22. Hobbs M, McLaren S. The Interrelations of Agency, Depression, and Suicidal Ideation Among Older Adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2009;39(2):161-171.
23. Schmid H, Manjee K, Shah T. On the Distinction of Suicide Ideation Versus Attempt in Elderly Psychiatric Inpatients. *The Gerontologist*. 1994;34(3):332-339.
24. Michel K, Valach L. Suicide prevention: spreading the gospel to general practitioners. *Br J Psychiatry* 1992;160:757-60.

25. Leuret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerbaud, L. and Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(11), pp.1052-1059.
26. Juurlink, D. (2006). The Risk of Suicide With Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the Elderly. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), p.813.
27. Duckworth, G. and McBride, H. (1996). Suicide in Old Age: A Tragedy of Neglect. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 41(4), pp.217-222.
28. Callahan, C., Hendrie, H., Nienaber, N. and Tierney, W. (1996). Suicidal Ideation Among Older Primary Care Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(10), pp.1205-1209.
29. Brown G, Bruce M, Pearson J. High-risk management guidelines for elderly suicidal patients in primary care settings. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;16(6):593-601.
30. Sun W, Xu L, Chan W, Lam T, Schooling C. Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2011;47(4):505-514.
31. Timonen M. Burden of illness and suicide in elderly people. *BMJ*. 2002;325(7361):441a-441.
32. Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants Reduce the Risk of Suicide among Elderly Depressed Patients. *Neuropsychopharmacology*. 2005;31(1):178-181.
33. Alexopoulos G, Bruce M, Hull J, Sirey J, Kakuma T. Clinical Determinants of Suicidal Ideation and Behavior in Geriatric Depression. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(11):1048.
34. Jon J Pfaff O. Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting [Internet]. PubMed Central (PMC). 2018 [cited 9 October 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463128/>
35. Xu H, Qin L, Wang J, Zhou L, Luo D, Hu M et al. A cross-sectional study on risk factors and their interactions with suicidal ideation among the elderly in rural communities of Hunan, China. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010914.
36. Hicks L, Wood N. Depression and Suicide Risks in Older Adults. *Home Healthcare Nurse: The Journal for the Home Care and Hospice Professional*. 2009;27(8):482-487.

37. Dombrovski A, Butters M, Reynolds C, Houck P, Clark L, Mazumdar S et al. Cognitive Performance in Suicidal Depressed Elderly: Preliminary Report. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2008;16(2):109-115.
38. Alexopoulos G, Reynolds C, Bruce M, Katz I, Raue P, Mulsant B et al. Reducing Suicidal Ideation and Depression in Older Primary Care Patients: 24-Month Outcomes of the PROSPECT Study. *American Journal of Psychiatry*. 2009;166(8):882-890.
39. Ono Y, Tanaka E, Oyama H, Toyokawa K, Koizumi T, Shinohe K et al. Epidemiology of suicidal ideation and help-seeking behaviors among the elderly in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2001;55(6):605-610.
40. Parmet S. Suicide in Older Persons. *JAMA*. 2004;291(9):1158.
41. SAKAMOTO S, TANAKA E, NEICHI K, ONO Y. Where is help sought for depression or suicidal ideation in an elderly population living in a rural area of Japan?. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2004;58(5):522-530.
42. Dennis M e. Self-harm in older people with depression: comparison of social factors, life events and symptoms. - PubMed - NCBI [Internet]. Ncbi.nlm.nih.gov. 2018 [cited 10 October 2018]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15928367>
43. Szanto K. Treatment Outcome in Suicidal vs. Non-Suicidal Elderly Patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2001;9(3):261-268.
44. Cavalcante F, Minayo M, Mangas R. Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013;18(10):2985-2994.
45. Warner B. Reducing Suicidal Ideation and Depression in Older Primary Care Patients: The Oldest Old and Pain. *American Journal of Psychiatry*. 2010;167(1):102-103.
46. Wiktorsson S, Marlow T, Runeson B, Skoog I, Waern M. Prospective cohort study of suicide attempters aged 70 and above: One-year outcomes. *Journal of Affective Disorders*. 2011;134(1-3):333-340.
47. Bergman Levy T, Barak Y, Sigler M, Aizenberg D. Suicide attempts and burden of physical illness among depressed elderly inpatients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2011;52(1):115-117.
48. Fanning J, Pietrzak R. Suicidality among older male veterans in the United States: Results from the National Health and Resilience in Veterans Study. *Journal of Psychiatric Research*. 2013;47(11):1766-1775.

49. Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, Turecki G, J.P.Olié, Annweiler C et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: A neurocognitive marker of suicidal risk. *Journal of Affective Disorders*. 2012;140(2):193-199.
50. WITTE T, JOINERJR T, BROWN G, BECK A, BECKMAN A, DUBERSTEIN P et al. Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of Affective Disorders*. 2006;94(1-3):165-172.
51. Koo Y, Kölves K, De Leo D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*. 2017;29(08):1297-1306.
52. O'Riley A, Van Orden K, He H, Richardson T, Podgorski C, Conwell Y. Suicide And Death Ideation in Older Adults Obtaining Aging Services. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2014;22(6):614-622.
53. Oude Voshaar R, van der Veen D, Kapur N, Hunt I, Williams A, Pachana N. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *International Psychogeriatrics*. 2015;27(07):1197-1205.
54. Luoma J, Martin C, Pearson J. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *American Journal of Psychiatry*. 2002;159(6):909-916.
55. Rushing N, Corsentino E, Hames J, Sachs-Ericsson N, Steffens D. The relationship of religious involvement indicators and social support to current and past suicidality among depressed older adults. *Aging & Mental Health*. 2013;17(3):366-374.
56. Müller-Oerlinghausen B, Lewitzka U. Lithium Reduces Pathological Aggression and Suicidality: A Mini-Review. *Neuropsychobiology*. 2010;62(1):43-49.
57. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*. 2018;Volume 13:691-699.
58. Fässberg M, Cheung G, Canetto S, Erlangsen A, Lapierre S, Lindner R et al. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*. 2015;20(2):166-194.
59. Clark L, Dombrovski AY, Siegle GJ, et al. Impairment in risk-sensitive decision-making in older suicide attempters with depression. *Psychol Aging*. 2011;26(2):321-330.
60. Richard-Devantoy S, Annweiler C, Le Gall D, Garre JB, Olie JP, Beauchet O. Cognitive inhibition in suicidal depressed elderly: a case-control pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(6):871-872.

61. Richard-Devantoy S, Jollant F, Kefi Z, et al. Deficit of cognitive inhibition in depressed elderly: a neurocognitive marker of suicidal risk. *J Affect Disord.* 2012;140(2):193-199.
62. Fiske A, O'Riley A. Toward an understanding of late life suicidal behavior: the role of lifespan developmental theory. *Aging & Mental Health.* 2015;20(2):123-130.
63. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine (Baltimore).* 1994; 73(6):281–296. [PubMed: 7984079]
64. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* 2004; 164(11):1179-1184. [PubMed: 15197042]
65. Quan H, Arboleda-Florez J, Fick GH, Stuart HL, Love EJ. Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002; 37(4):190-197.
66. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* 2004; 164(11):1179-1184. [PubMed: 15197042]
67. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Campbell S, Silbersweig D, Charlson M. 'Vascular depression' hypothesis. *Arch Gen Psychiatry.* 1997; 54(10):915-922. [PubMed: 9337771]
68. Talbott J. Religious Affiliation and Suicide Attempt. *Yearbook of Psychiatry and Applied Mental Health.* 2007;2007:136-137.
69. Jung J, Roh D, Moon Y, Kim D. The Moderating Effect of Religion on the Relationship Between Depression and Suicidal Ideation in the Elderly. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2017;205(8):605-610.
70. Sherina M, Zulkefli N, Mustaquim A. Prevalence of depression with chronic illness among the elderly in a rural community in Malaysia. *Asia Pac Fam Med.* 2003;2:196-9.
71. Draper B. Suicidal behaviour and suicide prevention in later life. *Maturitas.* 2014;79(2):179-183.
72. Brent D, Melhem N. Familial Transmission of Suicidal Behavior. *Psychiatric Clinics of North America.* 2008;31(2):157-177.
73. Murphy E, Kapur N, Webb R, Purandare N, Hawton K, Bergen H et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *British Journal of Psychiatry.* 2012;200(05):399-404.

- 74.** Almeida, O.P., Pirkis, J., Kerse, N., Sim, M., Flicker, L., Snowdon, J., Draper, B., Byrne, G., Goldney, R., et al., 2012b. A randomized trial to reduce the prevalence of depression and self-harm behavior in older primary care patients. *Ann. Fam. Med.* 10, 347-356.
- 75.** Saraiva C. *Depressão e suicídio*. Lisboa: Lidel; 2014.