

MORTALIDADE POR SUICÍDIO EM IDOSOS: UMA ANÁLISE DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO NO SUL DO BRASIL

MORTALITY IN ELDERLY SUICIDE: AN ANALYSIS OF EPIDEMIOLOGICAL PROFILE IN SOUTHERN BRAZIL

DANIELLY VIVIANE STAUT CABRAL^{1*}, JOSYARA PENDLOSKI^{2*}

1. Aluna de graduação em enfermagem da faculdade ingá; 2. Docente do curso de enfermagem da faculdade ingá.

* Rodovia PR 317, 6114 Maringa, Paraná, Brasil. CEP 87035-510. prof.josyarapendloski@uninga.edu.br

Recebido em 27/11/2015. Aceito para publicação em 10/02/2016

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo analisar a mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídio) em idosos no Sul do Brasil. Foram utilizados arquivos epidemiológicos da base de dados do sistema DATASUS a respeito dos óbitos de indivíduos acima de 60 anos no período de 2003 a 2012. Ao ser analisado o dado sobre a mortalidade por autolesões provocadas voluntariamente em idosos observa-se que no período de 10 anos o estado do Rio grande do Sul tem o maior índice sendo registrados, no total, 2550 óbitos por suicídio em idosos; no Paraná os óbitos foram de 839 e em Santa Catarina 873. É fundamental o estudo do tema, pois possibilita analisar a mortalidade por suicídio em idosos no Sul do Brasil, fazendo parte de seu conteúdo conceder aos profissionais de saúde e as autoridades da área da assistência ao idoso o conhecimento sobre a seriedade do fato. Identificado o perfil da mortalidade no sul do Brasil é possível apresentar soluções fundamentadas a serem exercidas frente a população idosa para que essa problemática seja combatida. Devem ser utilizados os programas de atenção já existentes propondo as adequações necessárias a cada estado.

PALAVRAS-CHAVE: Suicídio, idoso, Sul do Brasil, perfil epidemiológico

ABSTRACT

This study aims to analyze mortality from self-inflicted injury voluntarily (suicide) in the elderly in Southern Brazil. They were used DATASUS epidemiological files of the above individuals of deaths 60 years from 2003 to 2012. When analyzed the data on mortality from self-injury caused voluntarily in the elderly it is observed that the 10-year period the state of Rio Grande do Sul has the highest rate. In Rio Grande do Sul were recorded in total 2550 deaths by suicide in the elderly; Parana deaths were 839 and 873 in Santa Catarina the subject of study is essential, as it allows analyzing suicide mortality in the elderly in Southern Brazil as part of its core grant to healthcare professionals and area authorities assistance and elderly health awareness of the seriousness of the fact. Identifying the profile of mortality in southern Brazil can provide solutions founded to be carried forward to the elderly so that this

problem is ameliorated.

KEYWORDS: Suicide, elderly, Southern Brazil, epidemiological profile.

1. INTRODUÇÃO

O suicídio constitui uma importante questão de saúde pública no mundo. Cerca de um milhão de pessoas morrem por suicídio no mundo a cada ano o que gera uma taxa global de 16 mortes por 100 mil habitantes. Até 2020 a Organização Mundial de Saúde estima que mais de 1,5 milhões de pessoas vão cometer suicídio. (LOVISI *et al.*, 2009; PINTO *et al.*, 2012)

Segundo Meneghel *et al.* (2004) uma das definições de suicídio refere-se ao ato humano de causar a cessação da própria vida. Essa definição implica, em primeiro lugar, que o termo suicídio só pode ser usado no caso de morte ou de circunstâncias cuja sequência causal levam à morte e na qual tenha havido intencionalidade do sujeito.

Estima-se que as tentativas de suicídio superem o número de suicídios em pelo menos dez vezes. Não há, entretanto, em nenhum país, um registro de abrangência nacional de casos de tentativa de suicídio. (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2009)

Dificilmente a morte de maneira geral é vinculada como tema de investigação, especialmente na área de enfermagem e de sua associação e interesse com a Saúde Pública. Discutir o que se aprende com a “morte” e o “morrer” é importante, pois não envolve apenas questões de interesse da saúde e das políticas públicas, mas também de questões sociais. (FIGUEIREDO 2012 p 401). Segundo Botega (2007) apesar de o suicídio envolver questões socioculturais, genéticas, psicodinâmicas, filosófico-existenciais e ambientais, na quase totalidade dos casos um transtorno mental encontra-se presente.

O suicídio de idosos tornou-se um problema significativo na área da saúde pública, e vem se intensificando com o crescimento das taxas de envelhecimento populacional, (Rios *et al.*, 2013). Os pensamentos sobre morte, já esperados entre idosos, são diferentes dos pensamentos suicidas, pois esses, ao contrário, não deveriam ser esperados. Como é nessa faixa etária que o suicídio é mais frequente, pensamentos e comportamentos suicidas devem receber uma atenção especial nesse grupo. (LIVTOC; BRITO, 2004 p 182)

A população idosa é a que mais cresce na maior parte do mundo, o que confirma ser necessário um olhar atento para os problemas que a afetam sendo eles sociais ou de saúde. (MINAYO *et al.*, 2010). O Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (2007) relata que o envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje, faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050, que existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos ou mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento.

O envelhecimento pode ser compreendido como um processo natural, de diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos – senescência - o que, em condições normais, não costuma provocar qualquer problema. No Brasil, é definida como idosa a pessoa que tem 60 anos ou mais de idade (BRASIL, MS, 2007).

O Rio Grande do Sul, RS, representa o estado que possui maiores coeficientes de Suicídio no Brasil. O caso induz vários pesquisadores oriundos, que destacam a etnia, a cultura, as crises sociais e inclusive aspectos climáticos da região como possíveis fatores ligados ao problema. (MENEQUEL *et al.*, 2004). Santa Catarina e o Paraná também possuem as maiores taxas de suicídio entre os estados brasileiros (VIANA *et al.*, 2008)

O tema “suicídio” é de grande relevância no contexto da atenção à saúde devido a seu impacto social, seja em termos numéricos, seja em relação as pessoas próximas dos que fazem uma tentativa ou ameaçam a se matar. (BRASILIA, CFP, 2013 p 25)

É fundamental o estudo do tema, pois possibilita analisar a mortalidade por suicídio em idosos no Sul do Brasil, fazendo parte de seu conteúdo conceder aos profissionais de saúde e as autoridades da área da assistência ao idoso o conhecimento sobre a seriedade do fato. Identificado o perfil da mortalidade no sul do Brasil é possível apresentar soluções fundamentadas a serem exercidas frente a população idosa para que essa problemática seja combatida.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo quantitativo analítico sobre a mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente (suicídio) em idosos. Para tanto foi realizada coleta de dados através do Departamento de Informática do Sis-

tema Único de Saúde – DATASUS entre os anos de 2003 a 2012 dos estados do Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. A população estudada foi a de idosos com 60 anos ou mais que foram a óbito por causas externas segundo o CID-10 X60-X84-lesões autoprovocadas voluntariamente, separados por sexo, estado civil, cor/raça, escolaridade. Após a coleta de dados os mesmos foram aplicados em forma de Figuras e analisados conforme os resultados revelados. Para avaliar as possíveis causas do suicídio e fundamentar as ações preventivas, a pesquisa também consistiu na seleção de estudos já realizados sobre o assunto na base de dados LILACS, SCIELO, BVS sendo posteriormente avaliados e organizados segundo as informações pertinentes ao tema.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao ser analisada a mortalidade por autolesões provocadas voluntariamente em idosos, observa-se que no período de 10 anos, o estado do Rio grande do Sul tem o maior índice dos estados do sul do Brasil tendo registrado no total 2550 óbitos por suicídio em idosos. No Paraná os óbitos no total foram de 839 e em Santa Catarina 873. No ano de 2003 a taxa de mortalidade no Paraná corresponde a 8,17% por 100.000 habitantes idosos tendo com o decorrer dos anos uma pequena queda na taxa de suicídios depois de 2008 chegando ao ano de 2012 com 7,85 óbitos/100.000 hab idosos. Em Santa Catarina no ano de 2003 essa taxa foi de 15,37/100.000 hab idosos transitando para um aumento da mortalidade registrando 17,90 óbitos/100.00 hab idosos no ano de 2012. O Estado do Rio Grande do Sul registrou 19,17 óbitos/100.000 hab no ano de 2003 com aumento da taxa de mortalidade em 2012 para 22,27% por 100.000 habitantes idosos como mostra o Figura abaixo (Figura 1):

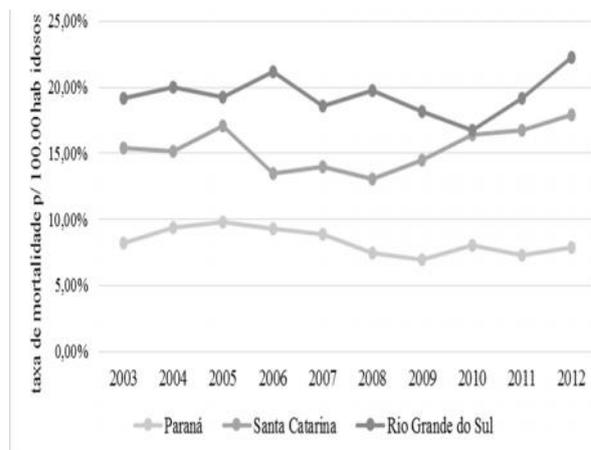


Figura 1. Taxa de Mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em idosos no Sul do Brasil, 2003-2012. **Fonte:** DATASUS

Nos três estados o suicídio entre homens idosos é maior do que entre as mulheres sendo que, no Paraná, os óbitos são de 705 do sexo masculino (82,02%) e 134 do

sexo feminino (15,98%), no total de 839 óbitos. No estado de Santa Catarina foram registrados 715 óbitos do sexo masculino (81,90%) e 158 do sexo feminino (18,10%) no total de 873 óbitos. A análise do estado do Rio Grande do Sul constou óbitos em 2054 idosos do sexo masculino (81,51%) e 466 do sexo feminino no total de 2520 óbitos (Figura 2).

Para grande parte dos idosos que se suicidaram, as questões de honra vêm associadas a perdas de bens, status e prejuízos nos empreendimentos; há casos em que a reputação fora maculada, ou que enfermidades os tornaram impotentes. Para os homens, o fator associado ao suicídio mais relevante é a perda de status que o trabalho ou o emprego confere – criando neles uma sensação de ausência de lugar social que o recolhimento à casa não chega a preencher. (Minayo *et al.*, 2012).

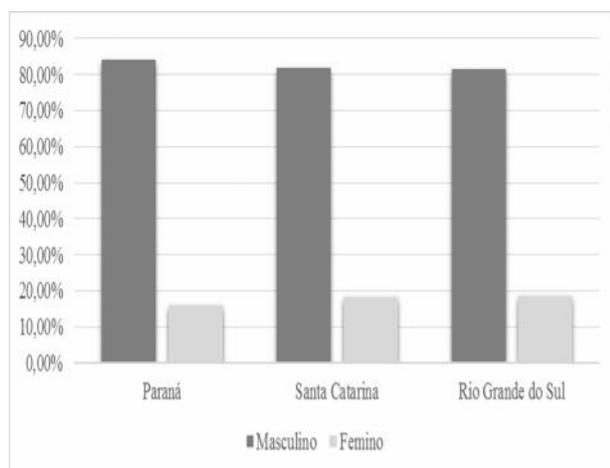


Figura 2 – Taxa de Mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em idosos no sul do Brasil segundo sexo, 2003-2012. **Fonte:** DATASUS

O Suicídio segundo a literatura é mais efetivo no homem. Porém, são as mulheres que tentam mais vezes o suicídio sem êxito. (TOWNSEND, 2002 p 205; MIGUEL; GENTIL; GATAZ, 2011 p 149; KAY; TASMAN, 2002 p 178)

No total de óbitos por suicídio nos idosos analisou-se ainda que destes, a maior parte era casada, representando no Paraná 498 óbitos (59,36%); em Santa Catarina 496 óbitos (56,82%) e no Rio Grande do Sul 1396 (55,40%). Os idosos solteiros que foram a óbito por suicídio representa no Paraná 76 óbitos (9,05%) em Santa Catarina 54 óbitos (6,19%) e no Rio Grande do Sul óbitos 253 (10,04%). Os óbitos em viúvos foram no Paraná 194 óbitos (23,13%) Santa Catarina 188 óbitos (21,54%) e em Rio Grande do Sul 545 óbitos (21,63%). Do total de óbitos por suicídio também foram analisados que no Paraná os óbitos em idosos separados foram 40 óbitos (4,76%), Santa Catarina 61 óbitos (6,98%) e em Rio Grande do Sul 149 óbitos (5,92%).

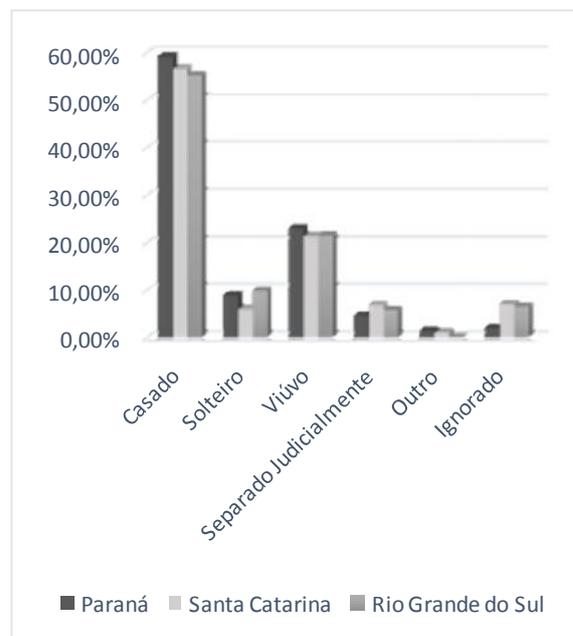


Figura 3. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em idosos no sul do Brasil segundo estado civil, 2003-2012. **Fonte:** DATASUS

A literatura relata que as pessoas divorciadas, separadas, solteiras e viúvas possuem maior frequência de suicídio do que as pessoas casadas (TOWNSEAD, 2002 p 207; GELDER; MAYOU, COWEN, 2006 p 391; KAY, TASMAN, 2002 p 178)

No Paraná o perfil dessa mortalidade segundo escolaridade apresenta maior percentual nos idosos com poucos anos de estudo sendo 112 (13,35%) óbitos em idosos que não possuíam nenhuma escolaridade; 326 óbitos (38,85%) em idosos com escolaridade de 1 a 3 anos; com escolaridade de 4 a 7 anos são 210 óbitos (25,03%); 64 óbitos (7,63%) com estudo de 8 a 11 anos; com 12 anos ou mais de estudo são 60 óbitos (7,16%) e os óbitos com escolaridade ignorada foram 67 (7,98%).

Em Santa Catarina a mortalidade por suicídio segundo escolaridade representa 38 óbitos (4,35%) em idosos que não possuíam nenhuma escolaridade; 213 óbitos (24,39%) com estudo de 1 a 3 anos; com escolaridade de 4 a 7 anos são 229 óbitos (26,24%); com 8 a 11 anos de estudo são 44 óbitos (5,05%); de 12 anos ou mais de estudo são 25 óbitos (2,86%) e os óbitos com escolaridade ignorada foram 324 (37,11%). O estado do Rio Grande do Sul corresponde por suicídio a 143 óbitos (5,67%) em idosos que não possuíam nenhuma escolaridade; 492 óbitos (19,53%) em idosos com escolaridade de 1 a 3 anos; de 4 a 7 anos de estudo são 429 óbitos (17,03%); com escolaridade de 8 a 11 anos são 126 óbitos (5%); 47 óbitos (1,86%) em idosos com 12 anos ou mais de estudo e os óbitos com escolaridade ignorada foram 1283 (50,91%) como mostra a Figura 4.

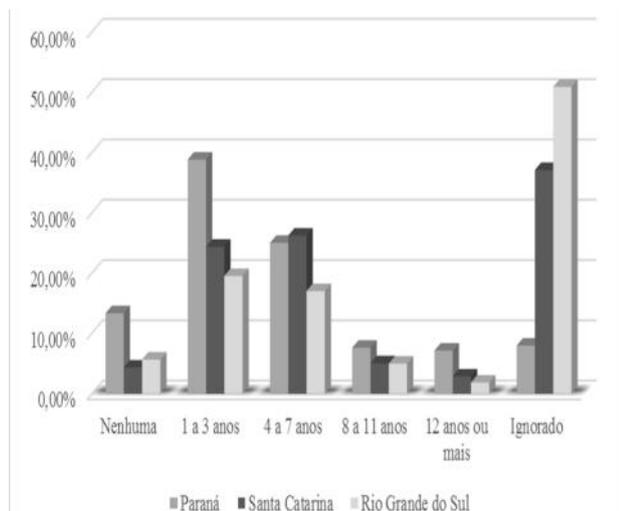


Figura 4. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em idosos no sul do Brasil segundo escolaridade, 2003-2012. **Fonte:** DATASUS

O suicídio segundo raça/cor nos três estados é mais frequente nos idosos de cor branca, representando no Paraná 752 óbitos (89,63%) em Santa Catarina 801 óbitos (91,75%) e no Rio Grande do Sul 2376 óbitos (94,28%). Os óbitos em idosos por suicídio de cor preta foi registrado no Paraná 13 óbitos (1,55%), Santa Catarina 8 óbitos (0,92%) e Rio Grande do Sul 51 óbitos (2,02%).

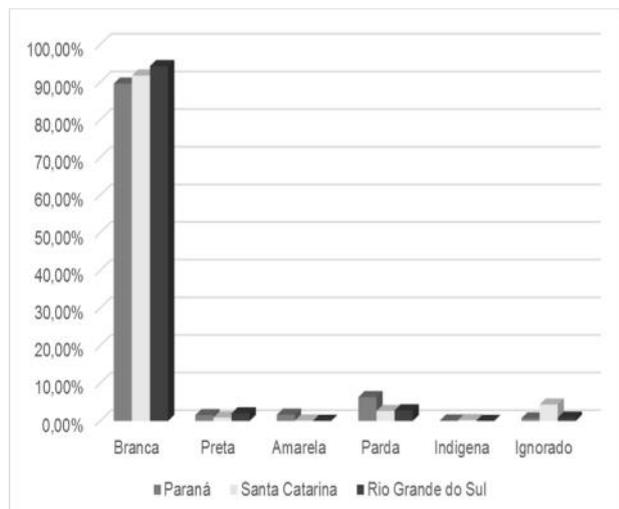


Figura 5. Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas voluntariamente em idosos no sul do Brasil segundo raça/cor, 2003-2012. **Fonte:** DATASUS

A literatura aponta que o suicídio com relação a etnia possui maior risco em homens brancos (ELIOPOULOS, 2005 p 424; TOWNSEND, 2002 p 206; KAY, TASMAR, 2002 p 178).

Outros fatores de risco

Há forte associação de suicídio com a presença de sintomas depressivos nos idosos, e particularmente os

dados que mostram uma tendência para o aumento do suicídio entre os idosos, reforçam a necessidade para a detecção e tratamento da depressão nesta fase da vida. (LIVTOC; BRITO, 2004 p 182)

Freitas *et al.* (2012 p. 25) relataram que a Organização mundial de Saúde (OMS) estima que aproximadamente 1 em cada 10 idosos sofre de depressão.

Três aspectos da personalidade que estão mais intimamente associados ao risco aumentado de suicídio são a hospitalidade, a impulsividade e a depressão. Outros fatores predisponentes que contribuem para a compreensão do comportamento autodestrutivo são os Diagnósticos Psiquiátricos. Mais de 90% dos adultos que se suicidam apresentam uma doença psiquiátrica associada. Três distúrbios psiquiátricos que colocam os indivíduos em risco particular de suicídio são: distúrbios do humor, o abuso de substâncias químicas e a esquizofrenia. (STUART; LARAIA, 2002 p. 210). Para Werlang e Botega (2004 p 39) a presença de um transtorno mental é um dos mais importantes fatores de risco para o suicídio.

Também Livtoc e Brito (2004 p 182) descrevem que, além dos sintomas depressivos, outros fatores de risco ou desencadeantes para o suicídio nos idosos são uso de substâncias químicas, particularmente o álcool, presença de doença física crônica, particularmente dor crônica e doença neurológicas, perda de familiares, isolamento e solidão, alta hospitalar ou medo de hospitalização ou institucionalização.

A identificação dos fatores de risco é de fundamental importância para auxiliar o profissional no diagnóstico de situações que impliquem risco eminente de suicídio (MIGUEL; GENTIL; GATAZ, 2011 p 150).

Planos de Prevenção

Para Campos *et al.* (2012 p 630) se há algo a ser prevenido é a internação psiquiátrica, o suicídio, homicídio e a violência familiar e comunitária.

Os sociólogos afirmam que 80% daqueles que põe fim a própria vida dão sinais da sua intenção semanas ou meses antes de cometerem o suicídio. Essa intenção pode ser identificada em frases como: "Já perdi o gosto pela vida; para mim, morrer seria alívio". "Não vou suportar esta vida chata por muito mais tempo". "A qualquer hora ponho um ponto final nesta vida miserável". (ALMEIDA, 1990 p.36)

O melhor lugar para tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados e pessoas que sofrem de angustia profunda e intensas ansiedades é o bairro, a família e a comunidade como também as unidades de saúde existentes nos territórios onde essas pessoas moram. (CAMPOS *et al.*, 2012, p 615)

Em final de 2005, o Ministério da Saúde organizou um grupo de trabalho com a finalidade de elaborar um Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, com representantes do governo, de entidades da sociedade civil e

das universidades (BRASIL 2006). Em 14 de agosto de 2006 foi publicada a Portaria MS-nº1876/08 de 2006 com as diretrizes que deverão orientar tal plano. Dentre os principais objetivos a serem alcançados destacam-se:

1) desenvolver estratégias de promoção de qualidade de vida e de prevenção de danos;

2) informar e sensibilizar a sociedade de que o suicídio é um problema de saúde pública que pode ser prevenido;

3) fomentar e executar projetos estratégicos fundamentados em estudos de eficácia e qualidade, bem como em processos de organização da rede de atenção e intervenções nos casos de tentativas de suicídio;

4) promover a educação permanente dos profissionais de saúde da atenção básica, inclusive do Programa Saúde da Família, dos serviços de saúde mental, das unidades de urgência e emergência, de acordo com os princípios da integralidade e da humanização.

O suicídio e sua relação com a assistência de enfermagem

Farah e Sá (2008, p 104) expõem que ao enfermeiro cabe o discernimento em identificar situações comportamentais indicadoras de doenças neurológicas, como demência, quadros sinalizadores de depressão, risco de suicídio ou mesmo de sua exposição a situações de maus-tratos. Diferenciar aspectos comportamentais de processo adaptativo ao envelhecimento de um processo de senilidade, torna valiosa acurada a avaliação do enfermeiro.

Quando se fala em apoio emocional ao idoso, muitas vezes, torna-se vago o modo como é direcionada essa proposta ou plano assistencial de enfermagem. Esse apoio pode representar desde ações simples, como ajudá-lo e encorajá-lo a caminhar, a mudar de posição, a subir de degrau de escada, a alimentar-se, até um apoio espiritual, com palavras de carinho, de afeto, favorecendo um encontro com sua comunidade religiosa, ou mesmo uma leitura, ou uma presença silenciosa. (FARAH; SA, 2008 p 105)

Eliopoulos *et al.* (2005 p 362) descreve que todas as ameaças de suicídio devem ser levadas a sério. Além de reconhecer as tentativas óbvias de suicídio, as enfermeiras têm de aprender a reconhecer aqueles que são mais sutis, mas igualmente destrutivos. As enfermeiras devem acompanhar com disposição, ouvir e discutir os pensamentos e sentimentos suicidas. Tornando-os capazes de expressar os seus pensamentos suicidas para a equipe de enfermagem, pode-se impedir que os pacientes ajam com essa finalidade.

4. CONCLUSÃO

Pesquisas epidemiológicas, podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde e de assistência aos idosos, para subsidiarem a implantação do Plano Nacional de

Prevenção do Suicídio, pois fornecem informações importantes para nortear as ações propostas na Portaria do Ministério da Saúde.

A análise dos dados por regiões do país e também por estados, demonstra com maior clareza os grupos mais afetados aonde justificam serem aplicadas, dentro dos programas de atenção à saúde dos idosos, as estratégias do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio como protocolo local.

A literatura demonstra que o risco de suicídio é maior em pessoas solteiras, divorciadas, viúvas e separadas; porém não condiz com a realidade encontrada na população idosa do Sul do Brasil, pois o índice de suicídio em pessoas casadas é significativamente maior.

As estatísticas de suicídio realizadas servem para dizer de forma clara o quanto esse problema futuramente pode ser agravado caso não seja dada a devida importância na execução do plano nacional de prevenção de suicídio.

Tais informações também chamam a atenção dos profissionais envolvidos com a atenção aos idosos que, para o enfrentamento do problema de forma mais específica e satisfatória, devem aprofundar as pesquisas sobre quais os fatores indutores do suicídio nas regiões mais afetadas. Somente à luz de informações precisas e realistas, serão possíveis ações de sucesso na prevenção do suicídio em idosos.

De acordo com a literatura o suicídio é prevenível, mas apenas se torna possível com o envolvimento dos profissionais de Saúde para reconhecer as causas, realizar as intervenções e consequentemente evitar o suicídio. Para tanto, é preciso romper os tabus e os preconceitos existentes na temática suicídio em idosos.

Portanto, sugere-se que sejam realizados estudos, por estado da região sul, para que estes dados encontrados subsidiem novas ações a serem propostas para o sucesso do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio entre os idosos.

REFERÊNCIAS

- [1] ALMEIDA, A. Suicídio: pra que viver?. ed. Florida: Vida, 1990.
- [2] Associação Brasileira de Psiquiatria. Comportamento suicida: conhecer para prevenir [manual dirigido para profissionais de imprensa]. São Paulo: ABP; 2009.
- [3] BOTEGA, N.J. Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. Rev Bras Psiquiatria, v.29, n.1, p.7-8, 2007.
- [4] Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007
- [5] Brasil. Ministério da Saúde (2006). Diretrizes brasileiras para um plano nacional de prevenção do suicídio. Portaria nº 1.876 de 14 de agosto de 2006.

- [6] CAMPOS, G.W,S *et al.*. Tratado de Saúde Coletiva. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 2012.
- [7] CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Suicídio e os desafios para a psicologia. Brasília : CFP, 2013
- [8] ELIOPOULOS, C. Enfermagem Gerontológica. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- [9] FARAH, O.G.D.; SÁ, A.C. Psicologia aplicada a enfermagem. São Paulo: Manole, 2008.
- [10] FIGUEIREDO, N. M. A.; Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. 2.ed. São Caetano do Sul : Yendis , 2012
- [11] FREITAS, E,V *et al.*. Manual Prático de Geriatria. 1. Ed. Rio de Janeiro: A.C. Farmacêutica, 2012.
- [12] GELDER, M.; MAYOU, R.; COWEN, P. Tratado de Psiquiatria. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- [13] KAY, J.; TASMAN, A. Psiquiatria: Ciência Comportamental e Fundamentos Clínicos . São Paulo: Manole, 2002.
- [14] LITVOC, J.; BRITO, F.C. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004
- [15] LOVISI, G.M. *et al.*. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006 . Rev Bras Psiquiatria, v.31, Sup III, p.586-94, 2009.
- [16] MENEGUEL, S.N. *et al.*. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul . Rev Saúde Pública, v.38, n.6, p.804-10, 2004.
- [17] MIGUEL, E.C; GENTIL, V.; GATTAZ, W.F. Clínica Psiquiátrica. Vol 1 São Paulo: Manole, 2011.
- [18] MINAYO, M.C.S *et al.*. Suicídio de homens idosos no Brasil. Rev Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.10, p.2665-74, 2012.
- [19] MINAYO, M.C.S *et al.*. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura . Rev Saúde Pública, v.44, n.4, p.750-7, 2010.
- [20] PINTO, L.W *et al.*. Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007. Rev Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.8, p.2003-09, 2012.
- [21] RIOS, M.A *et al.*. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. J Bras Psiquiatr, v.62, n.2, p.131-8, 2013.
- [22] STUART, G.W.; LARAIA, M.T. Enfermagem Psiquiátrica. 4.ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002
- [23] TOWNSEND, M.C. Enfermagem Psiquiátrica: Conceitos e Cuidados. 3. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2002.
- [24] VIANA, G.N *et al.*. Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. J Bras Psiquiatr, v.57, n.1, p.38-43, 2008.
- [25] WERLANG, B.G.; BOTEGA, N.J. Comportamento Suicida. PORTO ALEGRE: Ed. Artmed, 2004.