

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**SUICÍDIO ENTRE IDOSOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO-
BRASIL (2006-2019)**

MARIA BENEDITA BARBOSA REIS

VILA VELHA-ES
AGOSTO, 2022

UNIVERSIDADE VILA VELHA-ES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**SUICÍDIO ENTRE IDOSOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO-
BRASIL (2006-2019)**

Dissertação apresentada à Universidade Vila Velha, como pré-requisito do Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, para a obtenção grau de Mestra em Ciências Farmacêuticas.

MARIA BENEDITA BARBOSA REIS

VILA VELHA-ES
AGOSTO, 2022

Catálogo na publicação elaborada pela Biblioteca Central / UVV-ES

R375s

Reis, Maria Benedita Barbosa.

Suicídio entre idosos no estado do Espírito Santo - Brasil
(2006-2019) / Maria Benedita Barbosa Reis – 2022.
61 f. : il.

Orientador: Dominik Lenz.

Dissertação (mestrado em Ciências Farmacêuticas)
Universidade Vila Velha, 2022.
Inclui bibliografias.

1. Farmacologia e terapêutica. 2. Suicídio - Mortalidade.
3. Idosos. I. Lenz, Dominik. II. Universidade Vila Velha.
III. Título.

CDD 615

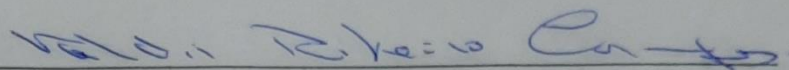
MARIA BENEDITA BARBOSA REIS

SUICÍDIO ENTRE IDOSOS NO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO (2006-2019)

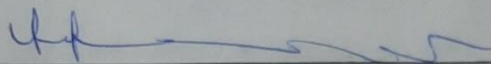
Dissertação apresentada à Universidade
Vila Velha, como pré-requisito do
Programa de Pós-graduação em Ciências
Farmacêuticas, para a obtenção grau de
Mestre (a) em Ciências Farmacêuticas

Aprovada em 29 de agosto de 2022

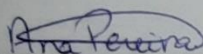
Banca Examinadora:



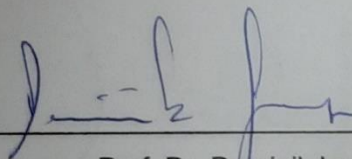
Prof. Dr. Valdir Ribeiro Campos (UFES)



Prof. Dr. Antonio Carlos Avanza Junior (UVV)



Profª. Dra. Ana Claudia Hertel Pereira (UVV)



Prof. Dr. Dominik Lenz (UVV)

Orientador

Dedico este trabalho aos meus pais (in memoriam), que sempre me incentivaram a estudar e seguir os meus sonhos e às pessoas que, por diversos motivos e razões, não encontraram outras formas para aplacar seus tormentos, optando pela partida.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus pela vida, pela saúde, por minhas escolhas e por me fazer entender e aceitar minha incompletude, me colocando em um lugar de “eterna aprendiz”.

Agradeço ao Prof. Dr. Dominik Lenz, meu orientador, pelos seus ensinamentos e contribuições para desenvolvimento deste trabalho, pela sua paciência, determinação, dedicação e orientação.

Agradeço aos meus irmãos e irmãs, pela convivência familiar harmoniosa, principalmente nos períodos difíceis, e ao meu companheiro Antonio, pela compreensão, pela privação dos meus cuidados e do meu tempo, pelo café, pela atenção e carinho.

Agradeço aos professores das diversas disciplinas que cursei, os quais tanto esforço fizeram para enfrentarmos juntos algo nunca vivido, que foi a pandemia Covid-19. Após dois meses do início do curso, as aulas não eram mais presenciais e foi nítido o esforço empreendido para manter o ânimo da turma e a qualidade do ensino.

Agradeço aos professores doutores Bianca Campagnaro e Elisardo C. Vasquez, que participaram da banca de qualificação, pelas preciosas observações, na ocasião, bem como aos professores Valdir Ribeiro Campos, Antonio Carlos Avanza Junior e Ana Claudia Hertel Pereira, por terem aceitado participar da banca de defesa do Mestrado, muito me honrando.

E agradeço em especial ao Prof. Dr. Elisardo Corral Vasquez, pelo privilégio de ter sido sua aluna, por seu exemplo, sua vivacidade e inteligência, sua dedicação e sua capacidade de superação e de se reinventar. Obrigada, professor Vasquez!

Agradeço às amigas Angela, Dora, Lília, Marcia, Rita e Sylvia, que tanto me ajudaram, me escutando. Agradeço a Wendel Coura Vital (UFOP) pelas boas dicas, bem como a Simone Barni que me apresentou plataforma DATASUS e o sistema SIM, me possibilitando usar as ferramentas de coleta de dados. E, por último, um agradecimento especial a Rosidete P. de Bastos (a Rosi), que me ajudou na organização dos dados coletados.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1. O SUICÍDIO NO MUNDO E NO BRASIL	04
1.2. O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA.....	05
2. OBJETIVOS	13
2.1. OBJETIVO GERAL	13
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3. CASUÍSTICA E METODOLOGIA.....	14
3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E EXCLUSÃO.....	15
3.2. LIMITAÇÕES	15
4. RESULTADOS.....	17
4.1. SUICÍDIO ENTRE IDOSOS POR REGIÕES BRASILEIRAS, ENTRE 2006 E 2019	25
5. DISCUSSÃO.....	28
6. CONCLUSÃO.....	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	33
ANEXOS	49

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01.** Taxa de suicídio corrigida para a idade, por 100.000 habitantes, para ambos os sexos (WHO, 2019) 4
- Figura 02.** Pirâmides etárias da população brasileira baseadas nos últimos censos e com estimativas em diferentes anos. A- censo de 1955; B- censo de 1965; C- censo de 1975; D- censo de 2000; E- censo de 2010; F- estimativa de 2022; G- estimativa de 2030; H- estimativa de 2035; I- estimativa de 2050; J- estimativa de 2060 Fonte: IBGE, 2018. 9 a 11
- Figura 03.** Taxa de suicídios entre idosos, distribuídos por sexo, ao longo de 2006 a 2019, no ES18
- Figura 04.** Proporção de suicídios em idosos distribuídos por intervalo de idade entre 60-69 anos, 70 a 79 e 80 anos ou mais, ao longo de 2006 a 2019, no ES19
- Figura 05.** Série histórica da taxa suicídios por cada 100 mil habitantes, na população de idosos, no ES, por intervalo de idade distribuídos entre 60-69 anos, 70 a 79 e 80 anos ou mais, ao longo de 2006 a 201919
- Figura 06.** Proporção de suicídios entre idosos distribuídos por raça/cor, no ES, ao longo de 2006 a 2019 20
- Figura 07.** Proporção de suicídios entre idosos distribuídos por estado civil, no ES, ao longo de 2006 a 2019 21
- Figura 08.** Grau de escolaridade dos idosos que morreram por suicídio no ES, ao longo de 2006 a 2019.....22
- Figura 09.** Principais métodos (categorias CID-10) utilizados por idosos na prática de suicídio, no ES, entre 2006 e 2019 24
- Figura 10.** Distribuição da população brasileira, em porcentagem, pelas 5 regiões, segundo o censo de 2010 25
- Figura 11.** Proporção de suicídios entre idosos nas 5 regiões brasileiras ao longo de 2006 a 2019 26
- Figura 12.** Média de suicídios entre homens e mulheres idosos, por categoria CID-10 no Brasil, ao longo de 2006 a 2019. *Teste *t student* $p < 0,05$ 27
- Figura 13.** Suicídios entre homens e mulheres idosos, por categoria CID-10 no ES, ao longo de 2006 a 2019 27

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Lista das categorias CID-10 causa de morte por suicídio	16
Tabela 02. Suicídios em idosos no Estado do Espírito Santo (2006-2019): categorias CID-10 e dados demográficos. M=masculino; F=feminino	23
Tabela 03. Número de suicídios em idosos, por categorias CID mais prevalentes, nas regiões brasileiras, entre 2006 e 2019	26
Tabela 04. Proporção de suicídios de idosos no ES e no Brasil (2006-2019)	50
Tabela 05. Proporção de suicídios de idosos no ES e no Brasil (2006-2019)	50

LISTA DAS ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária à Saúde

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CID – Classificação Internacional das Doenças

CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DOU – Diário Oficial da União

ES – Espírito Santo

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MIS – Mortality Information System

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

SIM – Sistema de Informação de Mortalidade

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

TABNET – Ferramenta para tabulação de dados, no âmbito do SUS.

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UVV – Universidade Vila Velha

WHO – World Health Organization

RESUMO

REIS, Maria Benedita Barbosa, M.Sc., **Suicídio entre idosos no Estado do Espírito Santo (2006-2019)**, Universidade Vila Velha – ES, agosto de 2022. Orientador: Dominik Lenz.

OBJETIVO: realizar uma análise epidemiológica da mortalidade por suicídio entre idosos no estado do Espírito Santo, Brasil, de 2006 a 2019.

MÉTODOS: foram analisadas mortes por suicídio entre idosos usando dados do Sistema de Informação de Mortalidades (SIM/DATASUS), de 2006 a 2019, com análise de tendências nesse período.

RESULTADOS: No período estudado, foram registradas no SIM/DATASUS 344 mortes por suicídio, de pessoas com 60 anos ou mais, no estado do Espírito Santo. Observou-se um aumento na taxa de mortalidade por suicídio em idosos, no período estudado. A maioria das mortes foi entre homens, sendo que o principal método escolhido foi o enforcamento e a maioria das vítimas tinham menos de 70 anos.

CONCLUSÕES: A mortalidade por suicídio entre idosos tende a aumentar no Brasil e no Estado do Espírito Santo e é imperativo criar políticas públicas específicas de prevenção e proteção para essa população tão vulnerável.

Palavras-chave: suicídio; idosos; mortalidade por suicídio; suicídio no Espírito Santo, Brasil.

ABSTRACT

REIS, Maria Benedita Barbosa. M.Sc., **Suicide among elderly people in the state of Espírito Santo (2006-2019)**, Universidade Vila Velha – ES, august, 2022. Advisor: Dominik Lenz.

OBJECTIVE: to perform an epidemiological analysis of suicide mortality in the elderly in Espírito Santo State / Brazil, from 2006 to 2019.

METHODS: deaths from suicide among the elderly were analyzed using data from the Mortality Information System (MIS) (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE MORTALIDADE SIM/DATASUS) and socio-demographic variables, from 2006 to 2019, with a trend analysis of this period.

RESULTS: 344 deaths by suicide among people who were 60 or more years old were recorded at SIM/DATASUS, from 2006 to 2019 at Espírito Santo State, Brazil, in that period of time and there was an elevation in the suicide mortality rate among elderlies in that period of time. Most of victims were men and they were less than 70 years old, and the main method used was hanging.

CONCLUSIONS: Conclusions: mortality due to suicide among the elderly has a tendency to increase in Brazil and at Espírito Santo State, and it is imperative to create protective public politics for prevention such vulnerable population.

Key words: suicide; elderly; suicide mortality; suicide in Brazil; suicide in Espírito Santo.

1 – INTRODUÇÃO

O termo suicídio é difícil de ser definido em função de sua multicausalidade e das diversas correntes teóricas envolvidas em seu estudo, como a medicina, a psicologia, a sociologia, a religião, a economia, a política, entre tantas outras. Optou-se, neste trabalho, por seguir BERTOLETE (2012) e adotar a conceituação da Organização Mundial de Saúde / *World Health Organization* (OMS/WHO), que definiu suicídio como *o ato deliberado, intencional, de causar a morte a si mesmo, em que a pessoa tem uma forte expectativa que tal ato pode lhe causar a morte, e cujo desfecho fatal é esperado* (WHO, 1998, apud BERTOLETE, 2012).

Por ser consequência de diversas formas de sofrimento de quem cometeu o ato, o suicídio traz dor e interrogações aos que ficam, quer sejam familiares, amigos, colegas de trabalho ou estudo e profissionais de saúde, os quais costumam se perguntar o que poderiam ter feito, e não fizeram, para evitar tais mortes. Cada vida perdida significa uma tragédia para familiares, amigos e cuidadores, sendo imperativo o envolvimento dos diversos segmentos da sociedade na prevenção do suicídio.

O suicídio é um tema que chama a atenção em função dos números elevados de morte e merece mais atenção e mais esforços para a sua diminuição e prevenção. Por ano, 700.000 a 800.000 pessoas morrem por suicídio, em todo o mundo (WHO, 2017; WHO, 2021), o que corresponde a 1,5% do total de mortes (NAGHAVI, 2019).

A OMS, no trabalho pela redução da mortalidade por suicídio em todo o mundo, estabeleceu como meta a redução do número global de suicídios em um terço, no período compreendido entre 2013 e 2030 (WHO, 2013). Essa preocupação se faz necessária pelo fato de que o suicídio, embora mais prevalente em países em desenvolvimento e no sexo masculino, ocorre em todas as idades, gêneros, classes sociais e culturas. Não pode ser ignorado, pois se tornou um problema de saúde pública, devendo ser encarado por gestores e por cada um de nós, uma vez que é uma das principais causas de morte no mundo, ultrapassando o número de mortes por síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS), malária, câncer de mama, guerras e homicídios, segundo documento publicado recentemente pela OMS (WHO 2021). Esse documento serve como um guia sobre prevenção que visa a análise da situação, a colaboração entre os diversos setores, o financiamento para tais medidas, a construção de capacidades, monitoramento e a avaliação de cada situação, que tem

como objetivos limitar o acesso aos meios de suicídio, orientar a mídia em relação à comunicação responsável, além de identificar e acolher precocemente pessoas que apresentem comportamento suicida. Contudo, dados mais recentes mostraram que a taxa global de suicídios apresentou pequena redução, no período de 2018 a 2019 (STONE, *et al*, 2021).

Do ponto de vista fenomenológico, BERTOLETE (2012) defende que o suicídio é um processo que costuma se iniciar com pensamentos vagos sobre a morrer (ideação suicida), os quais podem evoluir para um planejamento mais consistente (plano suicida), chegando em um ato suicida, o qual pode ser fatal (suicídio consumado) ou não (tentativa de suicídio). Dessa forma, por ser um complexo problema de saúde pública, de abrangência global, estudar o suicídio é pensar em um espectro, chamado de comportamento suicida, que vai de pensamentos de morte pouco estruturados até a consumação do irreversível ato de matar a si mesmo. E esse comportamento suicida apresenta diferenças entre os gêneros, idades, regiões geográficas, diferenças culturais, familiares, conjugais, sociopolíticas, financeiras e até religiosas.

Muitos fatores devem ser considerados para se avaliar o comportamento suicida, sendo que alguns deles podem ser apontados como gatilhos em cada caso específico de maneira individualizada ligada a experiência de cada ser. O comportamento suicida pode estar relacionado à propensão individual, que por sua vez, pode se relacionar a condições genéticas ou alguns transtornos psiquiátricos específicos (principalmente o transtorno afetivo bipolar, a esquizofrenia e o uso abusivo de álcool e outras substâncias), bem como a situações socioculturais (poucos anos de estudo, dificuldade para conseguir trabalho, migração, guerras, etc), traços de personalidade, experiências de vida (perda de um cônjuge ou de um filho, aposentadoria não planejada, violência doméstica, violência sexual recente ou antiga), entre outros. (BOTEGA, 2014; BOTEGA, 2015; TURECKI & BRENT, 2015; BALDAÇARA *et al*, 2022). Embora na maioria das vezes planejado, o suicídio e sua tentativa podem ser fruto de um ato impulsivo, conforme informam muitas pessoas que tentam o ato suicida (SZÜCS *et al*, 2018; BEACH *et al*, 2021).

Ainda se trabalha, em relação ao comportamento suicida, com a análise de fatores de risco não biológicos, os quais têm capacidade preditiva limitada, uma vez que até o presente não foram identificados fatores de risco biológico plenamente

confiáveis. Estudos em andamento parecem promissores, porém não se pode esquecer que são diversas as causas do suicídio, o que tira em parte a força dos possíveis marcadores biológicos (ERLANGSEN, *et al*, 2015; BANI-FATEMI, *et al.*, 2018; RYU, *et al*, 2018; SCHMAAL, *et al.*, 2020; LIN, *et al*, 2021; MACHADO, *et al*, 2021). Entretanto, publicações recentes questionam a eficácia dos métodos de previsão do suicídio e alertam para o risco de estigmatização (BELSHER, *et al*, 2019; DE LA GARZA *et al*, 2020; PASSOS, I.C., 2021).

O suicídio é tão impactante para a humanidade que o homem vem, há séculos, buscando formas de lidar com a angústia provocada pelo mesmo, há séculos, por meio de diversas expressões artísticas, como a literatura, as artes plásticas, a música e, mais recentemente, o cinema, entre outras. Autores importantes já retratavam o suicídio nas suas obras, desde o inglês Shakespeare (1567-1616), com as obras clássicas *Romeu e Julieta*, *Hamlet* e *Otelo*, ao alemão Goethe (1749-1832), com *O Sofrimento do Jovem Werther*, passando por Émile Durkheim (1858-1917), com a obra-mãe da suicidologia *O suicídio*, chegando aos modernos e contemporâneos Carlos Drumond de Andrade (1902-1987), com o poema *Homenagem*, Albert Camus (1913-1960), com a obra *O Mito de Sísifo* e Sylvia Plath (1932-1963), com a obra *A Redoma de Vidro*. A música também foi escolhida por centenas de autores e destacam-se as internacionais *Gloomy Sunday* (Rezso Seress, 1933), *Everybody Hurts* (R.E.M., 1992), *This song saved my life* (Simple Plan, 2011) e as brasileiras *Pais e filhos* (Legião Urbana, 1989), *Essa noite, não* (Lobão, 1989) e *Bilhetes* (Tiago Iorc, 2019), que abordam de forma aberta o suicídio, enquanto o cinema traz o tema com a transparência que a sétima arte permite. Entre os filmes que abordam o suicídio é possível citar *Sunset Boulevard* (EUA, 1950), *Ensina-me a viver* (EUA, 1971), *A Balada de Narayama* (Japão, 1983), *A ponte* (EUA, 2006), *Rugas* (Espanha, 2011), *A loja do suicídio* (França, 2012), *Amor* (França, 2012), e os brasileiros *Elena* (2012), *Getúlio* (2014) e *Por que você não chora?* (2021), entre outros (CARNEIRO, 2013; SCALCO, *et al*, 2016; ANDRÉ, 2018; GATTI, 2020; MENEGUEL & MINAYO, 2021).

1.1. O SUICÍDIO NO MUNDO E NO BRASIL

Em 2016 a OMS calculou uma taxa mundial de suicídio de 10,6 suicídios por cada 100.000 habitantes, para ambos os sexos, concluindo que 80% dos suicídios aconteceram em países pouco desenvolvidos ou em desenvolvimento (WHO, 2018). Em todos os países, as taxas de suicídio variam com o sexo e a idade, sendo as maiores taxas registradas entre os idosos e entre os homens (LOVISI, *et al.*, 2009; CONWELL, *et al.*, 2011; WHO, 2013; WHO, 2014; TURECKI & BRENT, 2016; WHO, 2017; BALDASSARINI, 2020; FAZEL & RUNESON, 2020; ZARTALOUDI, 2021; WHO, 2021a; WHO, 2021b; BALDAÇARA, *et al.*, 2022). A OMS calculou, em 2016, uma taxa de mortes por suicídio de 15,6 homens por 100.000 habitantes, enquanto para mulheres foi de 7,0 para cada 100.000 habitantes, ou seja, mais que o dobro ocorreu entre os homens (WHO, 2017; WHO, 2018). Em 2019, a OMS atualizou o mapa do suicídio no mundo, conforme demonstrado na figura 1 (WHO, 2019).

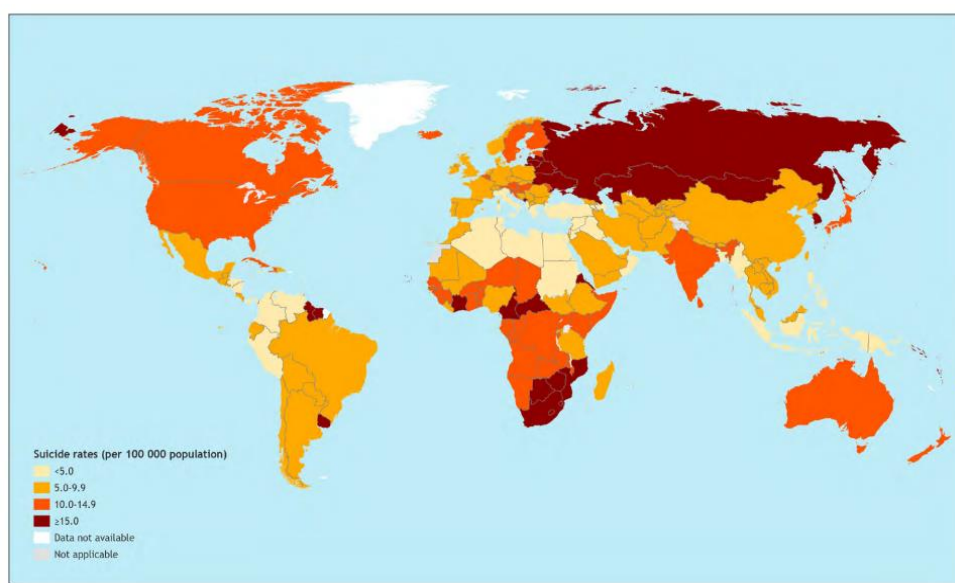


Figura 01. Taxa de suicídio corrigida para a idade, por 100.000 habitantes, para ambos os sexos (WHO, 2019).

Em todo o mundo, o suicídio mostra-se mais prevalente entre homens, pessoas sozinhas, pessoas com transtornos mentais e, também tem sido associado ao desemprego e à pobreza. Na maior parte do mundo, os métodos mais comumente empregados para o suicídio são o enforcamento, o uso de armas de fogo e o envenenamento (BACHMANN, 2018).

Embora o Brasil apresente taxas consideradas baixas para o suicídio, quando comparadas com outros países, os números ainda são altos e deve-se considerar as possibilidades da existência de subnotificações, por dificuldade diagnóstica, falta de treinamento, não valorização da vigilância epidemiológica e, ainda, por preconceito em assumir o ato de suicídio como causa morte por parte dos familiares. O problema da subnotificação é um complicador para as ações de prevenção ao suicídio e está presente em quase todo o mundo (RIOS, *et al.*, 2013; CALIXTO FILHO & ZERBINI, 2016). O comportamento suicida passou a ser de notificação compulsória no Brasil, conforme a Lei Nº 13.819, de 26 de abril de 2019 (BRASIL, 2019) e, infelizmente, as subnotificações ainda prejudicam as ações efetivas do poder público, principalmente no que tange à prevenção.

Conforme recente publicação de BALDAÇARA e colaboradores (2022), analisando dados do Ministério da Saúde (MS, 2021), no período compreendido entre 2010 e 2019, ocorreram 112.230 mortes por suicídio no Brasil, observando-se um incremento significativo, uma vez que a taxa de óbito por suicídio aumentou de 4,82 por 100.000 habitantes em 2010, para 6,9 em 2019, o que correspondeu a um aumento de 43% no número anual. Em números absolutos, segundo o MS, esse número passou de 9.454 óbitos no ano de 2010 para 13.523 em 2019 (BRASIL, 2021), ou 6,4 por 100,000, conforme a OMS (WHO, 2021).

1.2. O SUICÍDIO NA POPULAÇÃO IDOSA

Levantamentos bibliográficos e apontam para uma alta prevalência de suicídio entre idosos, em todo o mundo, em ambos os sexos, porém com significativo predomínio na população masculina e acima de 70 anos, o que tem sido parcialmente confirmado por algumas pesquisas brasileiras. (LOVISI, *et al.*, 2009; ALMEIDA, *et al.*, 2012; CHO, *et al.*, 2013; CIULLA, *et al.*, 2014; CONWELL, 2014; DRAPER, 2014; VAN ORDEN & CONWELL, 2016; AHMEDANI *et al.*, 2017; DE LEO, 2017; KOO, *et al.*, 2017; LEE, *et al.*, 2017; CHEUNG *et al.*, 2018; CONEJERO *et al.*, 2018a; CONEJERO *et al.*, 2018b; CRESTANI, *et al.*, 2019; DE LEO, 2019; DE LEO *et al.*, 2019; NAGHAVI, 2019; BALDASSARINI, 2020; COSTANZA, *et al.*, 2020; DEUTER, *et al.*, 2020; TAVARES, *et al.*, 2020; CUI & A,Y, 2020; CONWELL & LUTZ, 2021; COSTANZA, *et al.*, 2021; FULLEN, *et al.*, 2021; HE, *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2021; SIMMONS, *et al.*, 2021; STONE, *et al.*, 2021; ZARTALOUDI, 2021).

O suicídio sofre interferência de diversos fatores de risco e de proteção, equilibrando-se em uma tênue linha entre ambos. É a familiaridade com esse emaranhado de fatores de risco e proteção que permite prever parcialmente o suicídio no dia a dia da clínica, reconhecer as nuances desses fatores para a detecção de pessoas com risco alto para o suicídio, providenciando condutas de apoio imediato (TURECKI & BRENT, 2016; BOTEGA, 2015; BALDASSARINI, 2020). Por isso, em 2014, a OMS considerou ser a prevenção do suicídio um imperativo global (WHO, 2014), o que contrasta com o fato de que o suicídio era considerado um assunto tabu até recentemente.

Recentemente, a OMS publicou um guia sobre medidas de prevenção ao suicídio, cujos pilares centrais visam a análise da situação, a colaboração multisetorial, o financiamento, a construção de capacidades, a construção de conhecimento, a vigilância, monitoramento e avaliação de cada situação, visando limitar o acesso aos meios de suicídio, orientar a mídia em relação à comunicação responsável sobre o ocorrido, além de identificar e acolher precocemente pessoas que apresentem comportamento suicida (WHO, 2021).

A população mundial vem envelhecendo em todos os países. Fenômeno iniciado na Europa, espalhando-se por todo o mundo e muitas situações se repetem, apesar das particularidades socioeconômicas e culturais das diversas nações. Dessa forma, o Brasil também tem passado, nas últimas décadas, por diversas transições, sendo as principais a demográfica, a urbana e a epidemiológica (DO CARMO & CAMARGO, 2018; DAGNINO, 2019, CORTEZ, *et al*, 2019). Na transição demográfica foi possível observar uma diminuição da mortalidade (também ligada à transição epidemiológica) seguida pela redução do número de nascimentos (CORTEZ, 2019; OLIVEIRA, 2019). A transição urbana foi caracterizada pelo aumento do número de pessoas nas áreas urbanas, principalmente pela intensa migração interna, das áreas rurais para as urbanas, principalmente a partir do ano de 1940 (DO CARMO & CAMARGO, 2018; DAGNINO, 2019).

Essas duas transições (demográfica e urbana) coincidiram com a transição epidemiológica, que cursou com nítida queda do número de mortes por doenças infectocontagiosas, passando a haver mais mortes por doenças crônicas não contagiosas, tais como doenças cardiovasculares, doenças crônico degenerativas,

neoplasias e mortes por causas externas, como acidentes, violência ou suicídio (OLIVEIRA, 2019). Outras transições também tiveram papel significativo, entre elas as modificações nos níveis de escolaridade, no mercado de trabalho, principalmente com a maior participação feminina, nos novos arranjos familiares, entre outras (CORTEZ, *et al.*, 2019; OLIVEIRA, 2019).

Tanto DAGNINO (2019) quanto CORTEZ *et al* (2019) ressaltam que a Taxa Bruta de Mortalidade (TBM), que havia começado a cair na década de 1930, alcançou seu mínimo histórico no ano de 2012, com a média de 6 mortes por mil habitantes, enquanto a Esperança de Vida ao Nascer continua crescendo e a Taxa de Mortalidade Infantil tem caído.

O envelhecimento é um processo fisiológico, progressivo, contínuo e irreversível que traz consigo perdas para os idosos, principalmente para aqueles que não se prepararam para o envelhecimento, tanto do ponto de vista socioeconômico quanto de estilo de vida considerado mais saudável. O envelhecimento costuma comprometer o Sistema Nervoso Central (SNC), podendo provocar desequilíbrios e quedas, o que piora a qualidade de vida dos idosos, devido à natural fragilidade dessa população. Dessa forma, o comprometimento da autonomia funcional do idoso pode levar a um declínio de suas capacidades físicas e mentais, prejudicando a realização das atividades básicas e instrumentais da vida diária, além de prejudicar sua inclusão social (WHO, 2002; 2021c).

O envelhecimento populacional que antes era característico apenas do velho continente, alcançou todos os países, incluindo o Brasil. Estima-se que a população com idade igual ou maior que 60 anos vai dobrar, e comparando-se a contagem de 2015 e a estimativa para 2050, a previsão é de um percentual de 22% de idosos na população mundial (2021c).

No Brasil, estudos do IBGE apontam que a população crescerá até 2042, quando deverá alcançar a cifra de 228,4 milhões de pessoas (IBGE, 2013). Já a esperança de vida ao nascer, que era de 71,3 anos para homens e 78,5 anos para mulheres, em 2013, deverá chegar, em 2060, expectativa de 78,0 anos para os homens e 84,4 anos para as mulheres (MIRANDA, *et al*, 2016; COSTANZI, *et al.*, 2018; OLIVEIRA, 2019).

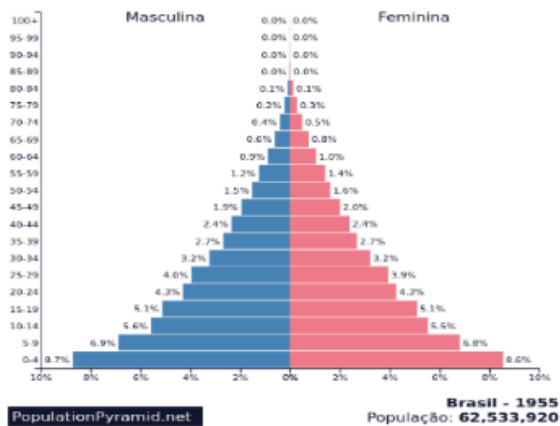
Os avanços na saúde, a melhora nos padrões de vida, a urbanização, a maior escolarização, a entrada da mulher no mercado de trabalho e o desenvolvimento de novas tecnologias podem ser responsabilizados, em conjunto, pela diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e o consequente aumento da expectativa de vida, em todo o mundo. Até há pouco tempo, o Brasil era conhecido como “o país do futuro”; todavia nosso país vem passando por uma transformação grisalha nas últimas décadas, o que pode ser visto pela nítida modificação da pirâmide etária brasileira, já que nas décadas de 1950 e 1960 a população era muito jovem, conforme se observa nas pirâmides de faixa etária das figuras 2 e 3 (CORTEZ, A.C.L. *et al*, 2019).

A partir da década de 1970 a população brasileira foi se tornando mais envelhecida, o que pode ser evidenciado no claro estreitamento da base da pirâmide etária brasileira, com a redução da população jovem e o aumento progressivo da população de idosos, conforme pode-se ver nas figuras publicadas pelo IBGE (figuras 4, 5 e 6). Até a década de 1970, as famílias brasileiras eram numerosas, com muitos filhos e um risco alto de morte na infância. De uma sociedade predominantemente rural, houve uma guinada para uma sociedade urbana, em sua maioria, com menos filhos por família. A população predominantemente jovem deu lugar a uma população grisalha, que está em franca ascensão e o que se busca é um envelhecimento saudável (MIRANDA, *et al*, 2016; OLIVEIRA, 2019).

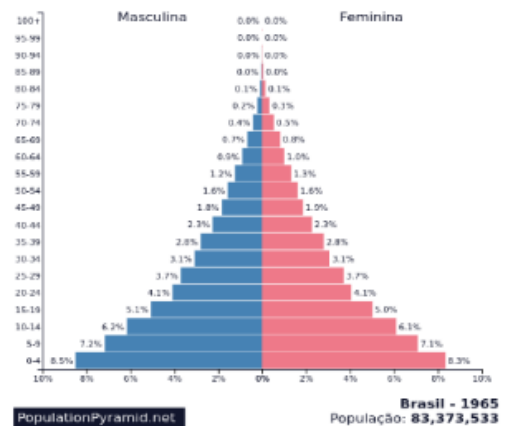
Em 2018, o IBGE publicou nova projeção demográfica, revisando a publicada em 2013, (Figuras 02) que confirmou que o envelhecimento pelo qual o país vem passando é indicativo de que esse envelhecimento deve se acentuar nas próximas décadas no Brasil. Projeta-se um ritmo de crescimento bastante intenso para as idades mais avançadas, até mesmo na população acima de 80 anos, devendo acontecer um nítido retraimento no grupo etário de 15 a 64 anos (trabalhadores economicamente ativos e contribuintes previdenciários), em 2060. (COSTANZI, *et al*, 2018)

O Estado do Espírito Santo acompanha a maioria dos outros estados brasileiros no quesito taxa de envelhecimento e expectativa de vida ao nascer. Situado na região sudeste do Brasil, cuja capital é a cidade de Vitória, possuía, no censo nacional realizado no ano de 2010 uma densidade demográfica de 76,25

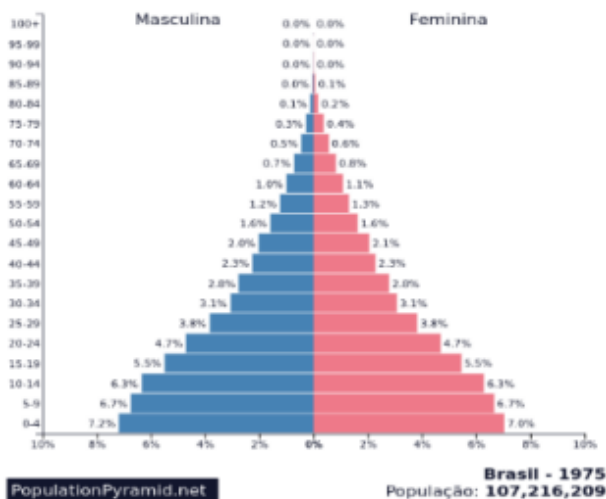
habitantes/km² e sua população, na ocasião, era de 3.514.952 pessoas, conforme informações constantes no site do IBGE. (IBGE, 2010). O estado tem uma área de 46.074,447 km² e a estimativa do IBGE para a população do Estado, em 23/03/2022, foi de 4.139.304 habitantes.



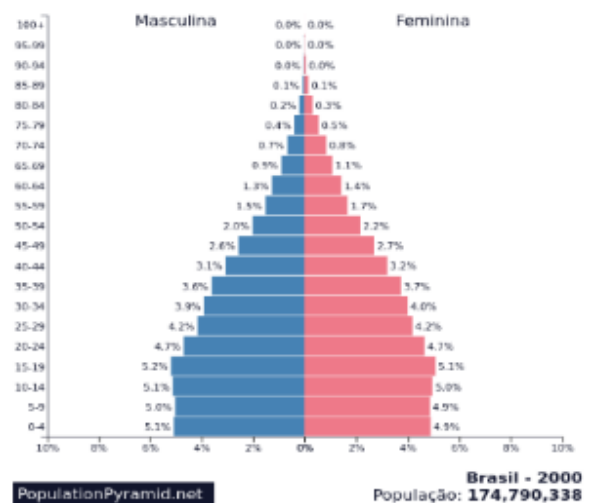
A



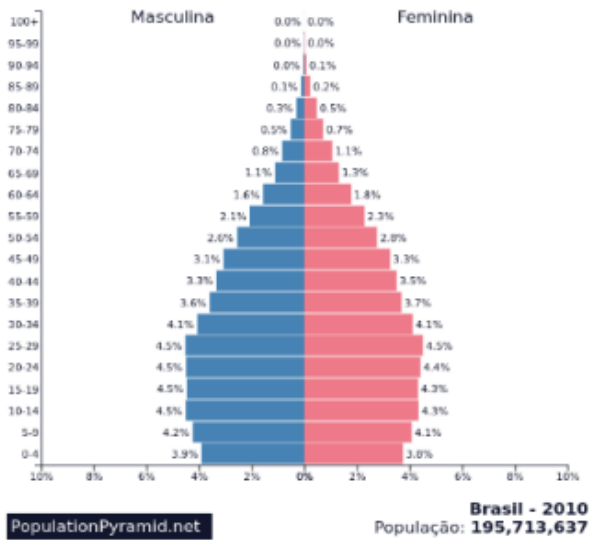
B



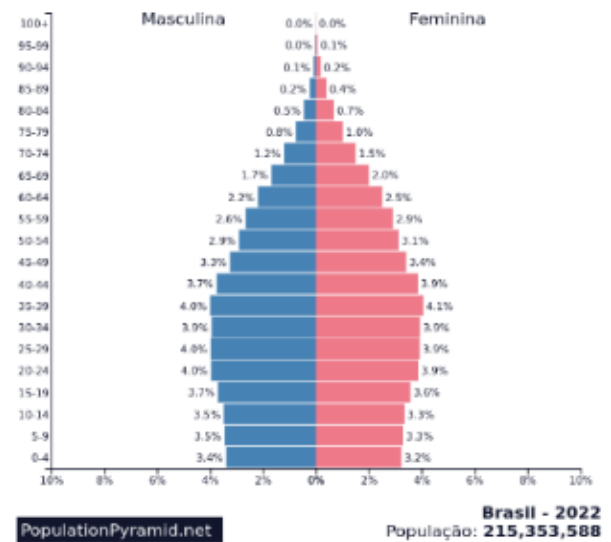
C



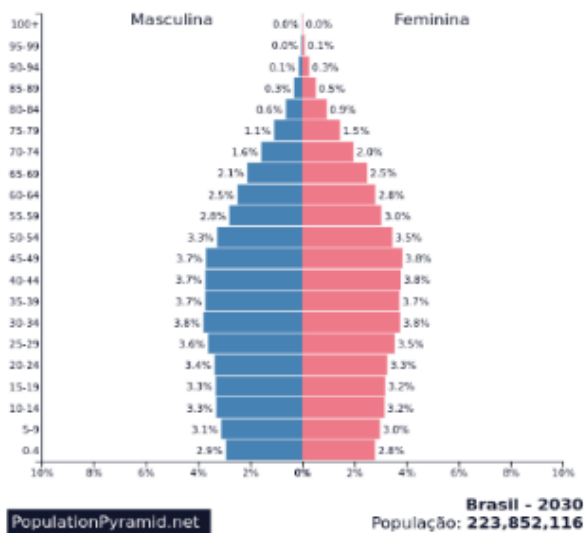
D



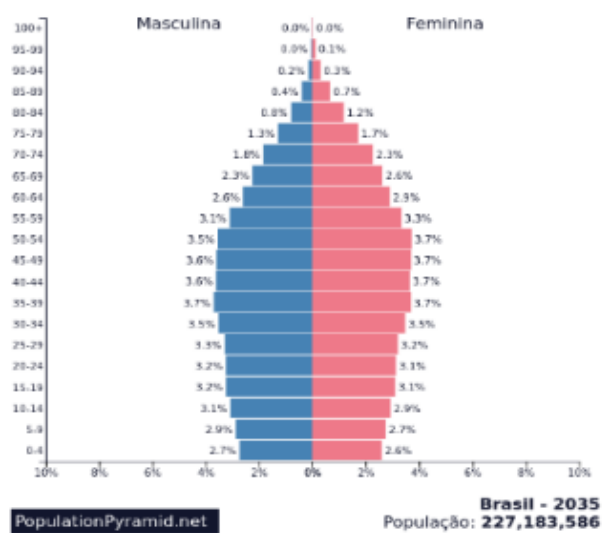
E



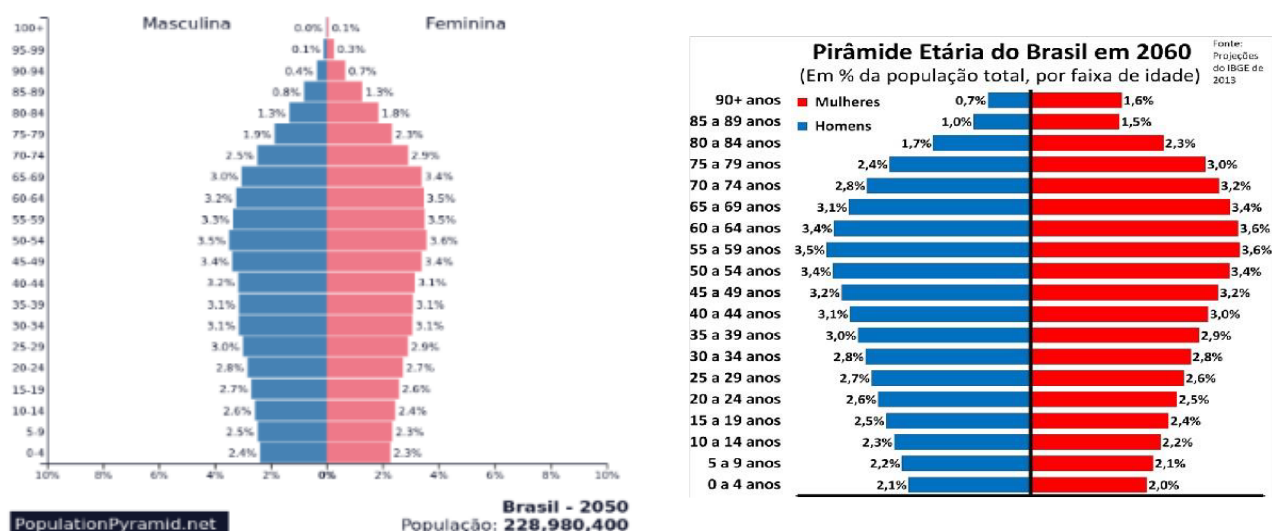
F



G



H



I

J

Figura 02. Pirâmides etárias da população brasileira baseadas nos últimos censos e com estimativas em diferentes anos. A- censo de 1955; B- censo de 1965; C- censo de 1975; D- censo de 2000; E- censo de 2010; F- estimativa de 2022; G- estimativa de 2030; H- estimativa de 2035; I- estimativa de 2050; J- estimativa de 2060

Fonte: IBGE, 2018. <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>

Tendo em vista o aumento significativo da população idosa nas últimas décadas e a previsão de acentuado envelhecimento populacional no mundo e, de forma galopante também no Brasil, é necessário um olhar diferenciado e mais atento para esta população, considerando a existência de aspectos peculiares em relação ao suicídio entre os idosos (KOO, *et al*, 2017; LEE, *et al*, 2017; CRESTANI, *et al*, 2019; DE LEO, 2019; CONSTANZA, *et al*, 2020; ZARTALOUDI, 2021; CONWELL & LUTZ, 2021; OBUOBI-DONKOR, *et al*, 2021). Para tanto, é necessário o desenvolvimento de mais pesquisas que abordem melhor essa temática. Na literatura, existem alguns trabalhos que abordam esse tema no Brasil, entre eles podem-se destacar os trabalhos realizados por PINTO *et al*, 2012, por SANTOS *et al.*, 2017, por AZEVEDO, 2018, bem como o trabalho de CARMO *et al*, 2018, o qual mostra dados da mortalidade por suicídio em idosos na Bahia; REIS *et al.*, 2020, que aborda o tema no Distrito Federal; e CONFORTIN *et al.*, 2019 que traz dados da Região Sul. Entretanto, como não foi possível encontrar publicações específicas a respeito do suicídio entre idosos no Estado do Espírito Santo, optou-se em pesquisar a epidemiologia do suicídio entre idosos neste Estado.

Este trabalho tem relevância por trazer à luz alguns aspectos relacionados às características da população de idosos que morreram por suicídio no Estado, que ainda não foram abordadas, tendo como finalidade conhecer o problema e, a partir da tomada de conhecimento, dar subsídios para a sugestão de políticas públicas para a prevenção do suicídio entre idosos, principalmente no campo da educação permanente, através da capacitação de profissionais da saúde, incluindo aqueles que atuam na rede de Atenção Primária à Saúde (APS), tais como médicos generalistas, enfermeiros, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde, psicólogos, profissionais administrativos e estudantes das áreas da saúde que utilizam estes ambientes de saúde como campos de prática do aprendizado, uma vez que a APS se constitui como a porta de entrada para a pessoa adoecida, física ou mentalmente, no sistema de saúde (DE LEO, *et al.*, 2013; RAUE, *et al.*, 2013; STENE-LARSEN & RENEFLOR, 2019; ALMEIDA, 2020; LAANANI, *et al.*, 2020; GOTTI, *et al.*, 2021; RIBEIRO, *et al.*, 2021; SPOTTSWOOD, *et al.*, 2022).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

2.1. Analisar os suicídios entre idosos no Espírito Santo ocorridos entre os anos de 2006 a 2019, comparando os resultados com as demais regiões brasileiras, no mesmo período.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Analisar a transição demográfica brasileira para a compreensão das necessidades atuais e futuras.

2.2.2. Coletar dados sobre suicídio no sistema de informação de mortalidade (SIM/DATASUS).

2.2.3. Analisar as taxas de suicídios em idosos no Estado do Espírito Santo e compará-las com as das demais regiões brasileiras.

2.2.4. Analisar e comparar os números de suicídio em idosos no Espírito Santo separados quanto ao sexo, faixa etária, cor/raça, estado civil e escolaridade.

2.2.5. Relatar e analisar os métodos empregados para o suicídio entre idosos no período estudado e categorizar os dados quanto ao sexo e quanto à idade das vítimas.

3. CASUÍSTICA E METODOLOGIA

Este trabalho trata de um estudo ecológico, descritivo, retrospectivo, sobre a mortalidade por suicídio entre idosos, no Estado do Espírito Santo, situado na região sudeste do Brasil, durante o período de 01 de janeiro de 2006 a 31 de dezembro de 2019. Os dados referentes aos óbitos por suicídio em pessoas com sessenta anos ou mais, bem como suas características sociodemográficas foram coletadas no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), no *website* do Departamento de Estatística do Sistema Único de Saúde (SUS – DATASUS).

Tais informações são de domínio público e podem ser acessadas na interface *online* TABNET, programa estatístico do Ministério da Saúde do país. Esse sistema reúne os dados sobre os óbitos do Brasil, usando a Declaração de Óbito, que é um documento padronizado em todo o país, o qual é gerenciado pelo Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), pertencente à Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), conforme a Portaria 130/GM, de 12/02/1999. O sistema é alimentado continuamente pelas Secretarias Municipais de Saúde que coletam os dados por busca ativa nas Unidades Notificadoras.

Os dados sobre os casos de suicídios na população idosa foram coletados do SIM/DATASUS/MS e foram analisados quanto aos grupos separados por sexo, cor/raça, estado civil, escolaridade e faixa etária em intervalos de 60 a 69 anos, 70 a 79 e maior ou igual a 80 anos (BRASIL, 2001). Foram selecionados os dados registrados com os códigos X60-X84, que se referem aos métodos utilizados para a prática do suicídio, segundo a Classificação Internacional de Saúde – Décima Edição (CID-10) (WELLS et al, 2011). Os códigos X-60-X84 se referem às lesões autoprovocadas intencionalmente. Para as análises dos dados, os testes estatísticos “*t*” *student*, *Mann-Whitney* e ANOVA seguido de *Turkey* foram empregados utilizando o *software Microsoft excel*.

Os dados populacionais foram obtidos de informações dos Censos demográficos e das projeções intercensitárias, no *site* do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). No decorrer desta pesquisa foi estudada, de maneira mais aprofundada, a transição demográfica brasileira e as últimas projeções feitas pelo IBGE sobre a população brasileira, incluindo nessas a população do Espírito Santo.

Pesquisas como esta que utilizam informações de acesso público, ou com banco de dados, sem possibilidade de identificação dos sujeitos, não estão sujeitas à avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP), conforme a Lei número 12.527, de 18 de novembro de 2011 e, de acordo com a Resolução CNS 510/2016 (Conselho Nacional de Saúde - 510/2016), (BRASIL, 2016).

3.1. CRITÉRIOS DE SELEÇÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos nesta pesquisa os dados de pessoas com idade de 60 anos ou mais que foram vítimas de suicídio, seno de ambos os sexos, enquanto os dados dos óbitos por suicídio de pessoas com idade inferior a 60 anos foram excluídos das análises. Empregou-se a 10ª revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID), códigos X60 a X84, para a identificação dos meios utilizados no suicídio (tabela 1). Os CID com meios semelhantes foram agrupados para melhor análise do fenômeno, deste modo os dados estão apresentados na tabela 2.

3.2. LIMITAÇÕES

Uma das principais limitações deste estudo é o uso de dados secundários da plataforma DATASUS/MS que sofrem diversas interferências externas, tais como preenchimento incorreto de Declarações de Óbito, quer por descuido, falta de interesse ou de capacitação dos profissionais envolvidos, bem como por preconceito ou estigma, principalmente quando ocorre em idosos, deixam de registrar dados mais completos sobre os casos. Outra limitação é a falta de dados como história médica e psiquiátrica da pessoa, assim como medicamentos que usavam, internações psiquiátricas e tentativas prévias de suicídio. Também ainda há um número significativo de óbitos suspeitos que não são definidos como suicídio, entrando para o grupo de “óbitos por causa indeterminada”. Além disso, acidentes diversos e afogamento também podem encobrir um suicídio (RIOS, 2013).

Tabela 01 – Lista das categorias CID-10 causa de morte por suicídio.

Categorias CID-10	Significado
X60	Autointoxicação por e exposição, intencional, a analgésicos, antipiréticos e antirreumáticos, não-opiáceos
X61	Autointoxicação por e exposição, intencional, a drogas anticonvulsivantes [antiepilépticos] sedativos, hipnóticos, antiparkinsonianos e psicotrópicos não classificados em outra parte
X62	Autointoxicação por e exposição, intencional, a narcóticos e psicodislépticos [alucinógenos] não classificados em outra parte
X63	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras substâncias farmacológicas de ação sobre o sistema nervoso autônomo
X64	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outras drogas, medicamentos e substâncias biológicas e às não especificadas
X65	Autointoxicação voluntária por álcool
X66	Autointoxicação intencional por solventes orgânicos, hidrocarbonetos halogenados e seus vapores
X67	Autointoxicação intencional por outros gases e vapores
X68	Autointoxicação por e exposição, intencional, a pesticidas
X69	Autointoxicação por e exposição, intencional, a outros produtos químicos e substâncias nocivas não especificadas
X70	Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação
X71	Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão
X72	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo de mão
X73	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de espingarda, carabina, ou arma de fogo de maior calibre
X74	Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de outra arma de fogo e de arma de fogo não especificada
X75	Lesão autoprovocada intencionalmente por dispositivos explosivos
X76	Lesão autoprovocada intencionalmente pela fumaça, pelo fogo e por chamas
X77	Lesão autoprovocada intencionalmente por vapor de água, gases ou objetos quentes
X78	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto cortante ou penetrante
X79	Lesão autoprovocada intencionalmente por objeto contundente
X80	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado
X81	Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação ou permanência diante de um objeto em movimento
X82	Lesão autoprovocada intencionalmente por impacto de um veículo a motor
X83	Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados
X84	Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados

4. RESULTADOS

Foram levantadas informações sobre os óbitos por suicídios no banco de dados SIM/DATASUS, no período compreendido de primeiro de janeiro de 2006 a primeiro de janeiro de 2019. O SIM/DATASUS é um banco de dados aberto, onde não há informações mais detalhadas sobre os sujeitos da pesquisa, uma vez que não são identificados, levando a uma limitação do trabalho, já que não é possível obter informações sobre tentativas prévias de suicídio, medicação em uso, história clínica, social e psiquiátrica, renda familiar, entre outras acerca dos indivíduos.

No período analisado houve 344 suicídios praticados por idosos no Estado do Espírito Santo (ES), Brasil, o que representou 14% do total de 2.495 suicídios somando-se todas as idades no Estado. No mesmo período, cerca de 16% dos casos de suicídios ocorridos no Brasil foram praticados por idosos (23.950 casos registrados) (Tabela 4, em anexo).

As características demográficas da população de idosos que praticaram suicídio no ES, tais como o sexo, faixa etária, raça, estado civil e escolaridade foram analisadas e demonstradas nos gráficos a seguir.

A série histórica dos dados, ao longo de 2006 a 2019, mostra uma clara elevação na taxa de suicídio entre idosos que passou de 3,4 para 8,5/100 mil habitantes (figura 03). Ainda pode-se observar que a taxa média registrada entre os homens (5,2/100 mil habitantes) foi significativamente maior em relação às mulheres (1,4/100 mil habitantes) (teste *Mann-Whitney*, $P < 0,0001$). As taxas mais elevadas entre homens e mulheres ocorreram em 2008 (aproximadamente 7 e 2/100 mil habitantes, respectivamente) e, ainda para os homens, nos anos 2017 e 2019 (7,4 e 6,7/100 mil habitantes, respectivamente) (figura 03). Em 2017 e 2019 também houve aumento para ambos os sexos e notadamente, as taxas de suicídio entre as mulheres, embora em alguns anos coincida com a tendência de aumento entre os homens, os números não são robustos, tendo a taxa máxima de 2,4/100 mil habitantes em 2013 (figura 03).

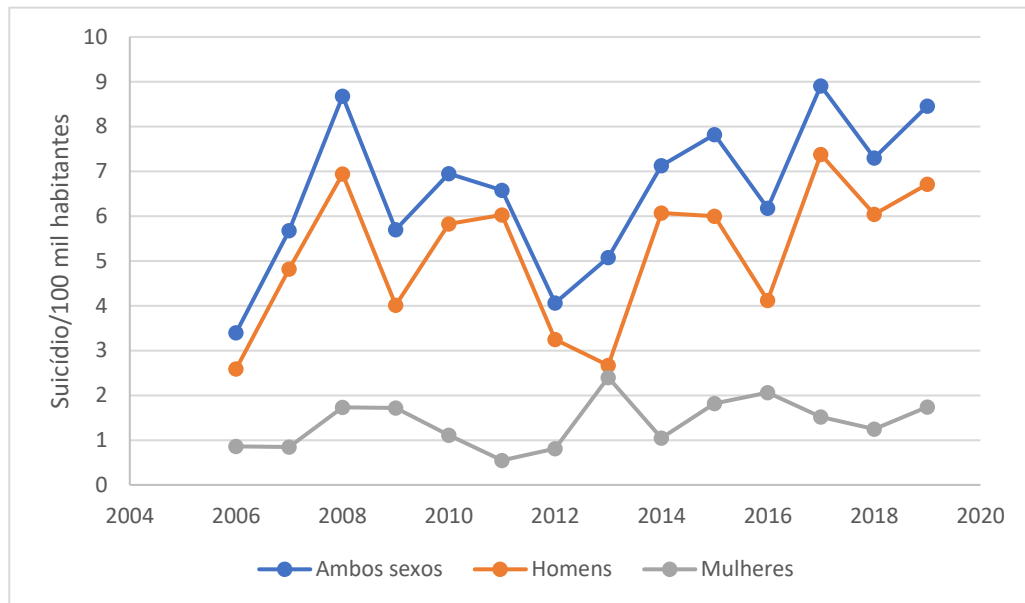


Figura 03. Taxa de suicídios entre idosos, distribuídos por sexo, ao longo de 2006 a 2019, no ES. Teste estatístico *Mann-Whitney*, $P < 0,0001$.

Considerando a segmentação da faixa etária dividida nos 3 grupos: 60-69 anos, 70-79 e 80 anos ou mais, o grupo de idosos mais jovens (60-69 anos) foi prevalente com cerca de 60% dos registros, seguido por 31% na faixa entre 70 e 79 anos e 9% ocorreram em idosos com 80 anos ou mais (figura 04). Considerando os valores representados por taxa de suicídios em idosos por faixa etária entre idosos por cada 100 mil habitantes no ES (figura 05), a série histórica mostra uma convergência dos dados entre as idades e o sexo, havendo uma incidência significativa maior entre homens e estão mais concentrados no grupo de 60 a 69 anos. Houve diferença significativa (*ANOVA* $p < 0,05$, seguido de teste *Turkey*) entre as 3 faixas etárias analisadas, sendo que a faixa etária de 60-69 anos teve taxa média de quase 4/100 mil habitantes, enquanto a de 70-79 foi de 2/100 mil habitantes e a menor taxa foi para os idosos com 80 anos ou mais (0,6/100 mil habitantes) (figura 05).

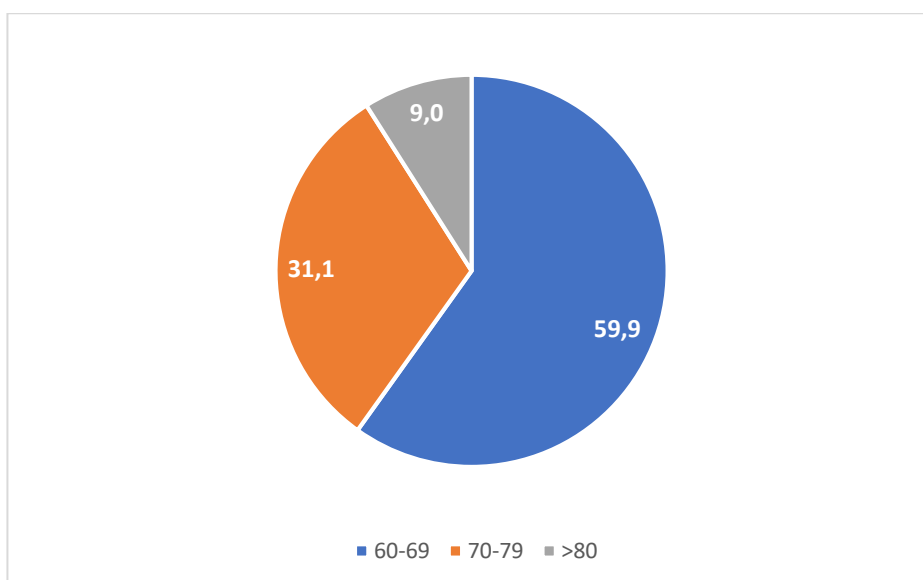


Figura 04. Proporção de suicídios em idosos distribuídos por intervalo de idade entre 60-69 anos, 70 a 79 e 80 anos ou mais, ao longo de 2006 a 2019, no ES.

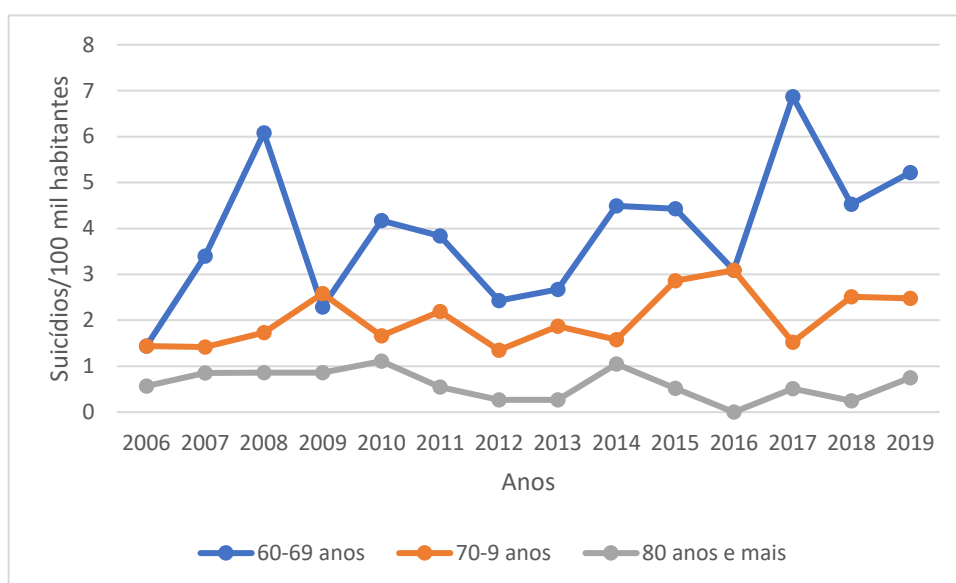


Figura 05. Série histórica da taxa suicídios por cada 100 mil habitantes, na população de idosos, no ES, por intervalo de idade distribuídos entre 60-69 anos, 70 a 79 e 80 anos ou mais, ao longo de 2006 a 2019. ANOVA $p < 0,05$, seguido de teste Turkey.

Quanto à classificação de raça/cor, o grupo de brancos foi o mais prevalente (50% dos casos), seguido de pardos com 38% (figura 06), no período analisado de 2006 a 2019. Dados do IBGE, em 2019, mostraram que 90% da população do ES é composta por brancos e pardos (42% se autodeclararam brancos e 48%, pardos), enquanto apenas cerca de 8% se autodeclararam pretos. Então, considerando que

brancos e pardos são os grupos prevalentes na população do Estado e que poucos se autodeclararam como pretos, estes dados acompanham a proporção da população segundo a classificação raça/cor. Também é digno de nota que 10% foram classificados como cor ignorada, o que se fosse identificado com alguma das cores, poderia levar a uma alteração nas proporções apresentadas (figura 06).

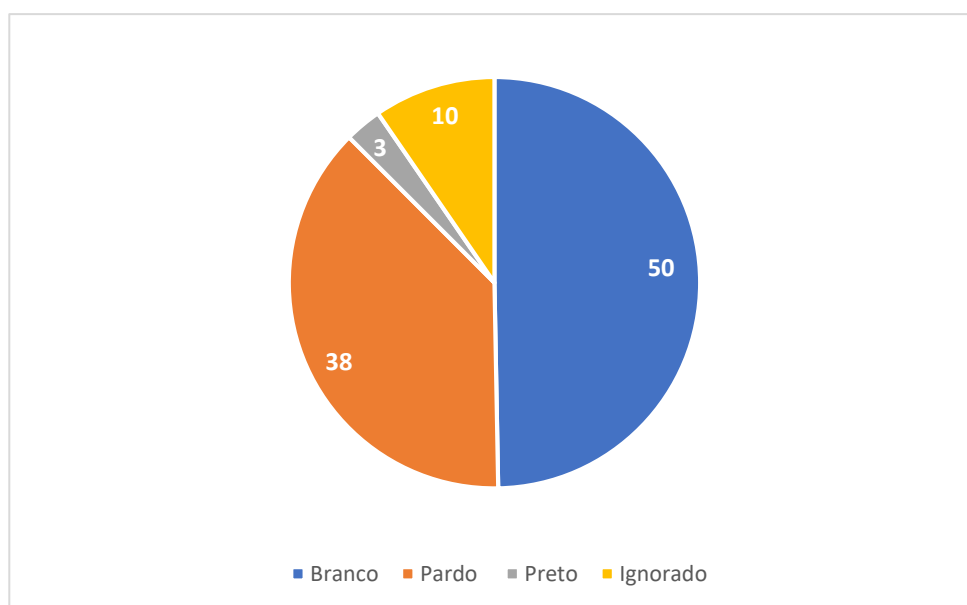


Figura 06. Proporção de suicídios entre idosos distribuídos por raça/cor, no ES, ao longo de 2006 a 2019.

Levando em consideração o estado civil dos idosos vítimas de suicídio no ES, a maioria dos casos ocorreu entre os casados, representando cerca 54% dos casos, enquanto a proporção de viúvos foi quase 12% dos casos (figura 07). Já a proporção de solteiros e separados judicialmente foi similar, tendo a proporção de 10,5% e 9,6%, respectivamente. No entanto, aproximadamente 13% e 0,9% dos casos tiveram o estado civil alocados no grupo de “ignorados” ou “outros” na plataforma SIM, não sendo possível determinar se eram pessoas que viviam sozinhas ou acompanhadas por parceiros.

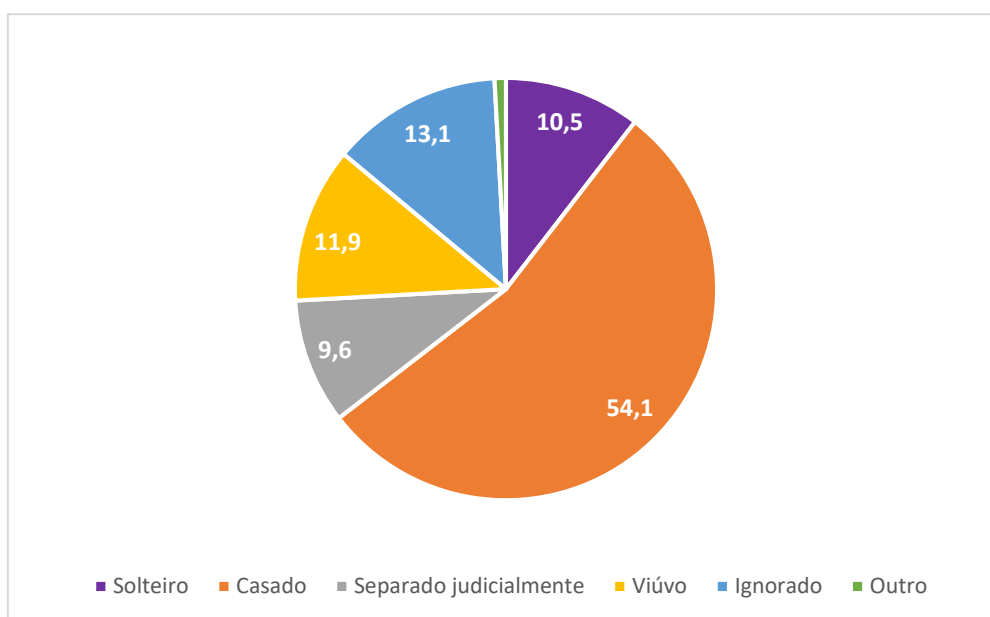


Figura 07. Proporção de suicídios entre idosos distribuídos por estado civil, no ES, ao longo de 2006 a 2019.

O nível de escolaridade dos idosos que foram vítimas de suicídio no ES foi variado, entretanto, a maior parte (63%) não foi declarado (figura 08). O grau de escolaridade é determinado pelo número de anos de estudo, sendo considerados intervalos dentro de 0 a 12 anos ou mais de estudos. Neste contexto, os dados não mostraram diferença importante entre os idosos com 1 a 3 anos e 4 a 7 anos de escolaridade (10 e 9%, respectivamente), embora estes somaram as maiores proporções de casos (figura 08). Entretanto, neste estudo foi possível observar que o grau de escolaridade não foi um fator protetor e nem influenciador para o suicídio entre idosos no ES, uma vez que a diferença entre os grupos com 1 a 3 anos, 4 a 7 anos e 8 a 11 anos de escolaridade foi de apenas 1 ponto percentual entre eles (10%, 9% e 8%, respectivamente). No entanto, a menor proporção foi registrada em idosos com 12 anos e mais de escolaridade (5%), e aqueles com nenhum grau de escolaridade representou 7% dos casos (figura 08). Sendo assim, não foi possível estabelecer relação entre suicídios e o grau de escolaridade na população estudada.

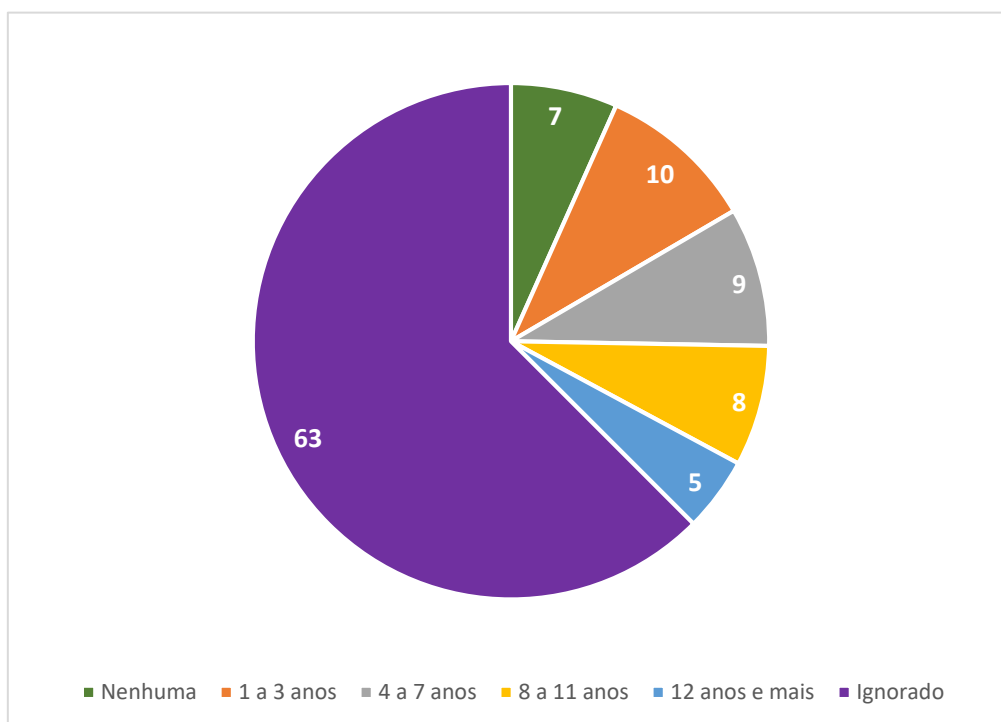


Figura 08. Grau de escolaridade, em anos de estudos, dos idosos que morreram por suicídio no ES, ao longo de 2006 a 2019.

No sistema SIM/DATASUS, as mortes por suicídio são classificadas quanto aos métodos utilizados para a prática do suicídio, sendo usadas as categorias X60 a X84 do CID-10 para a descrição da circunstância que levou ao óbito. Assim, as categorias CID-10 analisadas incluíram X60 ao X84 (descritas na Tabela 1), sendo as categorias X68, X69, X70, X74, X78 e X80 as que apresentaram o maior número de casos (mínimo de 17 casos), conforme mostra a tabela 2, enquanto as categorias X60, X61, X63, X64, X66, X71, X72, X76, X79, X83 e X84 apresentaram menos de 10 casos cada uma no período estudado (Tabela 5, em anexo). Para a melhor análise dos dados, estas foram colocadas num grupo único e a soma dos casos deste grupo não ultrapassou 14% dos 344 casos registrados no ES (Tabela 2).

Tabela 02 – Suicídios em idosos no Estado do Espírito Santo (2006-2019): categorias CID-10 e dados demográficos. M=masculino; F=feminino

Categoria CID 10	Total	Sexo		Faixa etária (anos)		
		M	F	60-69	70-79	80 ou mais
X68 (Auto-intoxicação por pesticidas)	26 (7,5%)	17	9	14	11	1
X69 (Auto-int intenc outr prod quim subst noc NE)	21 (6,1%)	16	5	13	6	2
X70 (Lesao autoprov intenc enforc estrang sufoc)	188 (54,6%)	156	32	114	54	20
X74 (Lesao autoprov intenc disp outr arma fogo e NE)	26 (7,5%)	25	1	17	7	2
X78 (Lesao autoprov intenc obj cortante penetr)	17 (4,9%)	15	2	8	7	2
X80 (Lesao autoprov intenc precip lugar elevado)	18 (5,2%)	11	7	12	5	1
Total parcial	296 (86%)	240	56	178	90	28
Total nas demais causas (X60, X61, X63, X64, X66, X71, X72, X76, X79, X83 e X84)	48 (13,9%)	31	17	28	16	4
Total geral	344	271	73	206	107	31

No caso das demais categorias (X69, X65, X67, X73, X75, X77, X81, X82), não houve casos registrados no Estado, por isso foram excluídas das análises.

Analisando as categorias mais frequentes como métodos praticados para o suicídio, a maior parte dos casos (cerca de 55%) ocorreu por enforcamento (categoria X70) (figura 09). Autointoxicação com pesticidas e outras substâncias (categorias X68 e X69) somaram quase 14% dos casos, enquanto o uso de arma de fogo (X74) foi 7,6%, ocupando o terceiro lugar no *ranking* de causas. Já lesões autoprovocadas por objetos cortantes (X78) e saltar de lugar elevado (X80) apresentaram números semelhantes, 4,9% e 5,2% dos casos, respectivamente (figura 09). Conforme pode ser visualizado na figura 13 houve um predomínio do sexo masculino nas categorias CID-10 mais frequentes em relação ao suicídio na amostra analisada.

Somando-se as demais causas, cujos números não foram muito relevantes do ponto de vista estatístico, a proporção foi de 14% do total dos casos registrados no Estado no período analisado (figura 09).

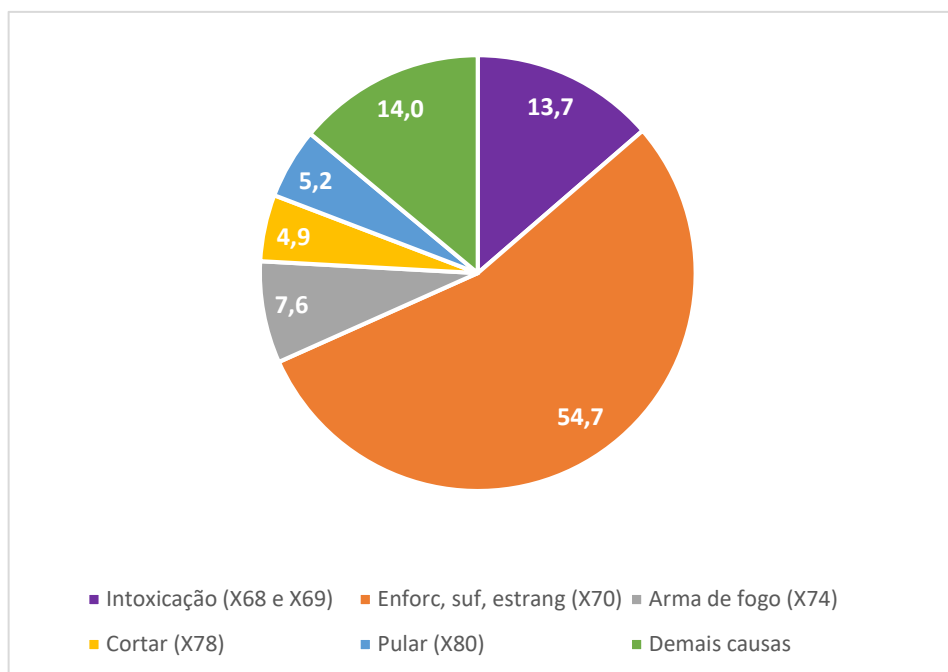


Figura 09. Principais métodos (categorias CID-10) utilizados por idosos na prática de suicídio, no ES, entre 2006 a 2019.

4.1. SUICÍDIO ENTRE IDOSOS POR REGIÕES BRASILEIRAS, ENTRE 2006 E 2019

Segundo o último censo de 2010, o Brasil tem cerca de 210,7 milhões de habitantes, sendo a maior parte concentrada no Sudeste e Nordeste do país (42,5% e 26,8%, respectivamente) (Figura 10). Já as regiões Norte e Centro-Oeste são as menos populosas com 8,9 e 7,6%, respectivamente (figura 10).

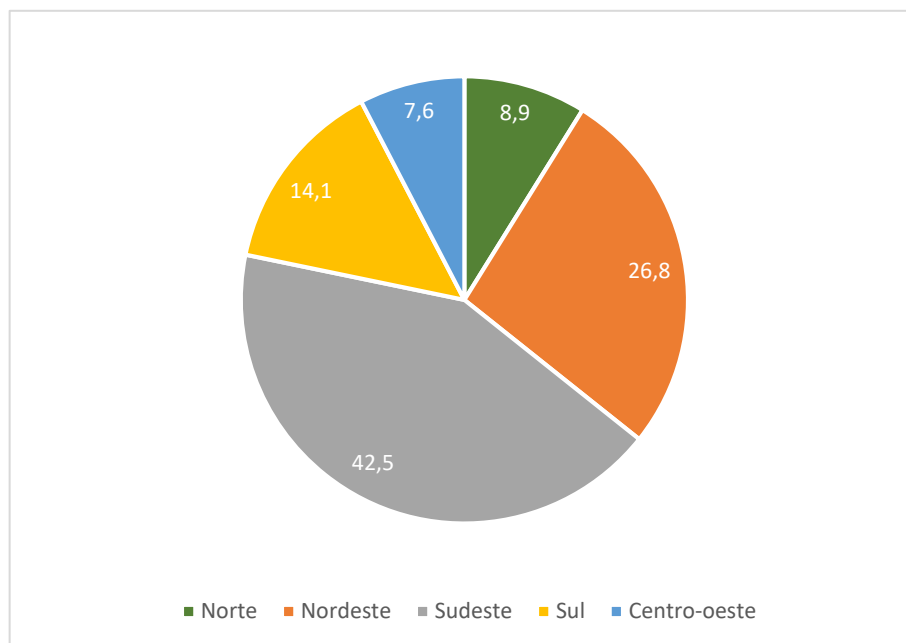


Figura 10. Distribuição da população brasileira, em porcentagem, pelas 5 regiões, segundo o censo de 2010.

Tendo em vista as categorias X68, X69, X70, X74, X78 e X80 como os principais métodos de suicídio praticados por idosos no Brasil (LOVISI *et al*, 2009; PINTO *et al*, 2012; SANTOS *et al*, 2017; AZEVEDO, U.N., 2018; CARMO *et al*, 2018; CONFORTINI *et al*, 2019; SANTOS *et al*, 2021; BALDAÇARA *et al*, 2022; SILVA *et al*, 2022), os números de suicídios usando estes métodos, entre idosos, registrados nas 5 regiões brasileiras mostraram mais de 6 mil mortes nos estados do Sul e Sudeste ao longo de 2006 a 2019 (Tabela 3). As regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores proporções quando comparadas às outras regiões, somando mais de 64% dos casos (figura 11). Os dados mostraram ainda que, embora a região Sul tenha uma densidade populacional entre as menores do país (14,1%), a proporção de suicídios em idosos é equivalente à da região Sudeste que representa mais de 40% da população brasileira (figura 11).

Tabela 03. Número de suicídios em idosos, por categorias CID mais prevalentes, nas regiões brasileiras, entre 2006 e 2019

Região	X68	X69	X70	X74	X78	X80	Total
Norte	67	20	627	46	17	12	789
Nordeste	328	182	3.954	214	80	165	4.923
Sudeste	458	249	4.469	706	251	588	6.721
Sul	169	81	5.333	731	155	134	6.603
Centro-Oeste	145	65	1107	178	62	51	1.608
Total	1.167	597	15.490	1.875	565	950	20.644

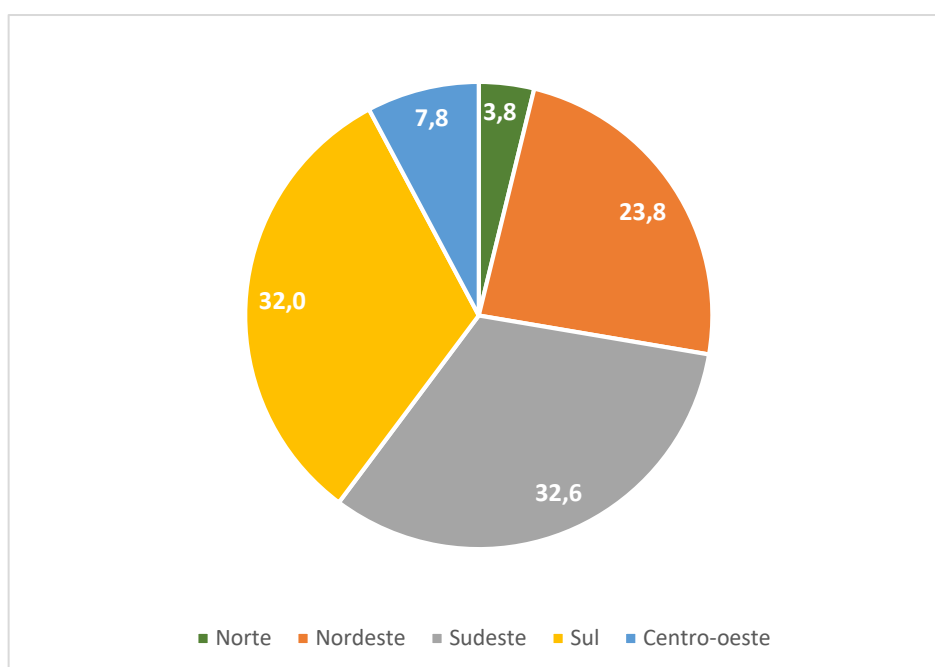


Figura 11. Proporção de suicídios entre idosos nas 5 regiões brasileiras ao longo de 2006 a 2019.

Na comparação entre os sexos, os registros em todas as regiões brasileiras mostraram que a proporção de suicídio entre homens idosos é maior em relação às mulheres (figura 12). Considerando as categorias CID mais frequentes citadas na tabela 2, a média de suicídios nas 5 regiões foi significativamente maior para o sexo masculino em relação ao feminino em todas as categorias analisadas (teste “*t*” *student* $p < 0,05$) (figura 12).

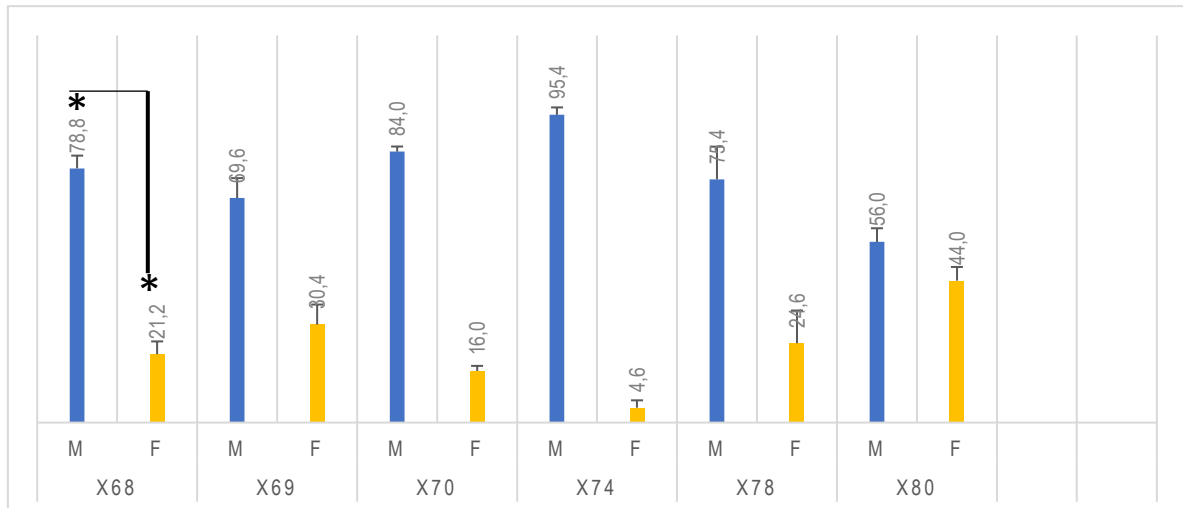


Figura 12. Média de suicídios entre homens e mulheres idosos, por categoria CID-10 no Brasil, ao longo de 2006 a 2019. *Teste *t student* $p < 0,05$.

Em relação aos casos de suicídio entre idosos por métodos mais frequentes, no ES (figura 13), o número de homens foi superior em relação às mulheres em todas as categorias, especialmente para os métodos de enforcamento (X70), uso de arma de fogo (X74) e uso de objetos cortantes (X78), em concordância com os observados a nível nacional (figura 13).

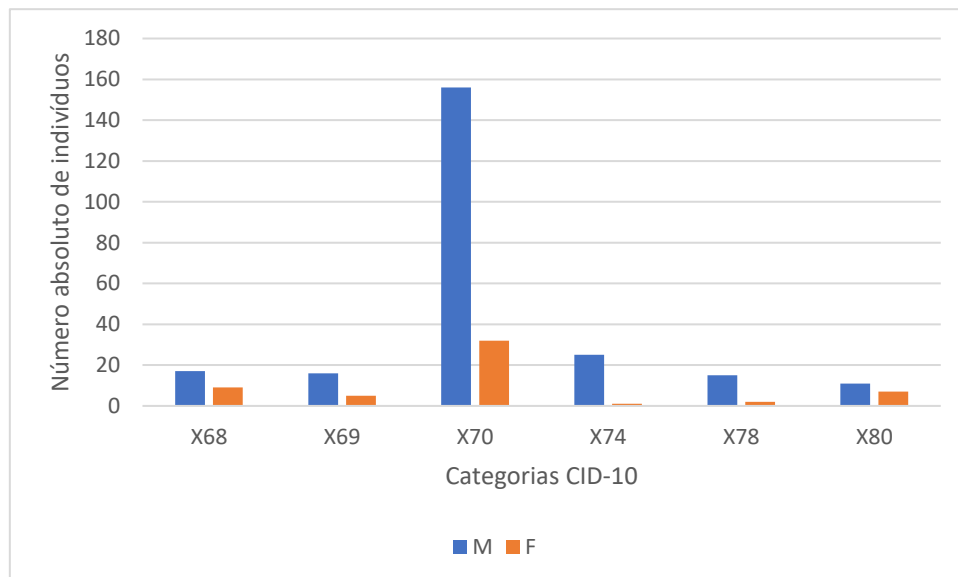


Figura 13. Suicídios entre homens e mulheres idosos, por categoria CID-10 no ES, ao longo de 2006 a 2019.

5. DISCUSSÃO

Em face do crescente envelhecimento populacional brasileiro, o qual vem sendo considerado mais rápido do que ocorreu na Europa (MIRANDA, *et al.*, 2016; DAGNINO, 2019; OLIVEIRA, 2019) e considerando a dificuldade do país em se preparar para tais mudanças, faz-se necessário atentar para o alarmante contingente de idosos que morrem por suicídio no Brasil, levando à necessidade de se conhecer o problema também em nível regional.

A taxa de suicídio entre idosos, no Espírito Santo, teve um aumento ao longo dos anos de 2006 a 2019. Os dados coletados neste trabalho mostraram que em 2019 houve aumento de 150% na taxa de mortalidade por suicídio em idosos, em relação a 2006, a qual subiu de 3,4 para 8,5/ 100 mil habitantes. TAVARES *et al.* (2020) estudaram a mortalidade por suicídio na população geral, no período compreendido entre 2012 e 2016, ou seja, dentro do espaço temporal deste trabalho, que foi de 2006 a 2019. Esses autores encontraram o percentual de 13,9% de óbitos por suicídio em idosos, no Estado do Espírito Santo, valor semelhante ao encontrado neste trabalho, que foi 14%.

A tendência de aumento de suicídio ente idosos também foi evidenciada no Estado da Bahia, segundo CARMO *et al* (2018), cujo aumento foi de 206,3%, no período estudado de 1996 a 2013. CONFORTIN *et al.* (2019) estudaram a variação da mortalidade por suicídio em idosos no sul do Brasil, de 2006 a 2015, constatando uma tendência crescente da taxa de mortalidade por suicídio em idosos em todo o país e especificamente no Estado do Paraná.

COSTA, *et al.* (2019) estudaram as taxas de mortalidade por suicidio, comparando-as com aquelas registradas para doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores em idosos brasileiros, em um intervalo temporal de 20 anos (1996-2016) e encontraram um aumento significativo nas taxas de suicídio, tanto para homens quanto para mulheres idosas. Em estudo epidemiológico realizado por SANTOS *et al*, 2021 sobre suicídio entre idosos em todo o Brasil, no período de 2012 a 2016, foi observado que naquele período foram registrados 8.977 suicídios na população acima de 60 anos.

Considerando-se a totalidade da população idosa acima de 60 anos, o valor chegou a 7,8/100.000, enquanto na população geral ficou em 5,3/100.000.

MACHADO (2020) avaliou a taxa de suicídio entre idosos, no Brasil, no período de 2007 a 2017, encontrando um valor de 8,5 por 100.000 habitantes, concluindo ter havido um crescimento de 18% entre idosos de 60 a 69 anos e de 15% entre idosos de 70 a 79 anos de idade. Também observou que as taxas de suicídio em 2017 foram cinco vezes maiores entre os homens idosos quando comparados com mulheres idosas.

Também observou que as taxas de suicídio em 2017 foram cinco vezes maiores entre os homens idosos quando comparados com mulheres idosas. Publicações internacionais também apontam a alta taxa de suicídio entre idosos (BALDASSARINI, 2020; BROOKS, *et al*, 2018; CHEUNG, *et al*, 2017; CONWELL, *et al.*, 2011; DEUTER, *et al.*, 2016; DEUTER, *et al.*, 2020)

No Espírito Santo foi possível observar a maior taxa de 7/100 mil habitantes em 2008, 2017 e 2019 (média 5,2/100 mil habitantes). Já a taxa de suicídio entre mulheres apresentou a média 1,4/100 mil habitantes, não sendo representativo para indicar tendência de aumento ao longo dos anos estudados neste trabalho.

Tais achados, estão de acordo com os encontrados neste trabalho. Os trabalhos, embora em realizados em períodos diferentes, corroboram a preocupação acerca do suicídio como um fenômeno crescente e preocupante considerando o envelhecimento da população mundial, brasileira e, conseqüentemente, fenômeno também presente no Espírito Santo.

Em relação à idade, à época do óbito por suicídio, esta pesquisa encontrou os seguintes percentuais: 59,9% em idosos de 60 a 69 anos, 31,1% naqueles com idade entre 70 e 79 anos e apenas 9% entre os idosos com 80 ou mais anos de idade. Tais achados são compartilhados com a maioria dos resultados de pesquisas brasileiras (CARMO, *et al.*, 2018; COSTA, *et al* (2019); TAVARES, *et al.*, 2020; MACHADO, 2020), onde há um predomínio de óbitos por suicídio entre os idosos chamados de “idosos mais jovens”, o que diferem dos principais trabalhos internacionais, onde tem sido encontrado uma proporção maior de óbito entre os idosos ditos “mais velhos”

(INNAMORATTI, *et al.*, 2013; CHEUNG, *et al.*, 2018; CRESTANI, *et al.*, 2019; DE LEO, 2019; HE, *et al.*, 2021). Já CONFORTIN, *et al.* (2019), ao analisar os grupos etários, observou que houve aumento significativo na taxa de mortalidade por suicídio entre os idosos de 70 a 79 anos, no Brasil no período de 2008 a 2015, assim como SANTOS *et al.*, (2021), ao estudar o tema em levantamento de 2012 a 2016.

Neste estudo, o grupo dos idosos mais jovens (60 a 69 anos) foi o mais prevalente, correspondendo a 60% dos casos com uma taxa média de 4 suicídios /100 mil habitantes.

Quanto ao gênero, uma vasta literatura relata que os homens apresentam maior propensão ao suicídio em relação às mulheres. Esse fenômeno ocorre tanto a nível mundial como nacional (SANTOS *et al.*, 2017; DOS SANTOS SILVA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021; BALDAÇARA *et al.*, 2022) e no Espírito Santo não foi diferente. Os dados deste trabalho estão de acordo com a literatura, onde foi observado que a taxa de suicídio entre homens foi significativamente maior com média de 5,2/100 mil habitantes (*teste Mann-Whitney, $P < 0,0001$*).

Segundo DOS SANTOS SILVA *et al.*, (2020), em trabalho publicado sobre suicídio em idosos nas capitais brasileiras, 74% dos óbitos ocorreram entre homens, no período de 2001 a 2014. Nos 3 estados da Região Sul do país, segundo CABRAL *et al.*, (2016), mais de 80% dos suicídios entre idosos ocorreu no sexo masculino em período entre 2003 a 2012, que é coincidente com outros estudos. Tais achados também foram confirmados por MACHADO (2020), REIS, *et al.*, (2020), SANTOS, *et al.*, (2021). Na maioria das publicações brasileiras recentes sobre suicídio entre pessoas idosas, há um predomínio do sexo masculino, o que também ocorre na maioria dos outros países, com raras exceções, como Índia (VIJAYAKUMAR, 2015). Pesquisas recentes têm associado o aumento do suicídio entre mulheres em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, a alto grau de violência, principalmente social e doméstica (CAI, *et al.*, 2021).

Quanto ao método empregado para o suicídio, principalmente entre idosos, os trabalhos têm mostrado, tanto no Brasil quanto no exterior, um predomínio do enforcamento, possivelmente pela facilidade do acesso, seguido do uso de arma de fogo, em geral entre os homens e de intoxicação por uso de medicamentos ou

agrotóxicos, em geral entre as mulheres, o que foi confirmado na casuística apresentada neste trabalho (KOO *et al*, 2019; MC DONALD *et al*, 2017; CARMO *et al*, 2018; COSTA *et al*, 2019, CONFORTINI, *et al*, 2019; SANTOS *et al*, 2021).

Em relação ao estado civil, havia consenso na literatura de que pessoas idosas que moram sozinhas, ou recém-chegadas a instituições de longa permanência, ou aquelas que ficaram viúvas recentemente seriam mais propensas ao ato suicida (ZARTALOUDI, 2021). No entanto, no material levantado para esta pesquisa, e em outros trabalhos brasileiros, tal afirmação não foi confirmada (CARMO *et al.*, 2018). No Brasil, foi observado uma tendência de aumento da taxa de suicídio, especialmente entre os homens, e está desigualmente distribuída no país (SANTOS *et al.*, 2017). Há uma forte correlação entre suicídio e fatores identitários que culminam com crises existenciais nos idosos, os quais levam a transtornos mentais como mudanças de humor e depressão (SOUSA *et al*, 2013). Também, não há consenso em relação à cor/raça e o suicídio entre idosos. Este trabalho mostrou uma maior proporção na população branca, mas não é consistente afirmar que existe correlação porque ainda existe confusão em torno da determinação de cor/raça e ainda são necessários estudos acerca destas características na população.

6. CONCLUSÃO

Em conclusão, salienta-se que o risco de suicídio é alto entre os idosos, o que é preocupante, uma vez a população está envelhecendo rapidamente, o que leva à necessidade de medidas de apoio a esse segmento vulnerável da população, principalmente os que moram sozinhos, aqueles recém diagnosticados com demência, mas que ainda têm percepção do que pode lhes acontecer em termos de perdas funcionais e dependência de terceiros, por exemplo. Também estão sob risco aumentado os idosos com síndromes depressivas não tratadas, aqueles que fazem uso frequente de álcool, opiáceos e outras substâncias, aqueles portadores de doenças físicas incapacitantes, crônico-degenerativas, síndromes dolorosas, neoplasias malignas, doença pulmonar obstrutiva crônica incapacitante, entre outras. Além das doenças físicas e mentais que são conhecidos fatores de risco para os idosos, é importante atentar para questões sociais como desavenças familiares, violência doméstica, violência contra o idoso, aposentadoria não planejada, perdas financeiras, pobreza extrema, mudança de domicílio, perda de amigos e parentes (FEASBERG *et al*, 2015; SHAH *et al*, 2015; SACHS-ERICSSON *et al*, 2016; STANLEY *et al*, 2016; HALE & MARSHALL, 2020; ROGERS *et al*, 2020).

Ressalta-se a importância da capacitação dos diversos profissionais de saúde, na atenção ao idoso com comportamento suicida. Trabalhos realizados principalmente fora do Brasil são unânimes em alertar para a alta procura pelos serviços da atenção primária nos meses que antecedem ao suicídio, em geral com queixas físicas diversas. É comum os idosos não falarem sobre seus problemas emocionais e os profissionais da APS precisam perguntar a respeito. A APS pode e deve funcionar como um filtro de detecção de comportamento suicida, principalmente entre idosos, pois é sabido que eles, em geral, não procuram os serviços de saúde mental, nem procuram os médicos psiquiatras, mas aumentam suas tentativas de pedir ajuda aos médicos generalistas, que muitas vezes não estão preparados para escutá-los e, principalmente, perguntar sobre o comportamento suicida (CHOCK, *et al.*, 2015; PICARELLI, 2017; BERARDELLI, *et al.*; 2018; FERREIRA, *et al.*, 2018; STORINO, *et al.*, 2018; FERREIRA *et al*, 2019; WALBY, *et al.*, 2019; MEDEIROS, *et al.*, 2020; ROCHA, *et al.*, 2020; SANTOS, *et al.*, 2021; LAFLAME *et al*, 2022).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.S., VEDANA, K.G.G. Training and attitudes related to suicide attempts among Family Health Strategy professionals. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 16(4):92-99, 2020. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.165054>.

ALMEIDA, O.P., DRAPER, B., SNOWDON, J., LAUTENSCHLAGER, N.T., PIRKIS, J., BYRNE, G., SIM, M., STOCKS, N., FLICHER, L., PFAFF, J.J. Factors associated with suicidal thoughts in a large community study of older adults. *Br J Psychiatry*, 201, 466–472, 2012. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110130.

AHMEDANI, B. K., PETERSON, E. L., HI, Y., ROSSOM, R. C., LYNCH, F., LU, C. Y., SIMON, G. E. Major Physical Health Conditions and Risk of Suicide. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 308–315, 2017. doi:10.1016/j.amepre.

ANDRÉ, W. Literatura e suicídio: alguns operadores de leitura. *Acta Scientiarum. Language and Culture*, v. 40(2), e37413, 2018. doi: 10.4025/actascilangcult.v40i2.37413.

AZEVEDO, U.N.DE. Perfil da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil: uma análise das diferenças entre os gêneros. *Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da UFRN – Universidade Federal do Rio Grande do Norte*, 2018.

BACHMANN, S. Epidemiology of Suicide and the Psychiatric Perspective. *Int J Environ Res Public Health*, 15(7), 1425, 2018.

BALDAÇARA, L., MELEIRO, A., QUEVEDO, J., VALLADA, H., da SILVA, A, G. Epidemiology of suicides in Brazil: a systematic review. *Global Psychiatry*, 5 (1), 2022. doi: 10.52095/gp.2022.4377.1035.

BALDASSARINI, R.J. Epidemiology of suicide: recent developments. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e71, 1–3, 2020. doi.org/10.1017/ S2045796019000672.

BANI-FATEMI, A., TASMIM S., GRAFF A., GERRETSEN P., STRAUSS J., KOLLA N., SPALLETTA G., De LUCA, V. Structural and functional alterations of the suicidal brain: an updated review of neuroimaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 2018. doi: 10.1016/j.psychresns.2018.05.008.

BEACH, V. L., GISSANDANER, T. D., SCHMIDT A. T. The UPPS Model of Impulsivity and Suicide: A Systematic Literature Review. *Archives of Suicide Research*, 2021. DOI: 10.1080/138111118.

BELSHER, B.E., SMOLENSKI, D.J., PRUITT, L.D., BUSH, N.E., BEECH, E.H., WORKMAN, D.E., MORGAN, R.L., EVATT, D.P., TUCKER, J., SKOPP, N.A. Prediction Models for Suicide Attempts and Deaths - A Systematic Review and Simulation. *JAMA Psychiatry*, 2019. doi:10.1001/jamapsychiatry.0174.

BERARDELLI, I., CORIGLIANO, V., HAWKINS, M., COMPARELLI, A., ERBUTO, D., POMPILLI, M. Lifestyle Interventions and Prevention of Suicide. *Front. Psychiatry*, 2018. doi.org/10.3389/fpsy.2018.00567.

BERTOLETE, J.M. O suicídio e sua prevenção. *São Paulo, Editora UNESP*, 2012.

BOTEGA, N.J. Comportamento Suicida. *Psicologia - USP*, 25(3): 231-236, 2014.

BOTEGA, N.J. Crise Suicida. Avaliação e Manejo. *Porto Alegre, Artmed*, 2015.

BRASIL. Manual de Procedimentos do Sistema de Informações sobre Mortalidade. Ministério da Saúde. *Fundação Nacional de Saúde. BRASÍLIA*, 2001.

BRASIL. RESOLUÇÃO Nº 510/2016. Comitês de Ética em Pesquisa/Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CEP/CONEP) (BRASIL, 2016). Publicada no *DOU* nº 98, terça-feira, 24 de maio de 2016 - seção 1, páginas 44-46. <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf> (último acesso em 27/07/2022).

BRASIL. Lei nº 13.819, de 26 de abril de 2019.

BRASIL. DOU, 09/06/2014. PORTARIA Nº 1.271, DE 06 DE JUNHO DE 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências, 2014.

BRASIL. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. Vol. 52. setembro 2021. Disponível em https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf. Último acesso em 12 de agosto de 2022.

BROOKS, S.E., BURRUSS, S.K., KAUSHIK, M.K. Suicide in the Elderly - A Multidisciplinary Approach to Prevention. *Clin Geriatr Med*, 2018. doi: org/10.1016/j.cger.2018.08.012.

CABRAL, D. V. S.; PENDLOSKI, J. Mortalidade por suicídio em idosos: uma análise do perfil epidemiológico no sul do Brasil. *Revista Uningá*, v. 47, n. 2, 2016.

CAI, Z., CANETTO, S.S., CHANG, Q., YIP, P.S.F. Women's suicide in low-, middle-, and high-income countries: Do laws discriminating against women matter? *Social Science & Medicine*, Volume 282, 114035, 2021.

CALIXTO FILHO, M; ZERBINI T. Epidemiologia do Suicídio no Brasil entre os anos de 2000 e 2010. *Saúde, Ética & Justiça*. 21(2), 45-51, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2317-2770.v21i2p45-51>

CARMO, E.A., SANTOS, P.H.S., RIBEIRO, B.S., SOARES, C.J., SANTANA, M.L.A.D., BOMFIM, E.S., DE OLIVEIRA, B.G., OLIVEIRA, JS. Características sociodemográficas e série temporal da mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia, 1996-2013. *Epidemiol. Serv. Saude, Brasília*, 27(1):e20171971, 2018. doi: 10.5123/S1679-49742018000100001.

CARNEIRO, A.B.F. Suicídio, religião e cultura: reflexões a partir da obra "Sunset Limited". *Reverso*, 35(65), Belo Horizonte, 2013.

CHEUNG, G., DOUWES, G., SUNDRAM, F. Late-Life Suicide in Terminal Cancer: A Rational Act or Underdiagnosed Depression? *J Pain Symptom Manage*; 54:835-842, 2017.

CHEUNG, G., MERRY, S., SUNDRAM, F. Do suicide characteristics differ by age in older people? *International Psychogeriatrics*, 30(3), 323-330, 2018. doi:10.1017/S1041610217001223.

CHO, J., KANG, D.R., MOON, K.T., SUH, M., HAA, K.H., KIM, C., SUH, I., SHIM, D.C., JUNG, S.H. Age and gender differences in medical care utilization prior to suicide. *Journal of Affective Disorders* 146 181–188, 2013. doi.org/10.1016/j.jad.2012.09.001.

CHOCK, M.M., BOMMERSBACH, T.J., GESKE, J.L., BOSTWICK, J.M. (2015). Patterns of Health Care Usage in the Year Before Suicide: A Population-Based Case-Control Study. *Mayo Clin Proc.* 90(11):1475-1481, 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.07.023>.

CIULLA, L., NOGUEIRA, E.L., DA SILVA FILHO, I.G., TRES, G.L., ENGROFF, P., CIULLA, V., CATALDO NETO, A. Brief report Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *J of Affect Disord.* 152-154: 513–516, 2014. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.05.090>.

CONEJERO, I., NAVUCET, S., KELLER, J., OLIÉ, E., COURTET, P., GABELLE, A. A Complex Relationship Between Suicide, Dementia, and Amyloid: A Narrative Review. *Front. Neurosci.* 12(371), 2018. doi: 10.3389/fnins.2018.00371.

CONEJERO, I., OLIÉ, E., COURTET, P., CALATI, R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clinical interventions in aging*: 13, 691, 2018. <http://dx.doi.org/10.2147/CIA.S130670>.

CONFORTIN, S.C., DE ANDRADE, S.R., DA CUNHA, K.S., BARBOSA, A.R. Variação da mortalidade por suicídio em idosos da região sul do Brasil: 2006 a 2015. *Cienc Cuid Saude Jul-Set* 18(3) e44996, 2019. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v%vi%i.44996.

CONWELL, Y. (2014). Suicide Later in Life - Challenges and Priorities for Prevention. *Am J Prev Med*;47(3S2): S244–S250, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.05.040>.

CONWELL, Y., LUTZ, J. Lifespan development and suicide in later life. *International Psychogeriatrics*, 33:2, 117–119, 2021. doi:10.1017/S1041610220003695.

CONWELL, Y., VAN ORDEN, K., ERIC, D., CAINE, E.D. (2011). Suicide in Older Adults. *Psychiatr Clin N Am* 34 (2011) 451–468, 2011. doi:10.1016/j.psc.2011.02.002.

CORTEZ, A.C.L., DA SILVA, C.R.L., DA SILVA, R.C.L., DANTAS, E.H.M. Aspectos gerais sobre a transição demográfica e epidemiológica da população brasileira. *Enferm Bras*;18(5);700-709, 2019. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i5.2785>.

COSTA, C.M., BITENCOURT, M.O., BELLO, A.F., DIAZ, A.P. Taxas de mortalidade por suicídio, doença cerebrovascular, doença isquêmica do coração e doença crônica de vias aéreas superiores em idosos brasileiros: uma análise temporal de 20 anos. *Revista debates in psychiatry*, Mar-Abr 2019 - <http://dx.doi.org/10.25118/2236-918X-9-2-1>.

COSTANZA, A., AMERIO, A., RADOMSKA, M., AMBROSETTI, J., DI MARCO, S., PRELATI, M., AGUGLIA, A., SERAFINI, G., AMORE, M., BONDOLFI, G., MICHAUD, L., POMPILLI, M. Suicidality Assessment of the Elderly with Physical Illness in the Emergency Department. *Front. Psychiatry* 11:558974, 2020. doi: 10.3389/fpsy.2020.558974.

COSTANZA, A., AMERIO, A., AGUGLIA, A., MAGNANI, L., SERAFINI, G., AMORE, M., MERLI, R., AMBROSETTI, J., BONDOLFI, G., BERARDELLI, I., MARZANO, L. “Hard to Say, Hard to Understand, Hard to Live”: Possible Associations between Neurologic Language Impairments and Suicide Risk. *Brain Sci.* 11, 1594, 2021. <https://doi.org/10.3390/brainsci11121594>.

COSTANZI, R.N., FERNANDES, A.Z., SANTOS, C.F.D., SIDONE, O.J.G. Breve análise da nova projeção da população do IBGE e seus impactos

previdenciários. N51. *Diretoria de Estudos e Políticas Sociais. IPEA, 2018.* Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8792>. Último acesso em 13/08/2022.

CRESTANI, C., MASOTTI, V., CORRADI, N., SCHIRRIPA, M.L., CECCHI, R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed*; 90 (1): 68-76, 2019. doi: 10.23750/abm.v90i1.

CUI, R., AMY, F.A. New Research on Older Adult Suicide: A Reason for Hope. *Clinical Gerontologist*, 43:1, 1-3, 2020. doi: 10.1080/07317115.2020.1690299.

DAGNINO, R. População: Elementos demográficos para compreender o Brasil e suas transições. *Brasil em números*, v. 27, p. 71-89, 2019. Disponível em: <https://professor.ufrgs.br/dagnino/publications/populacao-Brasil-em-numeros>. Último acesso em 13/08/2022.

DE LA GARZA, A.G., BLANCO, C., OLFSON, M., WALL, M.M. Identification of Suicide Attempt Risk Factors in a National US Survey Using Machine Learning. *JAMA Psychiatry*, 2021. doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4165.

DE LEO, D. Ageism and suicide prevention. *Lancet Psychiatry*; 5(3): 192-193, 2017. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30472-8.

DE LEO, D. Suicidal behavior in late life: reasons and reactions to it. *International Psychogeriatrics*, 31(11), 1531–1533, 2019. doi:10.1017/S1041610219000942.

DE LEO, D., DRAPER, B.M., SNOWDON, J., KÖLVES, K. (2013). Contacts with health professionals before suicide: Missed opportunities for prevention? *Comprehensive Psychiatry*, 54 (7), 1117-1123, 2013. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.05.007>.

DE LEO, D., VICH, M., KÖLVES, K., POMPILLI, M. Late life suicide in Italy, 1980–2015. *Aging clinical and experimental research*, 32(3), 465-474, 2019. <https://doi.org/10.1007/s40520-019-01431-z>.

DEUTER, K., PROCTER, N., EVANS, D. Protective factors for older suicide attempters: Finding reasons and experiences to live. *Death Studies*, 44(7), 430-439, 2020. doi.org/10.1080/07481187.2019.1578303.

DEUTER, K., PROCTER, N., EVANS, D., JAWORSKI, K. Suicide in older people: Revisioning new approaches. *Int J Mental Health Nursing* 25,144–150,2016. doi: 10.1111/inm.12182.

DO CARMO, R., CAMARGO, K.C.M. Dinâmica Demográfica Brasileira Recente: padrões regionais de diferenciação. *Rio de Janeiro: IPEA, Brasília, 2018*. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10199>

DOS SANTOS SILVA, J. V.; DOS SANTOS JÚNIOR, C. J.; DO NASCIMENTO OLIVEIRA, K. C. P. Suicídio em idosos: índice e taxa de mortalidade nas capitais brasileiras no período de 2001 a 2015. *Medicina (Ribeirão Preto)*, v. 53, n. 3, p. 215-222, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v53i3p215-222>

DRAPER, B.M. Suicidal behavior and suicide prevention in later life. *Maturitas*, 79(2), 179-183, 2014. doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.04.003.

ERLANGSEN, A., STENAGER, E., CONWELL, Y. Physical diseases as predictors of suicide in older adults: a nationwide, register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1427–1439, 2015. doi:10.1007/s00127-015-1051-0.

FAZEL, S., RUNESON, B. Suicide. *N Engl J Med*; 382:266-74, 2020. doi: 10.1056/NEJMr1902944.

FEASSBERG, M.M., CHEUNG, G., CANETTO, S.S., ERLANGSEND, A., LAPIERRE, S., LINDNER, R., DRAPER, B., GALLO, J.J., WONG, C., WU, J., DUBERSTEIN, P., WAERN, M. A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20(2), 166–194, 2015. doi:10.1080/13607863.2015.1083945.

FERREIRA, G.S., FAJARDO, A.P., MELLO, E.D. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 29(4), e290413, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312019290413>.

FERREIRA, M.L., VARGAS, M.A.O., RODRIGUES, J., TRENTIN, D., BREHMER, L.C.F., MOT, M. Comportamento Suicida e Atenção Primária à Saúde. *Enferm. Foco*; 9 (4): 50-54, 2018.

FULLEN, M.C., SHANNONHOUSE, L.S., MIZE, M.C., MISKIS, C. Mental health distress in homebound older adults: Importance of the aging network. *Aging & Mental Health*, 25, 2021. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1758920>.

GATTI, P.V. *O Suicídio na Literatura: uma análise discursiva crítica. Dissertação de Mestrado.* (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Grande Dourados, em: <https://portal.ufgd.edu.br/setor/biblioteca/repositorio>, 2020.

GOTTI, E.S., GOMES, M.C., ARGONDIZZI, J.G.F., DE OLIVEIRA, E.A., DE SOUSA, N.M. Suicide prevention in Primary Health Care: an analysis on the spheres of professional activity. *Revista Perspectivas vol.12 n°02 pp. 465-486*, 2021. Doi: doi.org/10.18761/PAC000738.out21.

HALE, D., MARSHALL, K. Suicide and the Older Adult. *Home Healthcare*, 2020. doi: 10.1097/NHH.0000000000000906.

HE J., OUYANG, F., QIU, D., Li, L., Li, Y., SHUIYUAN, X.S. Time Trends and Predictions of Suicide Mortality for People Aged 70 Years and Over From 1990 to 2030 Based on the Global Burden of Disease Study 2017. *Front. Psychiatry*, 2021. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.721343>.

IBGE, 2010. Censo demográfico 2010. Disponível em https://www.google.com.br/search?q=censo+ibge+2010&source=hp&ei=45V3Y8ipC-7d1sQP4bWxkAs&iflsig=AJiK0e8AAAAAY3ej8xfk2LR6wtNmQVi-ybkLD1xe84ad&oq=CENSO+IBGE+&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAEYAjlICAAQgAQQsQMyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQyBQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQy

BQgAEIAEMgUIABCABDIFCAAQgAQ6CwgAEIAEELEDEIMBOhEILhCABBCxAxCD
ARDHARDRAzoICC4QgwEQsQM6CAguEIAEELEDOgUILhCABDoECAAQQzoLCC
4QgAQQxwEQrWE6BwgAELEDEEM6EQguEK8BEMcBEJIDEMkDEIAEOgoIABCxA
xCDARBDSgUIQBIBMVD0E1iLMWC4QGgCcAB4AIABoAKIAdENkgEFMC45LjKYA
QCgAQGWAQA&sclient=gws-wiz. Último acesso em 13/08/2022/

IBGE, 2013. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/13577-asi-ibge-populacao-brasileira-envelhece-em-ritmo-acelerado>. Último acesso em 13/08/2022.

IBGE, 2018. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>. Último acesso em 13/08/2022.

INNAMORATI, M., POMPILLI, M., DI VITORIO, C., BARATTA, S., MASOTTI, V., BADARACCO, A., CONWELL, Y., GIRARDI, P., AMORE, M. Suicide in the Old Elderly: Results from One Italian County. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1158–1167, 2013. doi:10.1016/j.jagp.2013.03.003.

KOO, Y.W., KÖLVES, K., DE LEO, D. Profiles by suicide methods: an analysis of older adults. *Aging & Mental Health*, 23 (3), 2019. doi: 10.1080/13607863.2017.1411884.

KOO, Y.W., KÖLVES, K., DE LEO, D. Suicide in older adults: differences between the young-old, middle-old, and oldest old. *International Psychogeriatrics*, 29:8, 1297–1306, 2017. doi:10.1017/S1041610217000618.

LAANANI, M., IMBAUD, C., TUPPIN, P., POULALHON, C., JOLLANT, F., COSTE, J., REY, G. Contacts with Health Services During the Year Prior to Suicide Death and Prevalent Conditions – A Nationwide Study. *J Affective Disorders*, V274, 174-182, 2020. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.071>.

LAFLAMME, L., VAEZ, M., LUNDIN, K., SENGOELGE, M. Prevention of suicidal behavior in older people: A systematic review of reviews. *PLoS One* ;17(1): e0262889, 2022. doi: 10.1371/journal.pone.0262889.

LEE, H., SEO, K.H., KIM, J.W. Age and sex-related differences in risk factors for elderly suicide: Differentiating between suicide ideation and attempts. *Int J Geriatr Psychiatry*.7;1–7, 2017. <https://doi.org/10.1002/gps.4794>.

LIN, C., HUANG, C-M., KARIM, H.T., LIU, H-L., LEE, T.M-C., WU, C.W., TOH, C.H., TSAI, Y-F., YEN, T-H., LEE, S-H. Greater white matter hyperintensities and the association with executive function in suicide attempters with late-life depression. *Neurobiology of Aging* 103, 60-70, 2021. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2020.12.016>.

LOVISI, G.M., SANTOS, S.A., LEGAY, L., ABELHA, L., VALENCIA, E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009;31(Suppl II):S86-94, 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600007>.

MACHADO, C.S., BALLESTER, P.L., CAO, B., MWANGI, B., CALDIERARO, M.A., KAPCZINSKI, F., PASSOS, I.C. (2021). Prediction of suicide attempts in a prospective cohort study with a nationally representative sample of the US population. *Psychological Medicine* 1–12, 2021. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004997>.

MACHADO, D.B. Taxa de suicídio aumenta entre idosos no Brasil. Análises de 2007 a 2017. *Mais 60 – Estudos sobre Envelhecimento* 30(76), Abril de 2020.

MC DONALD, K., MACHADO, D.B., CASTRO-DE-ARAUJO, L.F.S., KISS, L., PALFREYMAN, A., BARRETO, M.L., DEVAKUMAR, D., LEWIS, G. Trends in method-specific suicide in Brazil from 2000 to 2017. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56(10), 1779–1790, 2021. doi:10.1007/s00127-021-02060-6.

MEDEIROS, B.G., MEDEIROS, N.S.B., PINTO, T.R. Educação permanente em saúde mental: o suicídio na agenda do cuidado dos Agentes Comunitários de Saúde. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 15(2), São João del-Rei, abril a junho de 2020. e-2801, 2020.

MENEGHEL, S.N., MINAYO, M.C.S. Envelhecimento com dependência: o que mostra o cinema. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(1):67-76, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232020261.31362020.

MIRANDA, G.M.D., MENDES, A.C.G., DA SILVA, A.L.A. (2016). O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev Bras Geriatr Gerontol*, 19(3):507-519, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150140>.

NAGHAVI, M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ*; 364:l94, 2019. doi: doi.org/10.1136/bmj.l94.

OBUOBI-DONKOR, G., NKIRE, N., AGYAPONG, V.I.O. Prevalence of Major Depressive Disorder and Correlates of Thoughts of Death, Suicidal Behaviour, and Death by Suicide in the Geriatric Population—A General Review of Literature. *@Behav Sci (Basel)*; 11(11): 142, 2021. doi: 10.3390/bs11110142.

OLIVEIRA, A.S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. *Hygeia* 15 (31): 69 - 79, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia153248614>.

PASSOS, I.C. Could an algorithm help prevent suicides? *Journal of Affective Disorders*, 291, 252–253, 2021. doi:10.1016/j.jad.2021.05.016.

PICARELLI, C.C. *Prevenção de suicídio: estratégias para modificar a percepção e o conhecimento de estudantes de medicina*. Mestrado Profissional. Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde/PUC, Sorocaba, SP, 2017. Orientadora: Cibele Isaac Saad Rodrigues.

PINTO, L.W., DE ASSIS, S.G., PIRES, T.O. 2012. Mortalidade por suicídio em pessoas com 60 anos ou mais nos municípios brasileiros no período de 1996 a 2007. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):1963-1972, 2012. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800007>.

RAUE, P., GHESQUIERE, A.R., BRUCE, M.L. Suicide Risk in Primary Care: Identification and Management in Older Adults. *Curr Psychiatry Rep.* 16(9): 466, 2014. doi: 10.1007/s11920-014-0466-8.

REIS, M.C.B.S., DE OLIVEIRA, M.L.C., DOS REIS, C.B.S. Suicídio em idosos residentes no Distrito Federal, Brasil, no período de 2011 – 2015. *Ciências Saúde.* 2020; 31(1):197-208, 2020.

RIBEIRO, P.L., DE OLIVEIRA, M.T.V., DE OLIVEIRA, M.F., CUPERTINO, MC. Manejo na prevenção do comportamento suicida dos usuários da Atenção Primária à Saúde: Revisão sistemática. *Research, Society and Development*, 10 (10), e02101018547, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18547>.

RIOS, M.A., DOS ANJOS, K.F., MEIRA, S.S., NERY, A.A., CASOTTI, C.A. Completude do sistema de informação sobre mortalidade por suicídio em idosos no estado da Bahia. *J. bras. psiquiatr.*, 62(2); 2013. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852013000200006>.

ROCHA, F.R., ALVARENGA, M.R.M., GIACON-ARRUDA, B.C.C. Impacto da intervenção educacional sobre suicídio na percepção de enfermeiras e agentes comunitários de saúde. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*;16(4):13-22, 2020. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.168225.

ROGERS, M.L., JOINER, T.E., SHAHAR, G. Suicidality in Chronic Illness: An Overview of Cognitive–Affective and Interpersonal Factors. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 28(1), 137–148, 2020. doi:10.1007/s10880-020-09749-x. 10.1007/s10880-020-09749-x.

RYU, S., LEE, D-K., PARK, K. Use of a Machine Learning Algorithm to Predict Individuals with Suicide Ideation in the General Population. *Psychiatry Investig*; 15(11):1030-1036, 2018. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.08.27>.

SACHS-ERICSSON, N., VAN ORDEN, K., ZARIT, S. Suicide and aging: special issue of *Aging & Mental Health.*, 20:2, 110-112, 2016. doi: 10.1080/13607863.2015.1099037.

SANTOS, E.G.O; OLIVEIRA, Y.O.M.C; AZEVEDO, U.N.; NUNES, A.D.S; AMADOR, A.E; BARBOSA, I.R. Análise espaço-temporal da mortalidade por suicídio em idosos no Brasil. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 20(6): 854-865, 2017.

SANTOS, D.C.R., ALENCAR, R.A., DOMINGOS, TS. Workshops for approaching suicidal behavior: implementation in Primary Health Care. *Rev Bras Enferm.* 74(Suppl 3), 2021. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0405>.

SANTOS, M.C.L., GIUSTI, B.B., YAMAMOTO, C.A., CIOSAI, S.I., SZYLIT, R. Suicide in the elderly: an epidemiologic study. *Rev Esc Enferm USP.* 55:e03694, 2021. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026603694>.

SCALCO, L.M., DOS SANTOS, J.F., SCALCO, M.G.S., BEZERRA, A.J.C., FALEIROS, V.P., GOMES, L. Suicídios e tentativas de suicídio de personagens idosos em filmes: fatores relacionados nos filmes de longa-metragem. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* 19 (06), 2016. <https://doi.org/10.1590/1981-22562016019.160023>.

SCHMAAL, L, VAN HARMELEN, A-L., CHATZI V., AVERILL L.A., MAZURE C.M., BLUMBERG H.P. Imaging suicidal thoughts and behaviors: a comprehensive review of 2 decades of neuroimaging studies. *Molecular Psychiatry* 25:408–427, 2020. <https://doi.org/10.1038/s41380-019-0587-x>.

SHAH, A., BHAT, R., ZARATE-ESCUADERO, S., DE LEO, D., ERLAGSEN, A. Suicide rates in five-year age-bands after the age of 60 years: the international landscape. *Aging & Mental Health*, 20:2, 131-138, 2015. doi: 10.1080/13607863.2015.1055552.

SILVA, I.G.DA, MARANHÃO, T.A., SOUSA, G.J.B., SILVA, T.L., ARAÚJO, G.A.S., SOUSA, D.B., PEREIRA, M.L.D. Dinâmica temporal e espacial e fatores relacionados à mortalidade por suicídio entre idosos. *J. bras. psiquiatr.* 71 (2); 2022. DOI: 10.1590/0047-2085000000367.

SIMMONS, S.S., MAIOLO, V., AHINKORAH, B.O., HAGAN JR, J.E., SEIDU, A-Z, SCHACK, T. Assessing the Determinants of the Wish to Die among the Elderly

Population in Ghana. *Geriatrics (Basel)*. 6(1): 32, 2021. doi: 10.3390/geriatrics6010032.

SOUSA GS, SILVA, RM, FIGUEIREDO AEB, MINAYO MCS, VIEIRA LJES. Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO*, 2013. DOI: 10.1590/1807-57622013.0241.

SPOTTSWOOD, M., LIM, C.T., DAVYDOW, D., HUANG, H. Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration: A Review. *Front Med*, 27;9:892205, 2022. doi: 10.3389/fmed.2022.892205.

STANLEY, I.H., HOM, M.A., ROGERS, M.L., HAGAN, C.R., JOINER JR, T.E. Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & Mental Health*, 20:2, 113-122, 2016. doi: 10.1080/13607863.2015.1012045.

STENE-LARSEN, K., RENEFLLOT, A. Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47: 9–17, 2019. doi.org/10.1177/1403494817746274.

STONE, D.M., JONES, C.M., KARIN, A., MACK, K.A. Morbidity and Mortality Weekly Report February 26, 2021 – Changes in Suicide Rates — United States, 2018–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 26; 70(8): 261–268, 2021. doi: 10.15585/mmwr.mm7008a1.

STORINO, B.D., FIGUEIREDO E CAMPOS, C., CHICATA, L.C.O., CAMPOS, M.A., MATOS, M.S.C., NUNES, R.M.C.M., VIDAL, C.E.L. Atitudes de profissionais da saúde em relação ao comportamento suicida. *Cad. Saúde Colet.*, 26 (4): 369-377, 2018. DOI: 10.1590/1414-462X201800040191.

SZÜCS, A., SZANTO, K., AUBRY, J-M, DOMBROVSKI, A.Y. (2018): Personality and Suicidal Behavior in Old Age: A Systematic Literature Review. *Front. Psychiatry* 9:128 2018. doi: 10.3389/fpsy.2018.00128.

TAVARES, F.L., BORGO, V.M.P., LEITE, F.M.C., CUPERTINO, E.G.F., PEREIRA, J.A., ALVES, R.N.R., ROSA, M. Mortalidade por suicídio no Espírito Santo: uma análise do período de 2012 a 2016. *Av Enferm.* 38(1):66-76. 2020. doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n1.79960>.

TURECKI, G., BRENT, D.A. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet* 387(10024), 1227-1239, 2016. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2).

VAN ORDEN, K.A., CONWELL, Y. Issues in research on aging and suicide. *Aging & Mental Health*, 20 (2), pp. 240-251, 2016. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2015.1065791>.

VIJAYAKUMAR, L. Suicide in women. *Indian J Psychiatry* 57:S233-8, 2015. DOI: 10.4103/0019-5545.161484.

WALBY, F.A., MYHRE, M.O., KILDAHL, A.T. Contact with Mental Health Services Prior to Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatric Services*; 69:751–759, 2018. doi: 10.1176/appi.ps.201700475.

WELLS, R.H.C., BAY-NIELSEN, H., BRAUN, R., ISRAEL, R.A., AURENTI, R., MANGUIN, P., TAYLOR, E. CID-10: classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. São Paulo: EDUSP, 2011.

WHO, 2002. Envelhecimento Ativo: Uma Política de Saúde. 1ª edição traduzida para o português – 2005. Brasília, 2005.

WHO. Mental health action plan. 2013-2020. WHO, 2013c. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89966estimates/ghe-leading-causes-of-death> (último acesso em 24/03/2022);

WHO. Preventing Suicide: A Global Imperative. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2014. http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.

WHO. Suicide fact sheet. WHO, 2017. Disponível em: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en (último acesso em 02/07/2022), 2017.

WHO. LIVE LIFE: Preventing Suicide. 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325650/WHO-MSD-MER-18.3-eng.pdf>. Último acesso em 13/08/2022.

WHO. Suicide in the world – Global Health Estimates. 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>. Último acesso em 13/08/2022.

WHO. Suicide fact sheet. WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (último acesso em 22/07/2022).

WHO. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>, 2021b.

WHO. Ageing and health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, 2021c.

ZARTALOUDI, A. Suicide in elderly people. *International Psychogeriatrics*, 33(S1), 75-75. <https://doi.org/10.1017/S1041610221002258>, 2021.

ANEXOS

Tabela 4 – Proporção de suicídios de idosos no ES e no Brasil (2006-2019)

	Idosos	Total de suicídios	%
Total de suicídios na população – Espírito Santo	344	2.495	13,8%
Total de suicídios na população do Brasil	23.950	148.375	16,1%

Tabela 5 – Número de suicídios entre idosos, segundo as categorias CID menos frequentes no ES ao longo de 2006 a 2019.

Categorias CID-10	X60	X61	X63	X64	X66	X71	X72	X76	X79	X83	X84
Nº casos	1	6	2	6	1	5	8	8	3	1	7