

**Pró-Reitoria de Graduação  
Curso de Psicologia  
Trabalho de Conclusão de Curso**

**SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE**

Autor: Valdirene Alves de Lima

Orientador: MsC. Alexandre Cavalcanti Galvão

Brasília - DF

2010



**VALDIRENE ALVES DE LIMA**

## **SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE**

Artigo apresentado ao curso de graduação  
em Psicologia da Universidade Católica de Brasília  
como requisito parcial para obtenção do título de  
psicólogo.

Orientador: MsC. Alexandre Cavalcanti Galvão.

**BRASÍLIA**  
**2010**



Artigo de autoria de Valdirene Alves de Lima, intitulado “**SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE**”, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de psicóloga pela Universidade Católica de Brasília, em 18 de novembro de 2010, defendido e aprovado pela banca examinadora abaixo assinada:

---

**MsC. Alexandre Cavalcanti Galvão**  
**Orientador**

---

**Dra. Carmen Jansen Cárdenas**  
**Banca**

**Brasília**  
**2010**

Dedico este trabalho à minha mãe e irmãos, que em todo tempo, em toda e qualquer circunstância me deram apoio, carinho e amor, impulsionando-me a buscar meus objetivos e metas. Ao meu amado esposo, que foi meu braço forte, meu ombro amigo nas horas em que mais precisei. À memória do meu velho e querido pai, que me acompanhou em todos os meus passos, até que a morte nos separou. Amo todos vocês.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar agradeço a Deus, por me conceder a rica oportunidade de viver tamanha experiência em minha vida. À minha querida família: minha mãe, meus irmãos e meu esposo, amo todos vocês. Vocês são os responsáveis por tudo o que sou e pelo sucesso que ainda alcançarei. Aos meus amigos, em especial às minhas queridas amigas, Kátia e Wilma, que por muitas vezes me ofereceram apoio e secaram minhas lágrimas nas horas difíceis. Aos meus professores que com profissionalismo, carinho e dedicação nos mostraram um mundo novo e cheio de experiências fantásticas. Especialmente ao professor Alexandre Cavalcanti pelo saber, simpatia e presteza com que nos conduziu na realização deste trabalho. À professora Carmen Jansen, que carinhosamente aceitou o convite e com dedicação participou da nossa banca examinadora. Ao meu querido pai, que me ensinou, me guiou, acompanhou todos os meus passos e sofreu comigo, mas infelizmente não está mais entre nós para juntos festejarmos esta vitória. Saudades.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>SUICÍDIO NA VELHICE?.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>O SUICÍDIO.....</b>	<b>14</b>
<b>4</b>	<b>O ENVELHECIMENTO.....</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>SUICÍDIO NA VELHICE, UMA NECESSIDADE DE ATENÇÃO!.....</b>	<b>28</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>34</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>37</b>

## **SUICÍDIO NA TERCEIRA IDADE**

### **Resumo:**

O presente trabalho visa compreender as transformações sofridas pelo homem no seu processo de envelhecimento, os impactos causados por essas transformações, bem como a existência de uma possível influência desses impactos na ocorrência de suicídio na terceira idade. A literatura aponta para a existência e a gravidade de tal assunto, enfocando os processos do envelhecer, suas fases e necessidades de atenção. Para investigar melhor esta questão, a pesquisa analisou dados bibliográficos relacionados ao tema do envelhecimento e do suicídio. A pesquisa aponta que há forte influência de fatores como a solidão, o abandono, a perda da independência, a depressão, na ocorrência do suicídio. Busca refletir sobre a conscientização da sociedade, das famílias e do próprio idoso ou envelhescente sobre a importância de uma velhice bem vivida e da possibilidade de se chegar a tal objetivo.

**PALAVRAS – CHAVES:** Idoso, suicídio, velhice, depressão.

## 1 INTRODUÇÃO

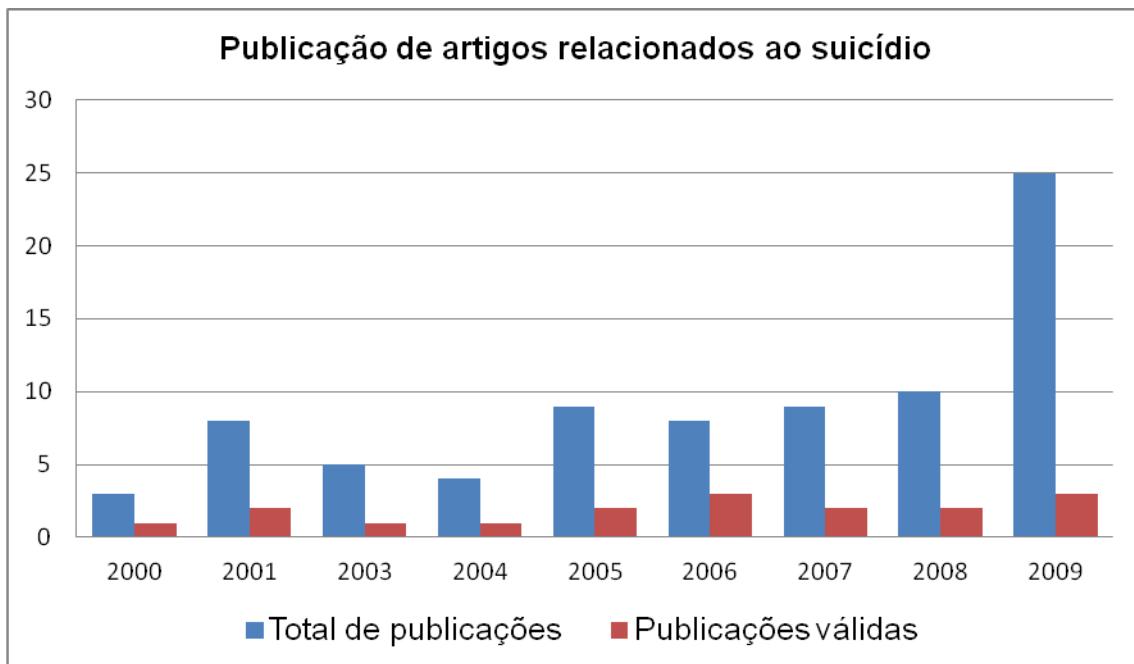
O envelhecimento humano traz consigo transformações físicas, biológicas, psicológicas e sociais que podem causar impactos na vida da pessoa idosa. O presente trabalho pretende compreender quais os impactos causados por tais transformações e perceber se estes impactos podem influenciar na ocorrência de suicídio nessa fase do desenvolvimento humano. Pretende-se explorar o fenômeno da terceira idade, bem como os aspectos envolvidos nesse processo e sua relação com a ocorrência do suicídio, buscar um melhor entendimento do suicídio em si, dos fatores físicos, psíquicos e biológicos que podem estar relacionados a esse ato fatídico de antecipação da morte. Com este intuito, foram feitas pesquisas bibliográficas dos principais autores que retratam o tema do envelhecimento. O trabalho foi divido da seguinte maneira: Suicídio na velhice – que contém dados sociodemográficos sobre o tema; O suicídio – que traz uma perspectiva biopsicossocial do tema, assim como o envelhecimento; Suicídio na terceira idade: uma necessidade de atenção– que evidencia a vulnerabilidade emocional e social na qual se encontra o indivíduo idoso e a necessidade de mobilização de suas redes em prol de seu bem estar e Conclusão – que procura discutir a análise da bibliografia encontrada e trazer um alerta para a importância e relevância do tema.

O suicídio é um tema polêmico que recebe atenção, na ocorrência entre pessoas jovens e adultas. No entanto, pesquisas realizadas acerca do suicídio confirmam sua freqüência também na terceira idade. O estudo do possível crescimento do suicídio nessa fase do desenvolvimento humano pode vir a identificar suas prováveis causas, e consequentemente, auxiliar na tomada de ações preventivas relacionadas a esse acontecimento.

## 2 Suicídio na velhice?

Inicialmente realizamos uma revisão de literatura nos periódicos divulgados nos endereços eletrônicos: scielo Brasil e BVS Psi. Foi indexado o termo suicídio e estabelecido os seguintes critérios de seleção: artigos relacionados a idosos, suicídio, e suicídio relacionado à comorbidades. Foram retirados da pesquisa os

artigos que não apresentavam texto completo. Pela leitura dos títulos e resumos foram descartados os que se tratavam de outras faixas etárias. (figura 1).



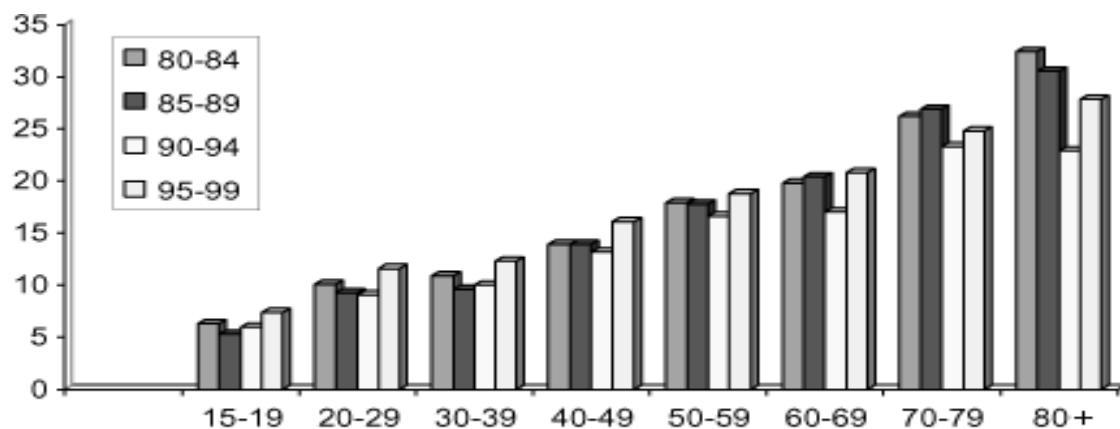
**figura 1** – Publicação de artigos relacionados ao suicídio

Foram encontrados 68 artigos referentes ao termo suicídio. Destes, consultamos 12, depois de observados os critérios de seleção. Todos os artigos consultados trataram sobre aspectos epidemiológicos do suicídio, onde a idade é um dos principais fatores pesquisados, tendo sido também considerado como fator de risco para o suicídio, os resultados obtidos mostram que as taxas são mais altas na meia-idade e na velhice. Apesar de nos últimos 15 anos, tanto no Brasil quanto nos demais países, ter se observado aumento progressivo de tentativas de suicídio e suicídios consumados entre adolescentes e adultos jovens, os índices de pessoas que se suicidam acima dos 45 anos de idade continuam sendo maiores do que em pessoas mais jovens. Os idosos tentam o suicídio menos freqüentemente do que as pessoas jovens, mas obtêm sucesso com maior freqüência, sendo responsáveis por 25% dos suicídios, embora perfaçam apenas 10% da população (LEÓN, BARROS, 2003).

Esses dados são fortalecidos por diversos estudos, cujos resultados mostram a realidade do risco de suicídio em indivíduos na meia-idade e na velhice. De acordo com Meneghel, Victoria, Faria, Carvalho e Falk (2004), em pesquisa realizada no Rio

Grande do Sul, que visava à caracterização epidemiológica do suicídio naquele estado, verificou-se que a maior incidência de suicídios no Brasil se concentra na região Sul, mais precisamente no Estado do Rio grande do Sul (a média constatada é de 10,2/100.000 no período de 1980 a 1999). O Estado de Santa Catarina aparece em seguida com uma média de 7,9/100.000, e o Estado do Paraná com uma média de 7,1/100.000 habitantes, enquanto que a média brasileira correspondeu a 4,3 óbitos para cada 100.000 habitantes, ocupando então o Rio Grande do Sul a primeira posição.

De acordo com tal pesquisa, os coeficientes de mortalidade por suicídio, para ambos os sexos passaram de 9,5/100.000 em 1980 para 11,7/100.000 em 1999. Foi observado também o aumento nos coeficientes no sexo masculino, que passou de 14,0/100.000 em 1980 para 20,2/100.000 em 1999, ao passo que os coeficientes femininos variaram entre 3,2 a 4,7/100.000 nesse período. Os maiores coeficientes de mortalidade segundo o grupo etário ocorrem entre população idosa (maior de 70 anos), ou seja, os coeficientes de mortalidade por faixa etária aumentam segundo a idade, o que pode ser observado na figura 2, com elevados índices para maiores de 70 anos.



**Figura 2** - Coeficientes de mortalidade por suicídio segundo grupo etário, Rio Grande do Sul, 1980-84, 1985-89, 1990-94 e 1995-99.

**Fonte:** Meneghel, et. al. Falk Características epidemiológicas do suicídio no Rio

Grande do Sul. Rev. Saúde Pública. São Paulo vol.38 N.6 2004.

Ainda de acordo com os dados obtidos em Meneghel et al. (2004), a maior proporção de suicídios acontece entre pessoas casadas, porém o maior coeficiente corresponde aos viúvos. Pode se associar isso à idade, pois a viuvez está associada a este fator, e na população mais velha o risco de enviuvar é maior.

A questão do suicídio relacionada à faixa etária envelhescente também é observada em Viana, Zenkner, Sakae e Escobar (2009), que descreve e avalia a incidência de suicídio em indivíduos procedentes da Associação dos Municípios da Região de Laguna (Amurel), onde a taxa de mortalidade média por suicídio foi de 7,9/100.000 habitantes nos cinco anos estudados, ficou acima da média brasileira de 4 a 6 óbitos por suicídio por 100.000 habitantes. A média de idade dos casos pesquisados ficou em 44 anos (DP = 15,5), variando de 17 a 84 anos. Quase metade dos casos de suicídio (47%) foi praticada por pessoas acima dos 45 anos de idade. Os dados coletados nessa pesquisa acordam com as tendências mundiais, que demonstram altos índices em pessoas maiores de 45 anos de idade.

Focando no envelhecimento humano e no alto índice de suicídios apontados por dados estatísticos, Corte (2009), buscou levantar e comparar no Estado do Rio de Janeiro dados referentes a óbitos, e tipo suicídio, em indivíduos na faixa etária de 45 a 60 anos, onde os dados coletados no período de 2000 a 2005 permitiram identificar que os suicídios, no estado do Rio de Janeiro, mantêm uma média de 0,4% em relação ao total de Óbitos no estado, ou seja, uma média de 415 suicídios para 115.033 óbitos.

Analizando a faixa etária envelhescente, nota-se que a média de mortes por suicídio, é bem mais expressiva com 36%, ou seja, dos 415 casos, 150 suicídios foram cometidos na envelhescência. A média para o ano de 2000 foi de 37,7%; houve uma queda para 34,1% em 2001; De 2002 a 2004 em torno de 35%; e em 2005 significativa alta de 39,1%.

Ao considerar o suicídio em todas as idades, classificando em ordem decrescente da média de ocorrência dos suicídios - não somente da faixa etária da envelhescência (40 a 60 anos) - a pesquisa obteve o ranking com as maiores ocorrências de suicídios por idade, no período analisado. Assim, foi constatado que a maior ocorrência de suicídios deu-se aos 44 e 45 anos de idade, ou seja, outras três idades (47, 40 e 41 anos) também pertencem à faixa etária da envelhescência.

Dados obtidos em León e Barros (2003), cuja pesquisa foi realizada para descrever a tendência da mortalidade por suicídio e o seu perfil sociodemográfico, identificaram diferenças de sexo e nível socioeconômico em Campinas (SP) e corroboraram com os dados da pesquisa de Viana et al. (2009). De acordo com León e Barros (2003), uma mudança no padrão etário das taxas de mortes por suicídio foi observada nos períodos de 1980-1985 e 1997-2001. No período de

1980-1985, o risco de suicídio era maior entre os mais idosos a partir de 55 anos (13,1 ób/100.000 hab.), e entre os adultos de 35 a 54 anos (7,9 ób/100.000 hab.). No período de 1997-2001, diminuiu a taxa dos idosos (5,1 ób/100 mil hab.) e aumentou a dos adultos de 35-54 (6,6 ób/100 mil hab.), predominando então as mortes no adulto de meia idade.

Em estudo realizado na cidade de Itabira (MG), município com cerca de 100.000 habitantes, Souza, Minayo e Cavalcante (2006), fizeram uma análise epidemiológica que focalizou o suicídio neste município cujos dados de mortalidade corresponderam ao período de 1990 a 2001. Essa pesquisa mostrou que a taxa de mortes por suicídios ocorridas nesta cidade foram mais elevadas do que as da população brasileira. Para tal estudo, foram recortadas informações sobre mortalidade geral, por causas externas e por suicídio em Itabira. Para uma análise comparativa, consideraram-se dados sobre Belo Horizonte, Minas Gerais e Brasil. Calcularam-se proporções e taxas de mortalidade geral e por causas externas para as áreas e período estudados, segundo sexo e faixa etária. De acordo com os dados obtidos, o total de óbitos por todas as causas externas em Itabira, para o período de 1990 a 2001, foi de 6.372 óbitos, com média anual de 531 óbitos. Dessas mortes, os suicídios somaram 64 óbitos no conjunto, oscilando entre 4 a 8 mortes por ano, com uma média de 5,3 óbitos anuais. O ano de 1997 apresentou a maior taxa de mortalidade por suicídio, com 8,18/100.000 habitantes (enquanto que em 1992 houve a menor taxa, 3,43/100.000). Nesse mesmo ano, Belo Horizonte e Minas Gerais também apresentaram as mais altas taxas do período estudado, porém com valores abaixo dos observados em Itabira (5,74 e 3,79 respectivamente). Já o Brasil teve seu maior índice em 2001 (4,46). Nesse último ano, foram cinco óbitos por suicídio em Itabira, 110 em Belo Horizonte, 795 em Minas Gerais e 7.682 no Brasil.

Analizando os suicídios em Itabira por faixa etária, o estudo indica que em 1990 os casos se concentraram, sobretudo, nas idades de 25 a 39 anos (75%), os outros 25% na faixa etária de 25 a 24 anos. Em 1990, metade dos suicidas era casada e a outra metade, solteira; em 2001, 80% dos óbitos se referiam a pessoas com 25 a 39 e 40 a 59 anos. O grupo era constituído de indivíduos casados (40%), solteiros (20%), viúvos (20%) e os outros 20% encontravam-se distribuídos em outras condições conjugais (união estável). A maior proporção de suicidas casados se concentrou no grupo das pessoas com mais idade.

Em pesquisa realizada no nordeste brasileiro, Parente, Soares, Araújo,

Cavalcante e Monteiro (2007), também com vistas a avaliar o padrão de mortalidade por suicídio da população geral nos anos de 2000 a 2005, quando avaliaram as variáveis sócio-demográficas: sexo, faixa etária, estado civil, ocupação, procedência/zona e as variáveis referentes aos meios utilizados para o suicídio, e o seu mês de ocorrência, verificou-se que as mortes por suicídio corresponderam ao quarto lugar em relação a todas as causas de mortes violentas, mais especificamente na cidade de Teresina, onde foi o foco da pesquisa. No Nordeste, a média de suicídios está entre 2,4 e 3,1 por 100 mil/hab., enquanto que na cidade de Teresina (PI), os índices observados foram de 4,7 a 7,2 suicídios por 100 mil/hab., donde se conclui que a média nesta cidade está acima da média nacional, que está em torno de 4,5 suicídios por 100 mil/hab. Na avaliação por faixa etária, no ano 2000, do percentual dos casos houve uma predominância no grupo de idosos (28,1%) em relação às demais faixas etárias. Quanto ao índice de suicídio, considerando a população geral neste ano, tem-se no grupo do idoso a média de 20,2 suicídios por 100 mil/hab.

Analizando as pesquisas realizadas, obtivemos um (1) artigo que descreve um aumento do suicídio entre idosos representado pela pesquisa realizada no Rio Grande do Sul por Meneghel et al. (2004), onde foi verificado que a ocorrência de suicídio aumenta de acordo com a idade e o maior índice está entre as pessoas maiores de 70 anos; um (1) artigo de Parente et al., (2007), que evidencia a diminuição da idade média das pessoas que cometem suicídio no Brasil, mas enfatiza a ocorrência do suicídio do indivíduo idoso que a ainda é expressiva, como no ano de 2000 em que foi constatada uma diferença no percentual de casos, predominando o grupo de idosos (28,1%) em relação às demais faixas etárias, com um índice de suicídio na média de 20,2 suicídios por 100 mil/hab considerando a população geral; três (3) artigos de Viana et al. 2005, Corte et al. 2009 e Souza et al. 2006, que mostram aumento considerável do suicídio na envelhescência, acordando com as tendências mundiais que demonstram altos índices de suicídio em indivíduos maiores de 45 anos e um (1) artigo de León e Barros (2003), que evidencia uma diminuição da ocorrência do suicídio na terceira idade e um aumento de suicídios na envelhescência. Dos doze artigos encontrados, só foram utilizados seis, porque foram descartados os artigos que se referiam a outras fases do desenvolvimento humano.

A partir das informações obtidas nas pesquisas citadas, observamos que o

suicídio na faixa etária envelhescente e na terceira idade é real e apresenta números alarmantes. Apesar de ter sua incidência diminuída nas últimas décadas, é um fator preocupante, pois os índices ainda são muito altos. Portanto, o assunto merece estudos mais detalhados visando o entendimento da dinâmica do envelhecimento, suas fases e transformações mais impactantes na vida do ser humano, bem como a investigação da existência de possíveis fatores que podem influenciar em tal desfecho.

### **3 O suicídio**

O suicídio é um evento que ocorre em decorrência de uma série de fatores, constitucionais até fatores ambientais, culturais, sociais, biológicos e psicológicos que se acumulam na história do indivíduo. Ao cometer o suicídio, o indivíduo tenta fugir de uma situação de sofrimento que chega às raias do insuportável. Tal sofrimento pode ser indescritível, mas palavras como medo da loucura, do aniquilamento, da insignificância, podem pronunciar-se junto a uma manifestação de angústia imensa. Muitas vezes pode somar-se a isso uma desesperança, uma tristeza desmedida, uma melancolia, onde o indivíduo pode pensar que nada mais vale à pena. Então a morte é vista como a solução. Não porque se deseja a morte, mas porque se deseja fugir do sofrimento, porque a vida se torna insuportável. O ato suicida ou a tentativa de suicídio pode tratar-se de um pedido de ajuda, pois quem o faz, comporta-se assim por estar sofrendo (CASSORLA, 1992).

De acordo com Holmes (1997), o pedido de ajuda pode estar implícito em gestos nos quais indivíduos engajam-se em comportamentos suicidas que poderão ter resultados fatais, mas na realidade não desejam se matar. Por exemplo, uma pessoa pode tomar uma overdose de pílulas, mas não o suficiente para matar, ou podem cortar os pulsos, mas não tão profundamente para sangrar até a morte. O gesto de suicídio pode então ser um meio de dramatizar a seriedade do problema pelo qual o indivíduo está passando e uma forma indireta de pedir socorro. A decisão de cometer suicídio não é tomada repentinamente. Com freqüência o indivíduo emite pistas, avisos que na maioria das vezes são desconsiderados por quem ouve. Tais avisos podem ser indicativos do que o sujeito pretende fazer, do quão perturbado ele está e pode funcionar como uma ferramenta para ações preventivas. Comentários sobre suicídio devem ser sempre levados a sério, pois

ignorar um pedido de ajuda como este pode convencer o indivíduo da desesperança da situação.

Numa visão contemporânea do suicídio, as pessoas cometem suicídio para fugir de conflitos e estresses, ou seja, os que tentam suicídio experimentam até quatro vezes mais eventos de vida negativos (por exemplo, separações, diagnóstico de doença grave) logo antes das tentativas, quando comparados aos que não tentam suicídio.

Assim como o estresse, a depressão também desempenha um papel importante em muitos suicídios. Estima-se que 80% dos pacientes suicidas estão deprimidos e que a taxa de suicídio entre indivíduos deprimidos é 22 a 36 vezes superior àquela entre indivíduos não-deprimidos (KRAFT E BABIGIAN, 1976; ROBINS E GUZE, 1972; SLATER E DEPUE, 1981 apud HOLMES, 1997). Indivíduos deprimidos cometem suicídio porque, de acordo com seu ponto de vista, viver não vale mais a pena. O número de suicídio entre estes na verdade tenderia a ser superior aos casos constatados, mas muitos pacientes não dispõem de energia para cometer o suicídio. Por isso, muitos suicídios são cometidos depois que o indivíduo começa a apresentar melhorias (SHNEIDERMAN, 1979 apud HOLMES 1997).

Existem processos que facilitam o cometimento de suicídio, uma vez que o indivíduo já está motivado para tal intento. Teóricos da aprendizagem explicam que o suicídio pode ocorrer em grande parte devido à imitação. Quando o indivíduo está diante de um problema, pode ouvir falar do suicídio de outro e achar que esta é a solução para o seu caso também. Isto pode ser percebido com o aumento drástico no número de suicídios quando algum relato de suicídio é divulgado na mídia (BOLLEN E PHILLIPS, 1982; PHILLIPS, 1974 apud HOLMES, 1997). Ameaças e suicídios podem ser pedidos de ajuda, mas também podem ser comportamentos usados para manipular pessoas e obter gratificações. Nestas situações podem se apresentar problemas difíceis, pois se for feita a tentativa de extinguir o comportamento ignorando-o, corre-se o risco de que o indivíduo seja bem sucedido em suicídio, acidente ou tentativa de suicídio (HOLMES, 1997).

Através de estudos, buscaram-se várias explicações para o suicídio. A explicação cognitiva para o suicídio sugere que, quando pessoas que carecem de habilidades cognitivas adequadas para resolução de problemas e são cognitivamente despreparadas para lidar com seus problemas, devem enfrentar

situações provocadoras de estresse, desenvolvem uma atitude de desesperança e por fim cometem suicídio, pois elas não vêem alternativas. Nesta explicação fracas habilidades de resolução de problemas e desesperança fornecem a ligação entre estresse e suicídio (HOLMES, 1997).

Indivíduos suicidas podem sofrer também de rigidez cognitiva, ou seja, carecem de uma flexibilidade para encontrar soluções alternativas para seus problemas, o que pode ocasionar diversas implicações sérias. Quando indivíduos cognitivamente rígidos decidem que o suicídio é a solução para os seus problemas, buscarão apenas esta solução e não considerarão e nem desenvolverão outras soluções melhores (HOLMES, 1997). Pessoas incapazes de resolver seus problemas podem experimentar mais fracasso e ficarem mais expostas a situações de estresse e podem com isso ser conduzidas a sentimentos de desesperança (SHOTTE, COOLS E PAYVAR, 1990 apud HOLMES 1997). A desesperança, que é um componente da depressão, é outro fator importante para a explicação do suicídio, pois o grau no qual um indivíduo sente-se sem esperanças está intimamente ligado ao comportamento suicida (BECK, BROWN, BERCHICK, STEWART, STRER, 1990; IVANOFF E JANG, 1991 apud HOLMES 1997). Então, de acordo com Holmes (1997), o estresse e a pobre resolução de problemas estão relacionados a sentimentos de desesperança, e esta por sua vez, está relacionada a pensamentos e comportamentos suicidas.

Outra explicação cognitiva para o suicídio está relacionada a delírios e alucinações. A taxa de suicídios entre indivíduos que sofrem de esquizofrenia é relativamente alta (ROY, 1983 apud HOLMES 1997). Tais pessoas em decorrência da doença podem ter delírios e alucinações que as levam a matar-se (HOLMES, 1997).

Os baixos níveis do neurotransmissor serotonina no organismo é a explicação fisiológica para o suicídio (MANN, MCBRIDE, BROWN, LINNOILA, LEON, DE MEO, MIECZKOWSKI, MYERS E STANLEY, 1992 apud HOLMES, 1997). Tal neurotransmissor é uma substância reguladora dos estados emocionais e dos impulsos e tem a sua ligação com o suicídio explicada através do seguinte processo: um baixo nível de serotonina provoca aumento na depressão e redução na inibição de respostas, de modo que quando a depressão conduz à pensamentos de auto-destruição, não há inibição suficiente do comportamento auto-destrutivo e o indivíduo tenta o suicídio . Por sua vez os baixos níveis de serotonina podem ser

causados por estresse, e conforme foi visto anteriormente, indivíduos suicidas experimentam até quatro vezes mais situações de estresse se comparados com indivíduos não-suicidas. Podem também ser herdados geneticamente, o que pode explicar a relação da serotonina com o suicídio em indivíduos que não estão expostos a estresses (HOLMES, 1997).

Partimos então, para a explicação da possível ligação genética com o suicídio, onde se observa que, de acordo com o histórico familiar de indivíduos suicidas, verifica-se que a incidência de suicídios entre parentes de indivíduos suicidas é mais alta do que a taxa entre parentes de indivíduos não suicidas (FARBEROW E SIMON, 1969; ROY, 1982; STENGEL, 1964 apud HOLMES, 1997). A explicação para isso consiste no fato de que fatores genéticos podem conduzir a baixos níveis de serotonina, os quais podem conduzir à depressão e inibição reduzidas para atos de autodestruição (HOLMES, 1997).

De acordo com Durkheim (1969), suicídio é todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato praticado pela própria vítima, que saberia qual o resultado final de sua conduta. Porém, os suicídios não constituem comportamentos isolados, fazem parte de um conjunto mais abrangente de fatos e realidades. Em cada grupo social existe uma tendência para o suicídio, que não se explica por meio da constituição orgânico-psíquica dos indivíduos ou da natureza do meio físico, dependendo, portanto, das causas sociais, constituindo então, um fenômeno coletivo. Os motivos do suicídio apontados nas constatações judiciais mostram-se suspeitas e inconsistentes, como perda de dinheiro, desgostos de família, embriaguez, desilusões amorosas, etc. São atribuídas às mesmas razões para os mais diferentes tipos de sujeitos e a importância dessas razões, são idênticas em praticamente todos os casos. Para Durkheim (1969), esta concepção está equivocada, pois as vidas de um artista, de um agricultor, de um sábio, de um advogado, de um oficial ou de um magistrado podem não se assemelhar em nada. Portanto as causas sociais do suicídio não são as mesmas para uns e para outros, são forças diferentes que levam diferentes indivíduos ao suicídio, tais causas são apenas aparentes, representam apenas pontos fracos do indivíduo, através dos quais, motivos exteriores vêm incitá-lo a destruir-se. Diversas combinações de circunstâncias antecedem o suicídio, por isso, a taxa social dos suicídios só se explica sociologicamente. Este autor ainda afirma que, as tendências da sociedade penetram no indivíduo e o leva a se matar. As circunstâncias ou os eventos que

rodeiam o indivíduo são recursos para explicar o desinteresse pela vida. Tais eventos podem preceder o suicídio, mas não explicá-lo.

Muitos suicídios são disfarçados, portanto não são reconhecidos oficialmente como suicídios. São os chamados suicídios encobertos, que podem ocorrer quando as pessoas não desejam que outros saibam o que elas fizeram por que estão com vergonha, por terem medo de condenações, etc. (BOLLEN E PHILLIPS, 1981; PHILLIPS, 1977, 1979 apud HOLMES 1997). Como exemplos podem ser considerados suicidas encobertos, indivíduos que intencionalmente colocam-se no caminho de outros carros, caminhões ou trens, que dirigem em alta velocidade em trechos perigosos ou na contramão, que provocam policiais para que atirem nelas (HOLMES, 1997).

Para Durkheim (1969), o suicídio pode ser uma forma exagerada de práticas usuais. A certeza de que o ato produzirá a morte pode ser mais ou menos forte no indivíduo que o comete, como por exemplo, um imprudente que com plena consciência de causa, brinca com a morte apesar de procurar evitá-la ou o apático que sem ter algo que o prenda a essa vida, negligencia os cuidados com a sua saúde comprometendo-a. São maneiras diferentes de agir que não se diferenciam dos suicídios propriamente ditos. Partem de estados de espírito semelhantes, uma vez que, podem ter como consequência o risco de morte não ignorado por quem o pratica. Porém, a perspectiva de morte não impede que tais práticas persistam. A diferença, portanto, está no fato de os riscos de morte serem menores.

De acordo com Angerami-Camon (1995), o suicídio é um fenômeno incompreensível. É um ato violento, que toda e qualquer conceituação é insuficiente para explicitá-lo. A pessoa para a qual essa alternativa se apresenta, padece de um sofrimento insuportável. Tal ato está imerso no seu contexto existencial, não devendo de forma alguma ser considerado isoladamente, pois como afirma Forghiere (1984), o homem é um ser-no-mundo, vive sempre em relação com outrem, suas vivências significam sua existência. Muitas vezes a morte pode surgir como consequência e não como busca. Consequência da tentativa de solucionar determinados conflitos e emaranhados de sofrimentos em que a existência está mergulhada, portanto busca-se um lugar onde os problemas não existam, por exemplo, o paraíso. Então, em alguns casos, ao buscar o suicídio o indivíduo pode não necessariamente buscar a morte.

A existência faz parte de um sistema complexo de experiências da qual a

figura do outro participa. A ausência desse outro e a necessidade que se sente de sua presença configura a solidão, que se torna um importante aspecto do sofrimento humano. Sofrimento este que pode ser extremado pelo desespero do suicídio. O indivíduo que põe fim a sua própria vida pode manifestar através de seu ato uma inadaptação às condições que a sociedade lhe impõe ou um inconformismo frente à condição humana, portanto, o suicídio não é um fenômeno que ocorre de forma isolada na existência humana. É um ato incompreensível sem a inserção do indivíduo num contexto social. Quando um indivíduo se mata, uma proposta coletiva que estava diante dele, elaborada por ele, fracassa, sua família, educação e trabalho, fracassam (CAMON,1992).

Enfim, percebemos que a questão do suicídio é muito complexa e perpassa vários contextos nos quais o sujeito está inserido. É uma questão que envolve todos os níveis relacionais do indivíduo, desde a família, amigos, trabalho, sociedade, etc. Não obstante, ainda as questões biológicas e psicológicas também têm uma grande parcela de contribuição para a complexidade de tal assunto. Podemos considerar então, que o suicídio é uma questão biopsicossocial e precisa ser discutido como tal, principalmente quando o assunto está relacionado à terceira idade, que é uma parcela da população vulnerável considerando tais aspectos.

#### **4 O envelhecimento**

O envelhecer. A boa idade? A melhor idade? A fase do declínio? Como é concebida esta vivência? Quão significativas são as mudanças que ocorrem? Quais as dimensões dessa mudança? Que conflitos são suscitados?

Ao fazermos uma análise das transformações ocorridas na terceira idade, pudemos perceber os impactos causados pelas mudanças sofridas na vida da pessoa idosa. São impactos marcantes, que dependendo da forma com que são vivenciados, podem culminar numa boa ou má velhice. A velhice é a última idade do desenvolvimento psicossocial. É a idade em que se faz uma retrospectiva, onde são pesados os feitos, perdas, conquistas, alegrias e tristezas de um sujeito ao longo de sua vida. É a idade em que vai para a balança tudo o que passou. O resultado pode ser a integridade, onde o indivíduo relembraria o que passou, enfrenta o que ficou de ruim e encara o fato de existir como algo positivo,

defendendo sua dignidade, seu estilo de vida contra as ameaças trazidas pelas mudanças biológicas, psicológicas e sociais com sentimento de produtividade e de valorização do que viveu. Em contrapartida, outro resultado pode ser a desesperança, quando o sentimento advindo do passado é de tempo e oportunidade perdidos, impossibilidade de recomeço e tristeza. Quando se percebe que é tarde demais para novos projetos, surgindo então o desgosto, o desespero e a angústia pela proximidade da morte, Erikson (1998).

Historicamente, o envelhecimento é um assunto que tem sido observado sob diferentes olhares. O presente século traz consigo uma série de medidas que intencionam retardar a morte. Tais medidas têm obtido êxito e o resultado é o envelhecimento da população mundial. Observando-se alguns dados estatísticos, nota-se que em 1900, menos de 1% da população tinha mais de 65 anos de idade, hoje a população idosa tem uma representação de 6,2%. Estima-se que em 2050, um quinto da população mundial será velha. No Brasil em 1950, 4,2% da população era idosa, hoje somam 10,5 milhões ou 7,1% (PAPALÉO NETTO, 2002).

Fazendo uma análise relativa à velhice no passado e no presente, observa-se que os comportamentos sociais voltados para o idoso são completamente opostos. Nas primeiras sociedades, o ancião era venerado, era como figura de referência para os mais jovens, era muito respeitado. O idoso era considerado patrimônio, não um encargo, como o é hoje, numa sociedade onde os valores estão invertidos. Uma sociedade que valoriza o capital, e por isso dá importância à força de produção e obviamente está mais próxima da juventude, o ancião à margem, perdendo sua condição social (PAPALÉO NETTO 2002).

No Egito, por volta de 3000 a.C., diversos documentos ressaltam a obrigação dos filhos de cuidar de seus pais idosos e de manter suas tumbas após a morte. Do Egito também vem uma das primeiras representações gráficas do envelhecer ligado à debilidade. Encontra-se num hieróglifo que significa “velho” ou “envelhecer” encontrado a partir dos anos 2800-2700 a.C., e que representa uma imagem humana deitada, como ideograma representativo de fraqueza muscular e perda óssea. Os egípcios almejavam uma vida longa saudável, viver 110 anos era considerado o prêmio por uma vida equilibrada e virtuosa (PAPALÉO NETTO 2002).

Na antiga Roma, os idosos eram respeitados. Tanto que a sua mais poderosa instituição, o senado, tem o nome derivado de senex (idoso), valorizando a

experiência desses cidadãos. Uma das mais interessantes obras sobre o envelhecimento vem de um romano, Marco Túlio Cícero, que em seu livro: Sobre a Velhice (De Senectude), faz considerações sobre os vários problemas que acompanham o envelhecimento como a memória, a perda da capacidade funcional, as alterações nos órgãos dos sentidos, etc. Galeno, uma importante figura médica do império romano, em seu livro gerontômico, diz que o idoso deve ser aquecido e umedecido, devendo tomar banhos quentes, fazer dietas especiais, permanecer ativo, etc., demonstrando o cuidado que deve ser dispensado a essa fase da vida. Hoje, quando se ouve falar da necessidade de se cuidar da prevenção da hipotermia entre os idosos e da importância de sua hidratação, muitos geriatras modernos apenas repetem os conselhos de Galeno (PAPALÉO NETTO 2002).

No Renascimento, observava-se um aumento na expectativa de vida e conseqüentemente uma preocupação maior com os problemas relacionados ao envelhecimento. No século XV, Gabriel Zerbi (1468-1505), anatomista, professor e clínico escreveu o livro Gerontocomia, o 1º livro impresso destinado exclusivamente à Geriatria, nesse livro, são relatados as características do idoso, sua saúde, a importância do papel dos que se dedicam à atenção ao idoso e como deve ser sua conduta (PAPALÉO NETTO 2002).

No Oriente, a velhice é respeitada e em muitos casos, chega mesmo às raias da glorificação. A sabedoria de ensinamentos milenares repousa nos velhos que a transmitem em verdadeiros rituais ceremoniais. A própria imagem do velho no Oriente quase sempre nos mostra um velho sábio risonho que, semelhante à expressão de uma criança, aprendeu o segredo e essência da própria existência (ANGERAMI-CAMON 1992).

Na Era moderna, à medida que avançam as ciências, avançam também as discussões sobre o problema do envelhecimento. Em seu livro “De Senio Eiusque Gradibus et Morbis” (A velhice, seus estágios e suas doenças-1754), Johann Bernard von Fischer (1685-1772), critica energicamente o pessimismo existente no meio médico sobre a atenção aos idosos. No século XIX surge o interesse médico no cuidado com os idosos como um grupo separado. No Hospital Salpêtrière em Paris, nasce o primeiro estabelecimento geriátrico, onde Jean Martin Charcot (1825-1893) deu aulas sobre o envelhecimento. Considerado o pai da moderna geriatria, o médico Nascher (1863-1944), ao visitar casas de idosos e verificar sua boa saúde concluiu que isto se devia ao fato de que os idosos eram tratados da mesma

maneira que os pediatras tratavam as crianças. Tal conclusão o levou, em 1909, a criar a Geriatria como novo ramo da Medicina, Alfred Worcester (1855-1951), em seu livro, “Cuidado com os idosos, os moribundos e a morte”, mostrava uma grande preocupação no trato médico com os idosos. Tanto que avaliava os jovens médicos a partir de suas relações com os pacientes idosos e seus cuidados com eles (PAPALÉO NETTO 2002).

A terceira idade é a fase do desenvolvimento humano em que muitas questões são vividas e revividas, ocorrem mudanças drásticas, perdas dramáticas, experiências valiosas, sentimentos dolorosos. É um fenômeno que tem sido estudado por diferentes áreas das ciências, como a Sociologia, a Antropologia, a Psicologia, a Filosofia entre tantas outras, e talvez isto se deva ao fato de que a compreensão do desenvolvimento do ser humano seja uma questão complexa. Envolveem em seu contexto muitos fatores que devem ser considerados, como o biológico, o psíquico e o social. São aspectos que se encontram interligados e essa é a razão da complexidade do seu entendimento (CARDOSO, 2005).

A Consideração que problemas ambientais, sociais, culturais e econômicos participam do processo de envelhecer, trouxe à consciência a urgência da criação de medidas para enfrentar tal desafio. Faz-se necessário a existência de profissionais, entidades e estudos, seminários, simpósios, congressos, práticas médicas interdisciplinares preocupadas em buscar soluções para tais problemas relativos à terceira idade.

De acordo com Papaléo Netto (2002), não existe uma definição exata para o envelhecimento que atenda a sua complexidade. O termo pode ser empregado para descrever as mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem gradualmente na vida do indivíduo, que acabam por determinar a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Fisiologicamente, segundo Freitas, Miranda e Nery (2002), alterações anatômicas e funcionais são próprias do envelhecimento, como modificações na coluna vertebral, que traz como consequência uma redução na estatura, aumento do diâmetro do crânio, proeminência de nariz e orelhas, perda de elasticidade da pele, redução do tecido subcutâneo, o que ocasiona a perda de espessura e capacidade de sustentação e consequente aparecimento de bolsas na área dos olhos, rugas e flacidez. Aparece a tendência do ganho de peso devido ao aumento do tecido adiposo, ocorre a perda de massa muscular e óssea, os dentes se desgastam, além

do aparecimento dos cabelos brancos. O aparelho locomotor, a visão, a audição, sofrem alterações expressivas, o que pode influenciar na independência do indivíduo. As funções sexuais também ficam comprometidas, para os homens existe a dificuldade de terem ereção e orgasmo, para as mulheres, a função reprodutora é interrompida, e os sinais de excitação sexual são menos intensos.

Porém, nem tudo no envelhecimento refere-se a perdas, de acordo com Confort (1979), o indivíduo idoso permanece o mesmo, o que acontece é um acréscimo de experiência de vida, e o sofrimento das consequências de alguns efeitos físicos causados pelo tempo. Para este autor, a velhice apenas equivale à vivência de um determinado número de anos, onde podem ocorrer problemas físicos, o que também acontece com os mais jovens, portanto, não é uma mudança radical, suas necessidades físicas, sociais e seus valores continuam os mesmos.

Segundo Pappalia, Olds e Feldman (2009), com o advento do envelhecimento ocorrem mudanças no sistema orgânico que são variáveis entre os indivíduos. Alguns organismos declinam rapidamente, outros quase nada. Mesmo com diversas limitações, muitos adultos idosos, saudáveis e normais dificilmente notam mudanças no funcionamento orgânico. Muitas atividades não exigem nível máximo de desempenho para serem agradáveis e produtivas. Diminuindo um pouco o ritmo, a maioria dos adultos idosos pode fazer quase tudo o que precisa e deseja.

Considerando o comprometimento das funções sexuais em indivíduos idosos, Master e Johnson (1966 e 1981; NIA, 1994; NFO Research Inc., 1999 apud PAPALIA et al., 2009), afirmam que o fator mais importante para a manutenção do funcionamento sexual é a atividade sexual consistente ao longo dos anos. Um homem saudável que tem sido sexualmente ativo pode continuar tendo alguma forma de expressão sexual em seus 70 ou 80 anos. Mulheres são fisiologicamente capazes de serem sexualmente ativas pelo tempo em que viverem, sendo que a principal barreira para terem uma vida sexual é provavelmente a falta de um parceiro. É bem verdade que o sexo na velhice é diferente do que era antes. Os homens podem levar mais tempo para terem uma ereção e ejacularem, podem precisar de estímulo manual e podem vivenciar intervalos mais longos entre as ereções. A disfunção erétil pode aumentar, mas em geral é tratável (BREMMER et al., 1983 apud PAPALIA et al., 2009). O entumescimento dos seios nas mulheres e outros sinais de excitação sexual são menos intensos do que antes. A vagina pode se tornar menos flexível e necessitar de lubrificação artificial. Mas, ainda assim, a

maior parte dos idosos pode desfrutar de expressões sexuais (BORTZ et al., 1999 apud PAPALIA et al., 2009). Quando as pessoas idosas compreendem que a atividade sexual é normal e saudável, esta pode ser mais satisfatória para elas.

Para Moore, Moir e Patrick (2004 apud PAPALIA et al., 2009), contrariando a crença comum, a saúde mental tende a melhorar com a idade. Porém, van Hooren et al. (2005, apud PAPALIA et al. 2009), afirmam que transtornos comportamentais e mentais que ocorrem com idosos podem resultar em incapacidades funcionais para as principais atividades da vida. De forma errada, muitas pessoas idosas acreditam que não podem fazer nada em relação aos problemas comportamentais e mentais, porém mesmo perto dos cem anos esses estados podem ser evitados, curados ou aliviados (NIA, 1980,1993; WYKLE E MUSIL, 1993 apud PAPALIA et al., 2009).

Com relação ao processo psicológico, o envelhecimento é acompanhado de um declínio. Isto pode ser verificado em habilidades como, memória e aprendizagem, funções viso-espaciais, atenção, funções cognitivas superiores, como soluções de problemas e funções executivas. Esse declínio pode ser pouco expressivo e, também, não trazer grandes consequências para o desempenho cotidiano. Porém para o idoso, essa perda pode ser desconfortável, gerando queixas e auto-avaliações negativas (GUARIDO, ABREU, COELHO, PICOLOTTO E SINPOLI, 2003).

Em se tratando da depressão, seus sintomas são comuns em indivíduos idosos, mas são desprezados por serem considerados naturais da fase do envelhecimento. Assim, por causa desse erro, não é dada a devida atenção para um problema que com tratamento adequado poderia facilmente ser solucionado. Algumas pessoas idosas podem se tornar depressivas como resultado de perdas físicas e emocionais, e alguns transtornos cerebrais aparentes devem-se à depressão (PAPALIA et al., 2009). A depressão pode ter diversas origens e de acordo com PENNIX et al., (1998 apud PAPALIA et al, 2009) pode também acelerar os declínios físicos do envelhecimento. Por isso, um diagnóstico preciso, a prevenção e o tratamento adequado podem ajudar pessoas idosas a viver mais tempo e permanecerem mais ativas.

Com o avançar da idade o cérebro humano perde uma quantidade considerável de neurônios no córtex cerebral, a parte do cérebro que lida com a maior parte das funções cognitivas, podendo perder até 10% de seu peso total (WEST, 1996; WICKELGREN, 1996 apud PAPALIA et al., 2009). Juntamente com a

perda de matéria cerebral pode haver uma diminuição gradual do sistema nervoso central, que pode afetar tanto a cognição como a coordenação motora. Porém todas essas perdas podem ser minimizadas se for dada a atenção que essa fase merece. Exercícios aeróbios podem reduzir a velocidade da perda de tecido cerebral, de acordo com o que afirma Colcombre et al., (2003 apud PAPALIA et al., 2009). Nem todas as mudanças do cérebro são destrutivas. Conforme Eriksson et al. (1998 apud PAPALIA et al, 2009), cérebros mais velhos podem também criar novas células nervosas - algo impensado no passado. As evidências são descobertas de divisão celular em uma seção do hipocampo, porção do cérebro envolvida no aprendizado e na memória. Assim, continuar aprendendo pode manter as pessoas mais idosas mentalmente alertas. Programas educacionais para adultos mais idosos estão se multiplicando e estes aprendem sempre quando materiais e métodos estão voltados para as necessidades de seu grupo etário.

A capacidade do funcionamento sensório motor tende a diminuir severamente entre os idosos mais avançados. Problemas auditivos e visuais podem privá-los de relacionamentos sociais e independência e problemas motores podem limitar atividades diárias. Com relação à visão, os idosos podem ter dificuldade com percepção de cor e profundidade ou com atividades diárias como ler, costurar, comprar e cozinhar. Problemas de visão ainda podem causar acidentes e quedas. Aproximadamente 1,8 milhões de adultos idosos em residências comunitárias, relatam dificuldade para banhar-se, vestir-se e andar pela casa, em parte porque são visualmente debilitados. (DESAI, PRATT, LENTZNER E ROBINSON, 2001; O'NEILL, SUMMER E SHIREY, 1999 apud PAPALIA et al., 2009). Problemas auditivos também aumentam com a idade e afetam 60% das pessoas com 85 anos ou mais. A perda auditiva pode contribuir para uma falsa percepção de que a pessoa idosa seja distraída, desatenta e irritável, e isso influí negativamente em seu bem estar, afetando também seu cônjuge ou parceiro. (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2004 apud PAPALIA et al., 2009).

Para lidar com essas diminuições sensório-motoras na população em processo de envelhecimento, têm sido propostas diversas mudanças ambientais, sendo que algumas inovações já estão em uso e outras ocorrerão em breve (DYSCHTWALD E FLOWER, 1990; EISENBERG, 2001; STAPLIN, LOCOCO, BYINGTON E HARKEY, 2001 apud PAPALIA et al., 2009). Como auxílio para ver, a proposta são luzes mais brilhantes para leitura, livros com letras grandes, pisos

texturizados, sinais visuais e sonoros. Como auxílio para ouvir, sistemas de endereçamento público e gravações voltadas para o adulto idoso com uma gama de capacidades auditivas, bancos em parques de forma angular ou agrupados para que possam se comunicar face a face. Como auxílio para destreza manual, extensores para escovas de dente e cabelo, fogões altos para evitar a necessidade de curvarem-se, discadores de telefones ativados pela voz, etc. Como auxílio para se locomover e estar seguro em casa, rampas em vez de degraus, alavancas em vez de puxadores arredondados, prateleiras mais baixas para armários, sensores que monitoram movimentos e avisam amigos ou parentes sobre qualquer padrão incomum de uma pessoa idosa que vive sozinha. Como auxílio para segurança do pedestre, semáforos que mudam mais lentamente, ilhas nas ruas para permitir paradas e descansos, plataformas e degraus de ônibus mais baixos. Como auxílio para dirigir com segurança, marcas nos pavimentos e sinais de trânsito mais claros, automóveis programados para operar janelas, rádio, luz, limpadores e até a ignição por comando verbal, entre outras.

Alterações no sono também são perceptíveis em pessoas idosas. A tendência é dormir menos e sonhar menos do que antes. As horas de sono profundo são mais curtas e elas podem acordar mais facilmente em razão de problemas físicos ou exposição à luz (CZEISLER et al., 1999; LAMBERG, 1997 apud PAPALIA et al, 2009). Problemas de sono no idoso não podem ser considerados simplesmente como sendo normais. A insônia crônica, ou não, pode ser um sintoma ou, quando não tratada, um princípio de depressão (PAPALIA et al, 2009). Para esse problema, também são apresentadas soluções terapêuticas (ficar na cama somente quando estiverem dormindo, levantar no mesmo horário em todas as manhãs e aprender sobre falsas crenças em relação às necessidades de sono), que têm produzido melhorias no longo prazo com ou sem tratamento medicamentoso (MORIN, et al., 1999; REYNOLDS, et al., 1999 apud PAPALIA et al, 2009). De acordo com Beloucif, Orbata et al. (2004 apud PAPALIA et al, 2009), atividades físicas leves e moderadas, entremeadas com socialização, melhoram a qualidade do sono e do funcionamento cognitivo.

O envelhecer é uma realidade, que vem acompanhada de perdas, que podem se refletir na maneira de um idoso perceber a si mesmo, podendo até revestir esta percepção de aspectos negativos (STEGLICH, 1978). Tal negatividade pode dificultar a capacidade de adaptação do idoso às transformações advindas do

processo pessoal. (CARVALHO, 2006). A capacidade adaptativa envolve aspectos emocionais, cognitivos, comportamentais e competências sociais.

Segundo Freire (2002), no processo de adaptação são necessárias estratégias para lidar com as mudanças que acompanham o envelhecimento. Quem se encarrega dessas estratégias é o self, uma delas é a mediação dos traços de personalidade que podem servir para indicar a capacidade que alguns indivíduos têm para lidar melhor com os desafios trazidos pela velhice, como: a seleção de metas, o ajustamento das possibilidades através de cooperações sociais e temporais, entre outros. Em contrapartida, indivíduos que não conseguem lidar com o advento da velhice, por diversos fatores, podem passar a não ter autonomia, deixando que as suas escolhas sejam feitas por outras pessoas, assim apresentam com mais veemência: incerteza, insegurança, se vê fora do lugar, se aliena no tempo, instalando-se assim um estado de dependência, já facilitada pelas questões físicas e biológicas (MONTEIRO, 2002).

Três tipos de dependências são frutos da interação de fatores biológicos, ambientais e das mudanças ocorridas na velhice. São elas: dependência estruturada, relacionada ao indivíduo que produz; dependência física, relacionada ao surgimento da situação de desamparo; ou do uso da dependência como instrumento (DIOGO, 2004).

Outro fator importantíssimo no processo social do envelhecimento é o momento em que cessa a vida produtiva do indivíduo e chega o momento de aposentar-se. O termo aposentadoria significa “tomar aposento”, recolher-se à parte íntima da casa “para esperar a morte chegar” (NEVES, 2006 apud CARVALHO, 2006 p.21). A aposentadoria pode configurar mais uma perda nessa fase da vida, perda do papel profissional, perda da produtividade e consequentemente das relações significativas tangentes a essa esfera (MORAGAS, 1997). Como exemplo, Walsh (1995) cita que a qualidade do relacionamento conjugal pode vir a se abalar devido à perda da função de provedor da família com relação aos homens, dificultando o relacionamento intergeracional. Sem esse valor, de acordo com Acosta-Orjuella (2002), o velho perde o seu lugar na sociedade e passa a ser considerado como algo descartável, improdutivo, incompetente e decadente.

Através da compreensão do envelhecimento e da terceira idade em si, dos processos pelos quais o sujeito atravessa, das vivências dolorosas ou não, dos acontecimentos que o cercam, da importância de seus vínculos, suas relações, sua

necessidade de sentir-se ainda pertencente a algo ou alguém, pode-se também compreender os fatores que podem levar um idoso ao suicídio, bem como desenvolver métodos de atenção e prevenção de tal ato.

## **5 Suicídio na velhice, uma necessidade de atenção!**

O fim da vida pode vir acompanhado pela solidão, causada pelas perdas sofridas ao longo da vida, pelo abandono familiar e social, pelo medo da morte, do declínio da saúde, da perda da independência. Isso tudo pode culminar na instalação de sintomas depressivos ou da depressão em seu estágio mais grave. Esses são fatores que podem influenciar e levar o indivíduo idoso a se decidir pela antecipação da morte.

Para Durkheim (1969), o tempo é um fator importante e auxiliar da tendência para o suicídio, esta tendência progride desde a juventude até a maturidade, e é dez vezes mais elevada no fim da vida, do que no seu princípio. Portanto, a força coletiva que leva o homem ao suicídio vai penetrando nele lentamente, por isso, quanto mais avançado na idade, mais acessível se torna.

De acordo com Camon (1992), a solidão pode ser considerada como uma das principais causas da ocorrência do suicídio. Afirma ainda que seja na fase da velhice que a solidão se apresenta mais desesperadora, com o passar dos anos, os sentimentos de solidão e vazio existencial tornam-se mais consistentes e angustiantes. Na velhice, ocorre um sentimento de abandono e este sentimento se mostra real à medida que este velho se vê abandonado por uma sociedade que valoriza o papel social produtivo, pela família que não o tem mais como sustentáculo, e enfim, por ele mesmo que acaba sendo acometido por uma desesperança angustiante. Frente a tanto descaso, se isola abraçando a solidão. O idoso torna-se invisível, transparente, para a sociedade, para a família e por vezes até para ele mesmo, e esse isolamento é um dos aspectos mais dolorosos da condição humana. A sociedade desvaloriza e marginaliza o idoso, fazendo com que este veja na morte uma saída desesperada. A ausência de motivação, inapetência, indiferença intelectual, tédio, sentimento de decadência, insegurança, dependência afetiva, ruptura de comunicação, etc. são alguns aspectos psicológicos da velhice, que são reforçados pela hostilidade da sociedade com relação aos velhos, ou pelos próprios velhos, como defesa contra tal hostilidade.

Adultos mais velhos, por alguma razão decidem que o momento da morte chegou. Geralmente acham que já viveram suas vidas e percebem o começo de um declínio em sua saúde e sua habilidade de funcionar. Evitando passar por essa fase, por esse declínio, pela dependência e pela degradação que inevitavelmente vêm com a idade avançada e com a fragilidade da saúde, eles escolhem dar fim às suas vidas, ocorrendo assim o suicídio (HOLMES, 1997).

A dependência é um dos maiores problemas que atinge a terceira idade. Para o idoso, a perda da independência, não importa de que tipo seja, financeira, física, psíquica, etc., significam perda de espaço, de valores, de autodeterminação. O indivíduo dependente passa a ser invisível para uma sociedade que antes o valorizava por ser ativo e produtivo. Geralmente, este mesmo indivíduo, é visto desta mesma forma no seio familiar, que antes o tinha como provedor. Tal invisibilidade pode tornar o idoso isolado socialmente e causar outro problema de vital importância, a depressão. Muitas vezes a depressão não é diagnosticada, pois o reconhecimento dessa patologia nos idosos é difícil. Os seus sintomas são erroneamente confundidos com comportamentos esperados em pessoas idosas, as deteriorações cognitivas, também podem dificultar o estabelecimento de um diagnóstico exato. Por isso, o comportamento apresentado pelo idoso deve ser cuidadosamente observado, bem como os demais aspectos biológicos e sociais que possam estar interferindo nas condições de sua saúde, (VERAS, CALDAS, COELHO E SANCHEZ, 2007).

De acordo com Stella, Gobbi, Corazza E Costa (2002), a depressão é uma enfermidade mental freqüente no idoso, associada ao elevado grau de sofrimento psíquico. Quando de início tardio, associa-se a doenças clínicas gerais e a anormalidades estruturais e funcionais do cérebro. Se não for tratada, a depressão pode aumentar o risco de morbidade clínica e de mortalidade, principalmente em idosos hospitalizados com enfermidades gerais. As causas de depressão no idoso podem ser diversas. Enfermidades crônicas e incapacitantes, sentimentos de frustração perante os anseios de vida não realizados e a própria história do sujeito marcada por perdas progressivas - do companheiro, dos laços afetivos e da capacidade de trabalho - bem como o abandono, o isolamento social, a incapacidade de reengajamento na atividade produtiva, a ausência de retorno social do investimento escolar, a aposentadoria que custeia apenas os recursos mínimos de sobrevivência, são fatores que comprometem a qualidade de vida e tornam o

idoso mais vulnerável ao desenvolvimento de depressão (PACHECO, 2002 apud STELLA et al., 2002).

Determinados fatores neurobiológicos podem conduzir à depressão de início tardio porque aumentam o risco e a vulnerabilidade do idoso à depressão, tais como alterações neuroendócrinas (redução da resposta ao hormônio estimulador da tireoíde), alterações de neurotransmissores (redução da atividade serotoninérgica e noradrenérgica), alterações vasculares e processos de degeneração de circuitos corticais e subcorticais responsáveis pelo processamento e elaboração da vida afetiva e emocional. A produção diminuída de serotonina pelos Núcleos da Rafe e a diminuição dos receptores para estes neurotransmissores representam fatores de vulnerabilidade à depressão no idoso. Comprometimento dos Núcleos da Base, particularmente do Núcleo Caudado e do Tálamo, tem sido associado com depressão de início tardio (GREENWALD et al., 1996; GREENWALD et al., 1998 apud STELLA et al., 2002). Hipofrontalidade, constatada por neuroimagem funcional, como o SPECT cerebral (Single Photon Emission Computerized Tomography), demonstrando a redução da atividade cortical pré-frontal, também tem sido correlacionada com a depressão de início tardio.

Os sintomas da depressão no idoso costumam manifestar-se por meio de queixas físicas freqüentes e associadas a doenças clínicas gerais, sobretudo aquelas que causam sofrimento prolongado, levando à dependência física e à perda da autonomia. Embora com prevalência elevada nas doenças clínicas gerais, a depressão não tem sido adequadamente diagnosticada e tratada. Por muitas vezes os sintomas são confundidos com as doenças clínicas em geral ou são vistos como consequências normais do envelhecer e são pouco valorizados. Em algumas condições específicas, freqüentes no idoso, a prevalência da depressão mostra-se bastante elevada: doença de Parkinson (40 a 60%); demência de Alzheimer (30 a 40%); acidente vascular cerebral (30 a 60%); esclerose múltipla (20 a 60%) e epilepsia (10 a 50%). Quadros como hipotireoidismo, diabetes mellitus, doenças cardíacas e doenças auto-imunes também possuem prevalência elevada de depressão (COLE E BELLAVANE, 1997; EVANS et al., 1997; PRINCE et al., 1998 apud STELLA et al., 2002). Os sintomas depressivos também podem ser reconhecidos como efeitos colaterais de algumas medicações como, anti-hipertensivos (alfa-metildopa, clonidina, nifedipina, propranolol, digoxina), antiparkinsonianos (L-dopa, amantadina), benzodiazepínicos (diazepam e outros),

além de corticóides. Períodos longos de dor, desnutrição, emagrecimento e fatores decorrentes de doenças físicas incapacitantes contribuem decisivamente para o surgimento e instalação da depressão. Pacientes que vivenciam esta problemática tendem a evoluir com sintomas psicóticos, que se caracterizam por delírios de nulidade e de que seu corpo está morrendo.

O medo do avanço da doença física, da perda da dignidade e o medo de se transformar em sobrecarga aos familiares também são fenômenos psicológicos que acompanham o comprometimento da condição física (FORLENZA, 2000 apud STELLA et al., 2002). O paciente deprimido tende a diminuir o auto cuidado, recusar-se a se alimentar e a seguir as recomendações médicas, permanecendo por maior tempo no leito ou com pouca mobilidade física. Estes fatores, associados à debilidade clínica geral, podem diminuir no idoso a vontade de continuar vivendo, tornando o mais vulnerável a pensamentos autodestrutivos.

Além das comorbidades que vêm acompanhadas da depressão no idoso, o isolamento social também o torna vulnerável a essa patologia, pois nessa condição, o idoso pela sua fragilidade, passa a ser dependente de outras pessoas, tem seus vínculos afetivos e sociais afastados, sofre perdas significativas que trazem sentimentos de tristeza, solidão e sofrimento. Tal situação impede o indivíduo de viver e conviver bem, inserido no seio familiar, no grupo e na cultura rompendo o contato vital com o mundo, favorecendo a inércia e o desinteresse pela própria vida. Por isso a atenção ao idoso deve ser uma medida de preservação da sua vida. O idoso deve ser submetido a consultas, exames clínicos visando o diagnóstico preciso da depressão, que deve ser tratada com vistas a reduzir o sofrimento psíquico causado por esta enfermidade, diminuir o risco de suicídio, melhorar o estado geral do paciente e garantir uma melhor qualidade de vida. É um desafio especializado, multi e interdisciplinar com estratégias que envolvem psicoterapia, intervenção psicofarmacológica e atividades físicas (HERÉDIA, CORTELLETTI E CASARA, 2005).

No início, é preciso identificar a existência de fatores que possivelmente estariam desencadeando o surgimento da depressão, ou agravando um quadro já existente. Por isso é importante verificar se existe previamente alguma doença clínica no paciente relacionada com a depressão e observar se há uso de medicação que leve ao surgimento de sintomas depressivos. Em seguida, é conveniente investigar a existência de aspectos de natureza psicológica e

psicossocial, como lutos, isolamento social, abandono e outros fatores que podem desencadear sintomas depressivos. A intervenção psicoterapêutica ajuda a investigar e identificar fatores que podem desencadear o processo depressivo e contribui para a orientação dos familiares, dos cuidadores e do próprio paciente. Atividades do tipo terapia ocupacional, participação em atividades artísticas e de lazer também ajudam no tratamento do idoso deprimido. A intervenção psicofarmacológica é necessária quando os sintomas da depressão colocam em risco a condição clínica do paciente e quando sofrimento psíquico é significativo. Quando não tratada, a depressão pode colocar em risco a vida do paciente, elevando consideravelmente o seu grau de sofrimento. A associação do tratamento psicofarmacológico com a psicoterapia também é utilizada com sucesso (HERÉDIA et al., 2005).

A atividade física regular deve ser considerada como uma alternativa não-farmacológica do tratamento do transtorno depressivo, que apresenta a vantagem de não provocar efeitos colaterais indesejáveis em relação ao tratamento medicamentoso, além de sua prática exigir um maior comprometimento ativo por parte do paciente e consequentemente trazer como resultado a melhoria da auto-estima e autoconfiança, (STRAWBRIDGE, DELEGER, ROBERTS E KAPLAN, 2002 apud HERÉDIA et al., 2005).

A falta de práticas de atividades físicas traz prejuízos à saúde geral, particularmente no idoso. A ociosidade somada à lentificação psicomotora que a depressão provoca, desmotiva o idoso andar ou praticar exercícios físicos, e isto leva ao descontrole da pressão arterial com agravamento do quadro hipertensivo, além do comprometimento da circulação periférica, da perfusão cerebral e do próprio funcionamento cardíaco. Distúrbios articulares também se agravam devido à falta de atividade física do idoso deprimido. Segundo Cooper (1982 apud HERÉDIA et al., 2005), o exercício físico é benéfico por proporcionar alívio do estresse ou tensão, devido a um aumento da taxa de um conjunto de hormônios chamados endorfinas que agem sobre o sistema nervoso, reduzindo o impacto estressor causado pelo ambiente e consequentemente prevenindo ou reduzindo transtornos depressivos. A lentificação psicomotora e a não mobilidade física provocam baixa auto-estima, diminuição da participação do idoso na comunidade e a redução do círculo das relações sociais. Como consequências são agravados o sofrimento psíquico, a sensação de incapacidade funcional e os sentimentos de isolamento e de solidão,

(MATHER, RODRÍGUEZ E GUTHRIE, 2002 apud HERÉDIA et al., 2005).

Os autores supracitados, afirmam ainda que, por sua vez, a atividade física pode proporcionar uma melhor qualidade de vida no idoso, reduzindo os níveis de hipertensão arterial, aumentando a capacidade pulmonar e prevenindo pneumopatias. Proporcionando também ganho de força muscular e de massa óssea e desempenho mais eficiente das articulações, constituindo-se então em um importante fator de prevenção de quedas e outros acidentes, que também se apresentam como comorbidades em relação à depressão. Quando o idoso pratica atividades físicas em grupo, tem sua auto-estima elevada, suas relações psicossociais melhoradas e adquire o reequilíbrio emocional. A capacidade de atenção concentrada, memória de curto prazo e desempenho dos processos executivos também são estimuladas durante a prática de exercícios bem planejados. Enfim, a atividade física regular contribui para a minimização do sofrimento psíquico causado pelo quadro depressivo.

A depressão na terceira idade é um assunto muito complexo e de difícil diagnóstico, por isso é importante a existência de equipes multi e interdisciplinares voltadas para a atenção ao idoso, principalmente com relação à prevenção e ao tratamento dessa patologia. Tanto familiares quanto médicos devem estar atentos à depressão nos idosos, cujos sintomas principais são falta de disposição e tristeza. A doença também pode ocasionar a diminuição do apetite, diminuição do peso, dificuldades com concentração e memória, perda da auto-estima e pensamentos recorrentes de doença e morte. O Ministério da Saúde prevê assistência psiquiátrica hospitalar gratuita. No ano passado, 41,5 mil pessoas foram internadas devido a transtornos de humor, quadro em que se insere a depressão, e desse total, 3.895 eram pessoas acima de 60 anos. Existe uma política governamental que visa reduzir cada vez mais os leitos psiquiátricos e ampliar a rede extra-hospitalar, como os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e o Programa Saúde da Família (PSF) com o intuito de oferecer um atendimento mais humanizado, além de não afastarem as pessoas do convívio social (LOBO, 2010).

Apesar de existirem várias iniciativas governamentais e não governamentais de políticas públicas de saúde voltadas para o idoso, ainda há muito que se fazer. Nos hospitais e Centros de Atenção Psicossocial faltam profissionais para a demanda existente. Nas famílias e nos círculos sociais faltam informações sobre a saúde da pessoa idosa, o que dificulta a identificação da necessidade de ajuda.

Existem programas de terapias, cultura, esporte e lazer em diversos seguimentos da sociedade, mas ainda são poucos e alcançam uma parcela mínima da população idosa. Tendo em vista que essa população tende a crescer a cada ano que passa e os seus problemas correm o risco de se tornarem casos de saúde pública, é mais do que urgente a necessidade de tomada de medidas emergentes atenção e cuidado para com o idoso com vistas a prevenir os males causados pela depressão e pela solidão, como é o caso do suicídio.

## 6 Considerações finais

Numa velhice esquecida, sem a importância e a atenção que merece, podem ter agravados os problemas que surgem naturalmente nesta fase da vida humana. De acordo com os autores pesquisados, vários fatores podem contribuir para uma velhice mal vivida, como a dependência, a perda do valor social, a fragilidade da saúde, a solidão. Enfim, são fatores que se apresentaram como os mais expressivos nos estudos relatados, em que os idosos se vêm mais predispostos a deflagrarem um quadro clínico de depressão e o resultado disso tudo pode ser o suicídio.

O suicídio na terceira idade é um problema real. Lester, (1991 apud HOLMES, 1997) corroboram com tal afirmativa, quando afirma que na maioria das culturas, as taxas de suicídio aumentam com a idade. Nos Estados Unidos, por exemplo, o maior aumento vem entre os 65 e os 84 anos de idade, e para indivíduos acima de 65 anos a taxa de suicídios é o dobro da média nacional (KIRSLING, 1986 apud HOLMES 1997). De acordo com Holmes (1997), indivíduos mais velhos tendem a ser mais bem sucedidos em suas tentativas de suicídio do que os mais novos, provavelmente porque eles têm mais conhecimento e tendem mais a estar absolutamente resolvidos em relação ao que estão fazendo.

Essa constatação também fica evidente em estudos realizados pela Harvard Medical School (2003), onde se verificou que a taxa mais alta de suicídio nos Estados Unidos é entre homens brancos com mais de cinqüenta anos e que o risco aumenta com a idade, principalmente entre homens de 85 anos ou mais (NCHS, 2004 apud PAPALIA, OLDS E FELDMAN, 2009). Os idosos podem estar mais propensos a ficar socialmente isolados e consequentemente desenvolver quadros depressivos, o que pode torná-los mais vulneráveis com relação aos mais jovens e, se tentarem cometer suicídio, apresentarão maior probabilidade de serem bem

sucedidos na primeira vez (CDC, 2002 apud PAPALIA et al 2009).

Na busca da compreensão da ocorrência do suicídio na terceira idade, nos convém entender melhor o suicídio em si, os fatores físicos, psíquicos e biológicos que podem estar relacionados a esse ato fatídico de antecipação da morte. De acordo com as pesquisas analisadas, o suicídio na terceira idade ao longo dos últimos 20 anos apresentou números alarmantes. Apesar de os dados estatísticos indicarem uma diminuição na ocorrência de suicídio na terceira idade, os números ainda são expressivos e demandam uma atenção maior para essa parcela da população, cuja tendência mundial é aumentar a cada ano que passa. Hoje há uma tendência, ainda que singela, à diminuição da ocorrência de suicídio no indivíduo idoso, o que não torna o assunto menos urgente e importante, pois além dos números ainda serem muito altos, há uma forte tendência no aumento de suicídios do indivíduo envelhescente. A questão que se apresenta ao tomarmos consciência de tais fatos é: por que está ocorrendo tal mudança nos dados estatísticos?

A atenção ao idoso está em evidência conforme já foi dito, porque a população mundial está envelhecendo. A longevidade é algo possível e pode ser vivida de forma saudável. Existem em proporções cada vez maiores, programas sociais públicos, particulares, não governamentais em vários níveis da sociedade voltados ao bem estar da pessoa idosa, bem como o avanço da ciência no tratamento de diversas doenças que acometem o idoso, tudo isso com vistas a proporcionar uma velhice bem vivida. Essa mudança de paradigma pode estar criando no indivíduo idoso e nas pessoas que o cercam, o prazer de buscar melhores condições de vida, melhores formas de viver bem a velhice. É uma fase da vida humana que, pelo seu nível de complexidade, envolve todo o círculo social do idoso, que hoje com os recursos disponíveis, sabe lidar bem com as situações que a envolvem. Ao tomarem consciência de que tudo isso é possível, a vontade de viver pode estar vencendo o anseio pelo abreviamento da vida e consequentemente a diminuição do número de suicídios na terceira idade.

Em contrapartida, a perspectiva de uma velhice ruim, que vem acompanhada de suas mazelas, pode estar presente no indivíduo envelhescente. Diante de um prelúdio de perdas, tristezas, abandono, solidão, doenças, invisibilidade social que espera por ele na velhice, o envelhescente pode estar desistindo da vida, antecipando a morte para evitar a chegada deste trecho de sua caminhada. Talvez por terem visto e vivido situações semelhantes com seus entes,

por não terem informações sobre como envelhecer bem, por não terem qualidade na vida atual e julgarem não ter condições de melhorias, enfim, são muitos fatores que podem estar influenciando a decisão pelo fim da vida no envelhescente.

São questões que chamam nossa atenção e merecem destaque na busca de informações e soluções. O presente trabalho pretende ressaltar o lado bom da velhice em detrimento do declínio que envolve essa fase do desenvolvimento humano, que por vezes é tido como o lado prevalecente. Tal visão dificulta e por vezes até impossibilita a busca de uma velhice bem vivida, podendo trazer consequências irreparáveis para a finitude humana. A busca por qualidade de vida deve ser incessante, deve perdurar até o fim da vida, mesmo que os obstáculos naturais, sociais ou biológicos pareçam invencíveis. O governo, a sociedade, as famílias, as instituições de ensino, as organizações em geral devem estar alertas para a realização de estudos, programas de acompanhamento, tratamento, aconselhamento, cuidado, propostas de inserção do idoso em atividades sociais, etc., com vistas a proporcionar um bom envelhecer, bem como prevenir doenças advindas das transformações sofridas pelo idoso e principalmente, prevenir a ocorrência de suicídio nessa fase da vida.

Existem estudos, pesquisas e programas voltados para esse assunto, porém, ainda são poucos se considerarmos a urgência do problema. A conscientização da sociedade, das famílias e do próprio idoso ou envelhescente sobre a importância de uma velhice bem vivida e da possibilidade de se chegar a tal objetivo, é imprescindível. A prevenção é o melhor caminho para a resolução do problema do suicídio, que, acordando com Angerami-Camon (1995), em qualquer fase da vida, é um fenômeno incompreensível. É um ato violento, que toda e qualquer conceituação é insuficiente para explicitá-lo.

## REFERÊNCIAS

ACOSTA-ORJUELA, G. M. **Os idosos e a mídia:** usos, representações e efeitos. In FREITAS, Elizabete Viana de (Org.). Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 981-989.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, 1950- **Histórias psi:** a ótica existencial em psicoterapia. São Paulo: Pioneira, 1995.

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto, 1950- **Solidão:** a ausência do outro. 2ed. São Paulo: Pioneira, 1992.

CARDOSO, V. R. **Velhice asilada, gênero e imaginário.** Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005.

CARVALHO, A. N. C. **Auto conceito do idoso e biodança:** uma relação possível. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2006.

CÔRTE B. et al. **Suicídio na envelhescência.** Rev. latinoam. psicopatol. fundam. vol.12 no.4 São Paulo Dez. 2009. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006001200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001200011&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 28 out. 2010.

DIOGO, D. M. J. **O envelhecimento da pessoa portadora de necessidades especiais.** In\_\_\_\_\_. (Org.). Saúde e qualidade de vida na velhice. Campinas: Alínea, 2004, p. 75-96.

DURKHEIM, E. **Le suicide.** Paris, Presses Universitaires de France, 1969.

ERIKSON, E. H. **O ciclo de vida completo.** Porto Alegre: Artmed, 1998.

FARIA, N. M. X. et al. **Taxas de suicídio no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil:**

associação com fatores sócio-econômicos, culturais e agrários. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, dez. 2006 Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006001200011&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001200011&lng=pt&nrm=iso)>. acesso em 28 out. 2010.

FORGHIERE, U. C. **Fenomenologia e psicologia.** São Paulo: Cortez, 1984.

FREIRE, S. A. **A personalidade e o self na velhice.** In: FREITAS Elizabete Viana de ( Org.), Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 929-935.

FREITAS, E. V.; MIRANDA, D. R.; e NERY, M. R. **Parâmetros clínicos do envelhecimento e avaliação geriátrica global.** In E. V. Freitas; L. Py; A. L. Nery; F. A. X. Cançado; M. L. Gorzoni e S. M. Rocha (orgs.), Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.609-617.

GUARIDO, E. L.i et al. **Desempenho cognitivo no idoso:** desenvolvimento de uma proposta de intervenção. Revista Ciênc. Campinas,12(4), p. 287-197, 2003. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=pt&nextAction=lnk&exprSearch=366210&indexSearch=ID>> acesso em 28 out. 2010.

HERÉDIA V. B. M.; CORTELLETTI I. A. e CASARA M. B. **Abandono na velhice.** Textos Envelhecimento. Rio de Janeiro v.8 N.3 2005© 2010. Disponível em: <[www.unati.uerj.br/tse/scielo.php](http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php)> acesso em 28 out. 2010.

HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais.** 2 Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LEÓN, L. M. e BARROS, M. B. A. **Mortes por suicídio:** diferenças de gênero e nível socioeconômico. Rev. Saúde Pública. São Paulo vol.37 N.3 Junho 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102003000300015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Out. 2010.

**LOBO I. Depressão é parceira indesejável de 10% dos idosos.** Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=19108](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=19108)> acesso em 28 out. 2010.

**MENEGHEL, S. N. et al. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul.** Rev. Saúde Pública. São Paulo vol.38 N.6 2004. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000600008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Out. 2010.

**MONTEIRO, D. M. R. O mito de Deméter e os mistérios de Eleusis. Depressão e criatividade.** In D. M. R. Monteiro ( Org.), Depressão e envelhecimento: saídas criativas. Rio de janeiro: Revinter, 2002, p. 09-27.

**MORAGAS, R. Gerontologia social. Envelhecimento e qualidade de vida.** São Paulo: Paulinas, 1997.

**NEVES, R. Leve o trabalho para casa.** In: Revista época. São Paulo: Editora Globo, n. 41317 abr. 2006.

**PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice no século XX:** histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas; L. Py; A. L. Nery; F. A. X. Cançado; M. L. Gorzoni e S. M. Rocha (orgs.), Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p.2-12.

**PAPALÉO NETTO, M. Gerontologia:** a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 2002.

**PAPALIA Diane E., OLDS, Sally Wendkos. FELDMAN, Ruth Duskin. Desenvolvimento humano.** São Paulo: MCGrow-Hill, 2009.

**PARENTE, A. C. M. et al. Caracterização dos casos de suicídio em uma capital do Nordeste Brasileiro.** Rev. bras. enferm. Brasília vol. 60 N.4 Jul/Ag. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672007000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672007000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Out. 2010.

SOUZA, E. R. de; MINAYO, M. C. e CAVALCANTE, F. G.. **O impacto do suicídio sobre a morbimortalidade da população de Itabira.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232006000500022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000500022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28 Out. 2010.

STELLA, F. et al. **Depressão no Idoso:** Diagnóstico, Tratamento e Benefícios da Atividade Física. Motriz, Rio Claro Vol.8 n.3, pp. 91-98. Ago/Dez 2002. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/pdf12.pdf>>. Acesso em 28 out. 2010.

VERAS, R.. P. et al. **Promovendo a Saúde e Prevenindo a Dependência:** identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2007. Disponível em: <[revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1809-98232007000300008&jng=PT&nrm=iso](http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1809-98232007000300008&jng=PT&nrm=iso)>. Acesso em out. 2010.

VIANA, G. N. et al. **Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005.** Rev. Bras. Psiquiatr. São Paulo vol.31 supl.2 Out. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a08.pdf>>. Acesso em 28 out. 2010.

WALSH, F. **A família no estágio tardio da vida.** In MC GOLDRICK, M.; CARTER, B. (Org.) As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar. 2ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995, p. 269-287.