

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO  
DE CIÊNCIA DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

SILVIA MÔNICA BORTOLINI

**FATORES ASSOCIADOS AO SUICÍDIO COMO  
VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA ENTRE IDOSOS:  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

FLORIANÓPOLIS  
2016



SILVIA MÔNICA BORTOLINI

**FATORES ASSOCIADOS AO SUICÍDIO COMO  
VIOLÊNCIA AUTOINFLIGIDA ENTRE IDOSOS:  
REVISÃO SISTEMÁTICA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Violência e Saúde  
Orientadora: Profa. Dra. Elza Berger Salema Coelho

FLORIANÓPOLIS  
2016



## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por proporcionar oportunidades que ajudaram em meu amadurecimento, tanto pessoal quanto profissional na construção de novos saberes neste Programa de Pós Graduação.

Aos meus pais, por sempre estarem ao meu lado apoiando minhas escolhas, mesmo que pudessem representar, às vezes, preocupação com a distância e com o meu bem-estar. Em especial, à minha mãe Catarina, que é a pessoa que mais admiro, por ter sempre a compreensão e as palavras certas em todas as horas.

Aos meus irmãos e demais familiares, por entenderem meu desejo de participar deste programa de mestrado e estar, às vezes, ausente em confraternizações familiares.

Ao meu esposo Denis, que, além de ser meu companheiro em todos os momentos, ajudou-me muito nesta fase, sendo atencioso, não permitindo que eu desistisse, mesmo quando a vontade era ficar em casa ao seu lado, pois a estrada até Florianópolis era longa. Foi o responsável dando todo suporte para que este objetivo fosse concluído com sucesso.

À minha orientadora Profa. Dra. Elza, que me orientou da melhor forma possível, guiando meus passos e conduzindo os trabalhos, para que ao final deste processo eu pudesse entender as importantes etapas do aprendizado.

Da mesma forma, agradeço a todos os professores que, de alguma maneira, contribuíram na construção deste trabalho, fornecendo apoio sempre que solicitado.

Aos meus colegas do mestrado que fizeram parte desta caminhada, especialmente à Larissa, à Carol e à Thays, que se tornaram pessoas muito queridas e que pretendo tê-las para vida a toda. Realmente, tendo em vista a distância do meu município e a necessidade de conciliar a jornada de trabalho com o mestrado, foi muito mais prazeroso e leve com o apoio e a amizade estabelecida.

Aos meus colegas de trabalho, que entenderam, incentivaram e deram o suporte no atendimento aos

pacientes nos períodos em que eu estava no mestrado.

Aos pacientes do meu município, pela compreensão.

Enfim, agradeço a todos que, de uma forma ou de outra, fizeram parte deste processo.

Muito Obrigada

Dedico esta dissertação àquele que conseguiu ser muito paciente e compreensivo comigo nesta última etapa, meu esposo, Denis Conci Braga, e também à nossa pequena Lilly, que está chegando daqui a 2 meses e já é muito amada.



## RESUMO

Este estudo aborda o suicídio entre idosos, definido no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, como o comportamento associado aos pensamentos para acabar com a própria vida até o desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os artefatos para realizá-lo, ou seja, da tentativa até sua realização. Tem como objetivo conhecer as características bibliométricas e identificar os fatores associados ao suicídio entre os idosos nos estudos publicados no período entre os anos de 2004 a 2015 por meio de uma revisão sistemática da literatura. Realizou-se busca nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE, SciELO, PsylINFO e SiVerse Scopus. Foram selecionados para análise final 38 artigos. Observou-se que a maioria foi publicada nos anos de 2008 a 2009 e 2012 a 2013, ambos com 21%. Aproximadamente, 89% dos artigos publicados eram na língua inglesa e grande parte foi desenvolvida na América do Norte (39%). Os fatores associados foram divididos em três categorias: clínicos, psicológicos ou psiquiátricos e sociais. Os estudos apresentam os fatores psicológicos e psiquiátricos os mais associados ao suicídio; nessa categoria, a depressão é destacada em 26,3% dos estudos, seguidamente de tentativa de suicídio prévia e transtorno de humor – ambos com 15,8%. Os fatores sociais aparecem em seguida e são associados à morte recente de familiares ou amigos (11,4%), os aspectos financeiros relacionados à relação familiar e falta de apoio social aparecem ambos com 10,5% das publicações. Na categoria fatores clínicos, os estudos identificaram as doenças crônicas com 28,9%; dor crônica, 7,8% e o comprometimento funcional, 2,6%. Dado o envelhecimento populacional, é possível dizer que a compreensão dos fatores associados ao suicídio em idosos serve para o estabelecimento de ações preventivas direcionadas a essa população que tem alto risco ao suicídio.

**Palavras-chave:** Suicídio. Idoso. Pessoa idosa. Fatores de Risco.



## ABSTRACT

This study approaches suicide among the elderly, which is defined in the World Report on Violence and Health as the behavior ranging from thoughts to end his own life to the development of a plan to commit the act, getting the artifacts to performs it, in other words, since the attempt until the performance. The objectives are to meet the bibliometric characteristics and identify factors associated with suicide among the elderly in studies published between the years 2004-2015. We conducted a systematic literature review using the following databases: LILACS, MEDLINE, SciELO, PsycINFO and SiVerse Scopus. It were selected for analysis 38 articles, which most of it were published in the years 2008 to 2009 and 2012 to 2013 (21%), approximately 89% of the published articles were in English language and 39.5% of the studies were conducted in North America. The associated factors were divided into three categories: medical, psychological or psychiatric and social factors in conformity to another study. Data shown that psychological and psychiatric factors were the biggest factors associated with suicide, with depression, included in this category corresponds to 26,3%, followed by attempted prior suicide and mood disorder, both with 15.8%. Social factors were mostly represented by recent death of relatives or friends (10,5%) and by financial aspects related to family relationships and lack of social support appear to 7,9% of all publications each. The category medical factors presents chronic diseases in 28.9% of the studies, chronic pain in 7,8% and functional impairment in 2,6%. Given the aging population, the number of younger people and middle-aged have progressions to decrease, it is possible to say that the understanding of the factors associated with suicide in the elderly serves to the establishment of preventive actions aimed at this age group at greatest risk of suicide .

**Keywords:** Suicide. Aged. Elderly. Risk factors.



## LISTA DE SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
Lilcas	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde Scielo <i>Scientific Eletronic Library Online</i>
Medline	<i>Medical Eletronic Analysis and Retrieval System Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SIAH	Sistema de Informação sobre Internação Hospitalar Sinan Sistema de Informação de Agravos de Notificação WHO <i>World Health Organization</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
CID	Classificação Internacional de Doenças



## LISTA DE TABELAS

### ARTIGO

Tabela 1	Número de artigos segundo ano de publicação, idioma e local da Pesquisa.....	68
Tabela 2	Características metodológicas dos estudos selecionados.....	69
Tabela 3	Prevalência de fatores clínicos, psicológicos/psiquiátricos e sociais associados ao suicídio de idosos conforme publicações entre 2004 e 2015.....	70



## APRESENTAÇÃO

A presente dissertação aborda o suicídio como forma de violência autoinfligida entre pessoas idosas, a partir de uma revisão sistemática da literatura científica, no período de 2004 a 2015. Está inserida na linha de pesquisa Violência e Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Santa Catarina (Ufsc).

Inicialmente é apresentada a situação demográfica no mundo e no Brasil associada à violência contra a pessoa idosa, especialmente as prevalências. A partir disso, a introdução descreve o suicídio como uma das principais formas de violência autoinfligida e apresenta a prevalência desse problema entre os idosos. Quanto ao próximo item, trata-se das definições de violência, da tipologia da violência e suas formas em relação ao idoso, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Na seção “Violência contra o idoso”, descrevem-se, nos âmbitos internacional e nacional, suas formas, o perfil dos agressores e, por fim, os fatores de risco a esse agravo. Em “Prevenção do suicídio”, são apresentadas algumas taxas e estudos que trazem avaliação de programas já existentes de prevenção do ato, assim como documentos recentes abordando a questão da prevenção do suicídio em idosos. Na sequência, apresentam-se as prevalências do suicídio no mundo e no Brasil e a classificação do suicídio segundo a OMS. Por fim, é apresentado o principal objeto de estudo desta dissertação: os fatores associados ao suicídio entre idosos.



## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	21
2	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
2.1	OBJETIVO GERAL.....	25
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	27
3.1	DEFINIÇÕES E TIPOLOGIA .....	27
3.2	VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO .....	30
3.2.1	SUICÍDIO E A PREVENÇÃO.....	36
3.3	SUICÍDIO EM IDOSOS.....	40
3.3.1	FATORES ASSOCIADOS E MÉTODOS UTILIZADOS NO SUICÍDIO EM IDOSOS .....	43
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	53
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO .....	53
4.2	COLETA DE DADOS.....	53
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	54
4.4	ANÁLISE DOS DADOS .....	57
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	59
5.1	ARTIGO .....	59
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	89
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	91
	<b>APÊNDICE</b> .....	97
	<b>ANEXO</b> .....	103



## 1 INTRODUÇÃO

Em decorrência do envelhecimento populacional, a atenção voltada à pessoa idosa tornou-se um dos maiores desafios à saúde pública, uma vez que a longevidade do idoso requer manutenção da sua capacidade funcional, bem como da qualidade de vida<sup>1</sup>.

Estima-se que no mundo, até o ano de 2025, existam cerca de 1,2 bilhão de pessoas acima de sessenta anos<sup>2</sup>. Estimativas demonstram que o envelhecimento da população no Brasil tem sido progressivo, passando de 7 milhões em 1975 para 14 milhões em 2002, chegando a 34 milhões em 2020, o que coloca o país em sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária<sup>3</sup>.

No Brasil, a preocupação com os aspectos demográficos do envelhecimento da população é relativamente recente<sup>1</sup>. Estudos abordam as consequências demográficas da queda da fecundidade e a saúde da pessoa idosa e a violência contra o idoso<sup>1,3,7</sup>.

A violência, ao lado de outras enfermidades crônicas e degenerativas, dá origem a um novo perfil dos problemas de saúde em todo o mundo, em que intervenções no estilo de vida, condições sociais, ambientais e da maior longevidade se fazem necessárias<sup>8</sup>.

Estudo realizado por Minayo<sup>9</sup> evidenciou o avanço no que se refere à

produção científica sobre o tema violência contra o idoso, em revisão de literatura. Entre os anos de 1990 a 1999, foram encontradas apenas 11 publicações; já entre 2000 e 2008, foram obtidas 115.

Ainda, de modo a caracterizar a importância do tema, destaca-se a análise de

3.593 notificações de violência contra o idoso realizadas em 2010 no Brasil. Os resultados demonstram que em

78,8% dos casos a violência contra o idoso fora cometida no próprio domicílio, enquanto em 53,6% das vezes as vítimas já haviam sofrido violência anteriormente<sup>4</sup>. A prevalência da violência física contra pessoas idosas no Brasil variou de 9,6% a 69%. Quando consideradas a violência psicológica e a negligência, as variações foram de 46% a 64% e de 27% a 47%, respectivamente<sup>5</sup>.

Uma análise do perfil dos idosos que sofreram violência evidenciou que 48,6% tinham algum grau de deficiência motora; 8,6%, deficiência sensorial e 7,1%, mental<sup>10</sup>. Por sua vez, quanto aos agressores, o estudo observou que os próprios familiares são responsáveis pela maioria dos eventos relacionados à agressão, sendo os filhos os principais responsáveis (32%), havendo forte associação com algum tipo de dependência química<sup>5</sup>. No entanto, quando o próprio idoso é responsável por suas agressões, é necessária maior atenção, dada a proximidade com o principal tipo de violência autoinfligida, o suicídio<sup>11</sup>.

A violência autoinfligida, também denominada autoprovocada, foi responsável por 11% da violência contra o idoso no Brasil<sup>4</sup>. Em estudo, cujo objetivo foi identificar as principais causas, constatou-se que é mais frequente no sexo masculino, resultante principalmente de lesões cortantes, que levam a lacerações ou até mesmo amputações<sup>4</sup>. Quanto aos motivos que levam às diferentes formas de violência autoprovocada, estudo sugere que os idosos não estejam lidando bem com a realidade da finitude da vida. Dessa forma, fomentam sentimentos depressivos e elaboram lutos, os quais trazem à tona a saúde mental desse grupo, especialmente quanto aos fatores relacionados ao seu convívio familiar e social<sup>7</sup>.

No ano de 2014, a OMS, ao reconhecer o suicídio como prioridade de saúde pública, lançou o relatório: "Prevenção do suicídio: um imperativo global", com o objetivo de aumentar a conscientização sobre a importância para a saúde pública tanto do suicídio quanto da ocorrência de tentativas, bem como o enfoque na prevenção, de modo a

constituir alta prioridade na agenda de saúde pública global. O documento visa, também, incentivar e apoiar os países a desenvolverem ou reforçarem estratégias globais de prevenção do suicídio, como política de saúde pública<sup>12</sup>.

Ainda, de acordo com a OMS, em todo o mundo, entre os idosos a taxa de realização de tentativas de suicídio é maior do que nas demais faixas etárias. Estudos realizados em diferentes países evidenciam que, quando comparados a outros grupos etários, aqueles com 60 anos ou mais apresentam tendência crescente para taxas de suicídio, de modo que se faz necessária a prevenção desse agravo<sup>12,14,18</sup>.

No Brasil, estudos também apresentam o crescimento do suicídio entre pessoas com mais de 60 anos<sup>20,22</sup>; dessa forma, corroboram com a necessidade de investigação e análise, a fim de tornar possíveis as medidas preventivas. De acordo com a OMS, o Brasil encontra-se em oitavo lugar na ocorrência de suicídio. No ano de 2012, as mulheres entre 50 e 69 anos apresentaram taxa de 3,8% de suicídio, enquanto aquelas com 70 anos ou mais, a taxa foi 3,3%. Entre os homens com idade entre 50 e 69 anos, a taxa chegou a 12,7% e naqueles com 70 anos ou mais a taxa aumentou para 18,5%<sup>12</sup>.

Diante do exposto, o suicídio entre idosos surge como desafio à saúde pública global, uma vez que vai de encontro aos esforços realizados para a maior longevidade e a velhice com dignidade. Dessa forma, o maior conhecimento sobre os fatores associados ao suicídio contribuirá na sua abordagem, seja pela família, seja por aqueles responsáveis na formulação e no planejamento de políticas públicas, por meio de estratégias eficazes à sua prevenção e manejo.

Assim, este estudo se propõe a realizar uma revisão sistemática da literatura e estabelece a seguinte pergunta de pesquisa: quais os fatores associados e as características bibliométricas ao suicídio de idosos (pessoas com 60 anos e mais) segundo as publicações entre 2004 e 2015?



## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar os fatores associados aos suicídios em pessoas com 60 anos ou mais (idosos), presentes na produção científica no período de 2004 a 2015.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Conhecer as características bibliométricas dos artigos científicos;
- b) Identificar os fatores associados ao suicídio em idosos conforme a produção científica.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura tem como propósito aprofundar o conhecimento acerca do assunto disponível para pesquisa em artigos científicos. Inicialmente, são descritas as definições de violência e suicídio, bem como sua tipologia. Na sequência, aborda-se o tema da violência contra o idoso, sua prevalência internacional e nacional, o perfil dos agressores e quais são os tipos de violência apontados. Após, aborda-se a prevenção do suicídio, o suicídio em idosos e os fatores associados.

O suporte para a revisão resultou da busca de artigos, através do uso de protocolos e descritores adequados, nas seguintes bases de dados: 1. *Psycinfo (Psychological Abstracts)*; 2. *Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)*; 3. *Scielo (Scientific Electronic Library Online)*; 4. *SciVerse Scopus*; 5. *Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)*. Ainda, foi utilizado material elaborado pelo Ministério da Saúde e, também, relatórios da OMS.

#### 3.1 DEFINIÇÕES E TIPOLOGIA

Violência é o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si mesmo, contra outra pessoa, contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Pode ser classificada como violência autoinfligida, violência interpessoal e violência coletiva<sup>13</sup>.

**1) Violência autoinfligida:** representada como comportamento suicida, que engloba desde a ideação ou tentativas de suicídio até as automutilações. É caracterizada pela intencionalidade de causar um ferimento em seu próprio corpo como um meio de lidar com

estressores emocionais e/ou psíquicos graves. Um dos métodos mais comuns são as lesões cortantes, porém, como outros exemplos, têm-se os socos, as batidas e as queimaduras pelo corpo, todos com ou sem intenção suicida.

A classificação da violência autoinfligida inclui<sup>11</sup>:

**Violência autoinfligida não suicida:** é o comportamento autoinfligido e deliberadamente resulta em lesão ou o potencial de lesão a si mesmo sem nenhuma evidência, implícita ou explícita, de intenção suicida.

**Violência autoinfligida suicida:** é o comportamento que é autoinfligido e, deliberadamente, resulta em lesão ou o potencial de lesão a si mesmo, havendo evidências implícita ou explícita de intenção suicida.

Ainda sobre essa forma de violência, a autoinfligida, o Relatório sobre Violência e Saúde<sup>13</sup> divide em comportamentos suicidas e automutilação. O primeiro inclui pensamentos suicidas, tentativas de suicídio e o próprio suicídio. A automutilação é dividida da seguinte forma: **automutilação grave**, que envolve cortar dedos, mãos, braços, pernas e cegar-se; **automutilação estereotipada**, que se refere aos atos repetidos de se machucar, como bater a cabeça, cortar-se, arrancar os cabelos; **automutilação superficial ou moderada**, que se diferencia das demais categorias por ter caráter leve.

**2) Violência interpessoal:** é dividida em: intrafamiliar e comunitária. A primeira se refere às violências que ocorrem entre parceiros íntimos ou familiares e inclui diversas formas de agressão contra criança, mulher, idoso ou o homem no ambiente domiciliar. Por sua vez, a violência comunitária é definida como a que ocorre no ambiente social, desempenhada por pessoas conhecidas ou não.

**3) Violência coletiva:** engloba os atos macrosociais, políticos e econômicos que caracterizam a dominação de grupos e do Estado<sup>8</sup>.

O suicídio é definido pela WHO<sup>13</sup> como o comportamento que vai desde

pensamentos para acabar com a própria vida até o desenvolvimento de um plano para cometer o ato, ou seja, da tentativa até sua realização. O relatório da OMS 2014, que tratou de suicídio<sup>12</sup>, trouxe algumas importantes reflexões. Uma delas é reconhecer as implicações e complexidades de definições, incluindo a intencionalidade da automutilação na definição de tentativa de suicídio. Dada a dificuldade de caracterizar a ocorrência ou não de intenção suicida, sua distinção é difícil, o que pode representar uma sub ou superestimação do problema. Ainda, neste relatório, o suicídio está definido como o ato deliberado de tirar a própria vida, não trazendo comportamentos suicidas, ideação ou tentativas na mesma definição, o que difere da conceituação da OMS. Shneidman define o suicídio como o ato humano de infligir a si próprio o fim da vida, o que traz em qualquer definição um

elemento-chave, que é a intenção de morrer<sup>30</sup>.

O suicídio, tratado de forma geral, é antes de qualquer outra coisa um ato de desespero por parte de uma pessoa, que não faz mais questão em viver<sup>29</sup>. Quando o indivíduo sacrifica sua vida, é considerado um suicídio consumado. O que há em comum entre todas as formas desta renúncia pela vida é que o ato está consagrado com o conhecimento de causa, ou seja, independentemente dos motivos, aquele indivíduo sabe no que irá resultar seu ato<sup>29</sup>.

Enfim, buscou-se descrever um pouco acerca das definições de violência, principalmente da violência autoinfligida e sua principal forma, que é o suicídio. Observa-se que a definição do suicídio vem ao longo do tempo passando por modificações e como principal ponto de dificuldade de caracterizar a intenção do ato consumado.

A seguir, serão tratados dos tipos de violência contra o idoso, sua prevalência e fatores associados.

### 3.2 VIOLÊNCIA CONTRA O IDOSO

A violência contra o idoso hoje é uma realidade mundial, presenciada primeiramente em países desenvolvidos e mais recentemente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Esta seção trata da prevalência da violência no âmbito internacional e nacional, dos tipos de violência que o idoso sofre e os fatores associados.

A violência contra o idoso ainda é relacionada à invisibilidade social, ou seja, tratada como um problema privado, devendo ser resolvida pelas partes envolvidas. Desse modo, a falta de orientações acerca da detecção e manejo dos casos é difícil para os diferentes profissionais que atuam na área da saúde<sup>3</sup>.

Outro fator que aponta para uma fragilidade da violência contra o idoso é a ausência de lesões graves notificadas, não quer dizer que não aconteçam, mas podem estar relacionadas com dúvidas ou preocupações de como agir por parte dos profissionais de saúde em notificar, mesmo com o apoio da literatura que vem sendo produzida<sup>10</sup>.

Apesar de os idosos não constituírem o grupo de maior risco de morrer ou sofrer ferimentos por causas externas e por violência, eles também são afetados, o que remete à necessidade de atendimentos de maior complexidade nos serviços de saúde, principalmente na rede pública e conveniada ao Sistema Único de Saúde (SUS), para onde converge a maioria dos indivíduos<sup>1</sup>.

Em relação à tipologia da violência, ela é classificada em:

**Abuso físico:** é o uso da força física para ferir, provocar dor, incapacidade ou morte, ou ainda para exigir que a pessoa idosa faça algo que não deseja fazer.

**Abuso psicológico:** é a agressão de forma verbal ou demonstrada por gestos, que tem por objetivo aterrorizar, humilhar, restringir a liberdade ou isolar o idoso do convívio social.

**Abuso sexual:** refere-se ao jogo sexual, homo ou heterossexual, que utiliza o idoso, sem seu consentimento.

**Abandono:** é a ausência dos responsáveis governamentais, institucionais ou familiares de prestarem auxílio ao idoso que necessita de proteção.

**Negligência:** é a omissão dos cuidados necessários aos idosos, por parte dos responsáveis familiares ou institucionais. É uma das formas mais presentes no país.

**Abuso financeiro:** é a exploração indevida ou imprópria dos recursos financeiros ou patrimoniais do idoso.

**Autonegligência:** é a conduta do próprio idoso, que ameaça sua saúde ou segurança, pela recusa de promover os cuidados necessários a si mesmo<sup>8</sup>.

Sobre a prevalência de abuso em idosos, estudo realizado na Espanha apontou que 16% sofreram negligência; 15,2%, abuso psicossocial; 4,7%, abuso financeiro e 0,1%, abuso físico. Esses agravos estavam relacionados positivamente com problemas como a depressão, isolamento social e incontinência<sup>26</sup>.

Somente a prevalência de violência psicológica (por parceiro ou membro da família) variou de 3,2% a 23,5% em homens e 9% a 26% em mulheres em um estudo que incluiu quatro países<sup>31</sup>. Após ajuste para *status* socioeconômico, relações sociais, idade e local, o estudo constatou que as mulheres experienciaram mais violência psicológica perpetrada por membros familiares quando comparada ao grupo do sexo masculino (OR= 1.8; IC= 95%: 1.2–2.6). A dificuldade nas relações sociais, nos locais onde vivia mais de uma família, e o baixo nível de suporte dos parceiros, filhos e família estavam associados à violência doméstica psicológica. Já a prevalência de violência física relatada variou de 0,63 a 0,85% dos participantes<sup>31</sup>.

Em estudo realizado na Alemanha, 53% dos cuidadores familiares relataram pelo menos um incidente de maus-tratos para com seus membros da família

dependentes de cuidados, em um período de 12 meses<sup>32</sup>. Mulheres idosas parecem ter maior risco de violência doméstica, a qual frequentemente resulta em múltiplas

lesões.

Uma análise retrospectiva dos casos de violência doméstica entre idosos com deficiência moderada ou severa (n= 70), realizada em Portugal, nos anos entre 2005 e 2013, mostrou que o abuso físico foi o mais prevalente (86%); realizado por homens em sua maioria (63%), que viviam com as vítimas (90%), mais frequente por seus filhos (47%) ou parceiros (49%). Por sua vez, as vítimas eram predominantemente do sexo feminino (63%), com presença de deficiências motoras (49%). Havia história de abuso em 74% dos casos. As sequelas físicas eram frequentemente pequenas lesões (95%); a ocorrência de cicatrizes permanente foi observada em 6,8% dos casos. As injúrias eram múltiplas na maioria dos casos (64%) e os locais preferidos era cabeça e pescoço (75%). Em relação ao estado civil

dos idosos que sofreram violência, estudo português<sup>10</sup> evidenciou que 52,9% eram

casados; 35,7% viúvos; 7,1% divorciados e representaram 4,3% da amostra<sup>10</sup>.

Em 2007, na Europa, foi desenvolvido pelo serviço de saúde um sistema de referência para relatar os casos de abuso de idosos. Após um ano da coleta de dados, no estudo transversal que incluiu 1.889 relatos, 381 foram relacionadas com a autonegligência. No entanto, em mais de 40% dos relatos foi evidenciado mais de uma forma de abuso. Ainda, em mais de 80% dos casos, o agressor vivia no mesmo

domicílio que o idoso<sup>32</sup>.

Quanto aos fatores associados à violência do idoso, um estudo de corte em Chicago, EUA, com acompanhamento médio de 7,6 anos, evidenciou, através de análise multivariada, que aqueles idosos com risco alto e médio de sintomas depressivos tinham também um aumento no risco de mortalidade associado à ocorrência de abuso. Ainda, naqueles idosos com níveis baixos e médios de relacionamento e engajamento social, houve um aumento significativo no risco de mortalidade associada a algum tipo

de abuso<sup>33</sup>.

Os fatores de risco para a violência contra o idoso podem ser relacionados a cada tipo de violência sofrida individualmente. Na Espanha, foi desenvolvido um estudo de base populacional que incluiu 676 idosos, média de idade de 81 anos. O abuso psicológico apresentou associação com sintomas depressivos, isolamento social e incontinência urinária. Por sua vez, a negligência foi associada ao isolamento social, uso de serviços sociais e condições de vida. Já o abuso financeiro estava relacionado ao estado civil e à idade de 85 anos ou mais<sup>26</sup>.

Entre os fatores de riscos sociais, o isolamento social pode ser uma causa da violência sofrida pelo idoso, ou uma consequência, tendo em vista que as doenças físicas ou mentais acabam sendo motivos para que ele permaneça em isolamento social e fique mais vulnerável<sup>13</sup>.

A ocorrência de diferentes tipos de deficiência representa um fator de risco reconhecido para o abuso. Aproximadamente, cerca de 50% dos idosos portugueses relataram ter muita dificuldade na realização de atividades de vida diária<sup>10</sup>. No entanto, pouco mais de 6% dos idosos com tais limitações relataram ter sido abusados por algum familiar, o que pode representar uma subestimação clara do problema. Tal fato pode estar relacionado às dificuldades de as pessoas relatarem sua vitimização, bem como as dificuldades que os profissionais têm na detecção e notificação dessas situações<sup>10</sup>.

Dentre as características da violência contra o idoso cometidas no próprio domicílio por pessoas de confiança, os grupos mais prevalentes são aqueles que apresentam doenças que os tornam vulneráveis, por exemplo, a depressão e/ou incontinência urinária/fecal, diabetes, reumatismo e os que moram com maior número de pessoas<sup>3</sup>.

Cuidados que a família presta ao idoso e até mesmo gastos financeiros para manutenção de sua saúde podem ser desencadeadores de indignação e gerar violência contra o idoso. A situação financeira do agressor é fator essencial

nesse sentido, ou seja, a violência pode estar diretamente relacionada aos recursos financeiros do agressor ou até mesmo da renda familiar<sup>13</sup>.

A dificuldade de identificação da violência contra o idoso, muitas vezes, está relacionada ao fato de ser cometida por pessoas da confiança do próprio idoso, fazendo com que dificulte seu relato<sup>3</sup>. O impacto gerado pela violência na pessoa idosa é aumentado pelo processo normal da velhice e do aparecimento de doenças crônicas. Devido ao comprometimento cognitivo, a fragilidade física torna-se mais difícil para o idoso se libertar de uma relação de violência e tomar uma decisão em relação ao agressor, além de que, em alguns lugares onde a obrigatoriedade do cuidado do idoso por parte da família, fica ainda mais vulnerável para a situação de violência<sup>13</sup>.

Estudo realizado no Brasil<sup>1</sup> evidenciou uma prevalência de 10,1% para idosos que sofreram algum tipo de violência no domicílio. Abordou também a inserção da violência contra o idoso nas políticas públicas de saúde, retratando as internações e mortalidade dos brasileiros idosos em nível nacional, por meio de dados coletados a partir dos sistemas de informação: Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e Sistema de Informações sobre Internação Hospitalar (SIAH).

Em relação à faixa etária, as pessoas com 60 anos ou mais não costumam estar inseridas em estudos relacionados a causas externas, geralmente os altos índices estão mais elevados na população jovem, permitindo, dessa forma, que os índices aumentem ainda mais na população idosa<sup>34</sup>.

Destaca-se que os idosos constituem um grupo de pessoas vulneráveis ao desrespeito, desconsideração e atos violentos, sobretudo no caso de incapacidades, e à medida que vão se tornando mais dependentes de seus familiares ou cuidadores, vão ficando cada vez mais sujeitos a abusos, principalmente o econômico<sup>6</sup>.

Um importante panorama da violência contra a pessoa idosa no Brasil, entre janeiro e dezembro de 2010, a partir de dados obtidos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan Net), analisou 3.593 notificações de violência contra o idoso, decorrentes de 524 municípios diferentes. Do total de casos notificados, 52,3% eram do sexo feminino, a maioria dos episódios de violência contra idosos ocorreu no domicílio (78,8%) e mais da metade das vítimas referiu que já havia sido violentada previamente (53,6%). Além disso, aproximadamente 11% das notificações apontavam a ocorrência de lesões autoprovocadas, porém não foi

possível saber se havia intenção de suicídio<sup>4</sup>.

Os casos confirmados de violência em idosos em estudo em Chicago foram significativamente associados ao risco de mortalidade<sup>33</sup>.

Em síntese, os estudos apontaram que a maioria dos idosos que sofrem violência mora com o agressor, é casada, possui comorbidades e também apresentou prevalência de lesões autoprovocadas. Dessa forma, o espaço seguinte apresenta a questão do suicídio entre os idosos, que é a principal forma de violência autoinfligida como um problema de saúde pública e a prevenção.

### 3.2.1 SUICÍDIO E A PREVENÇÃO

Neste espaço, abordam-se as taxas de suicídio na população geral como um problema de saúde pública, o aspecto da prevenção e as recomendações já descritas na literatura.

O suicídio é um importante tipo de violência autoinfligida. Entre os países que relatam seus dados, estão em primeiro lugar os países do leste Europeu (Belarus 41,5/100 mil pessoas, acompanhado pela Estônia 37,9/100 mil e a Federação Rússia com 43/100 mil); no Sri Lanka (37/100 mil pessoas); na América Latina são encontrados índices inferiores; Colômbia 4,2/100 mil pessoas; Paraguai 4,2/100 mil; para alguns países da Ásia, como a Tailândia 5,6/100mil e as Filipinas 2,1/100 mil. Alguns países de outras partes da Europa, Ásia, América do Norte e região do Pacífico, podem se encaixar nesses extremos, por exemplo, Japão 19,5/100 mil,

Canadá 15,0/100mil, Alemanha 14,3/100mil e Suíça 22,5<sup>11</sup>.

Uma forma de avaliar a importância do suicídio como um problema de saúde pública é avaliar sua contribuição em relação às mortes intencionais, mortes que incluem violência interpessoal, conflitos armados e suicídio, ou seja, mortes violentas. Globalmente, suicídios são responsáveis

por 56% de todas as mortes violentas (50% em homens *versus* 71% em mulheres). Em países de alta renda, o suicídio representa 81% das mortes violentas em homens e mulheres<sup>12</sup>.

Para Conwell, o suicídio com pessoas idosas tornou-se um problema de saúde pública, por apresentar taxas elevadas na maioria dos países. Os homens estão em maior risco. A redução das doenças relacionadas ao suicídio poderia interferir positivamente em intervenções de prevenção<sup>17</sup>.

Uma vez que se atue nos fatores associados ao suicídio, é possível evitar o ato propriamente dito, tendo em vista que a ideação e as tentativas relacionadas ao suicídio devem ser tratadas com maior seriedade possível<sup>21</sup>.

Uma revisão sistemática no ano de 2009, nos Estados Unidos, sobre programas de prevenção de suicídio, identificou que a estratégia para evitar o suicídio na população idosa foi eficiente, mas, quando o sexo foi considerado, os programas eram, em sua maioria, eficientes apenas para as mulheres. As avaliações empíricas de programas que atendiam às necessidades de alto risco em adultos mais velhos pareciam positivas e mostraram uma redução no nível de ideação suicida nos pacientes ou na taxa de suicídio das comunidades participantes<sup>14</sup>.

Os idosos com idade acima de 80 anos tendem a explicitar mais a ideação suicida em comparação aos mais jovens, entre 60 e 80 anos; geralmente, usam meios mais letais nas tentativas, que conseqüentemente são mais fatais<sup>23</sup>.

No Brasil, no ano de 2009, as taxas do suicídio para os homens variaram entre 8,7/100 mil e 15,4/100 mil; para as mulheres, as taxas encontram-se estabilizadas entre 2,4/100 mil e 2,6/100 mil. A literatura brasileira mostra que, entre os homens idosos, há uma tendência de crescimento do suicídio, enquanto as mulheres realizam mais tentativas do que o ato consumado<sup>35</sup>.

Quando analisadas as regiões, os homens possuem

maior incidência na região sul do país, com 11,7 mortes por 100 mil habitantes; na região Centro-Oeste, com uma média de 7,11 por 100 mil habitantes. Já a menor taxa de mortalidade por suicídio entre os homens foi evidenciada na região Nordeste, tendo uma média de 3,3 mortes por 100 mil habitantes. Entretanto, na região Nordeste, o sexo masculino teve maior aumento (190%) durante o período estudado<sup>36</sup>.

Em 2012, segundo o relatório da OMS, o Brasil é classificado em oitavo lugar, apresentando as seguintes taxas: pessoas do sexo feminino entre 50 e 69 anos (3.8/100 mil habitantes); já no sexo masculino, na mesma faixa etária, são 12.7/100 mil habitantes. Na faixa etária de 70 anos e mais para o sexo feminino, 3.3/100 mil habitantes e no sexo masculino, 18.5/100 mil habitantes<sup>12</sup>.

Quando se analisam as taxas de morte por violência autoinfligida, é possível inferir que esse ato não possui uma única causa ou razão, mas é resultado de uma complexa interação de fatores, que podem ser biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, apresentando dificuldade para explicar como a exposição aos mesmos fatores de risco implicam condutas diferenciadas, dependendo dos sujeitos envolvidos<sup>22</sup>.

Entretanto, na morte autoinfligida e nesse contexto de suicídio, destaca-se, em última instância, um componente importante que é a escolha do próprio sujeito, embora ela seja atravessada por situações médicas, sociais, psicológicas e ambientais<sup>20</sup>.

Sabendo que o risco para atentar contra a própria vida aumenta com a idade, a prevenção desse evento se torna um desafio para as sociedades atuais. Os idosos que atentam contra sua própria vida comumente vivem sozinhos e isolados, dificuldade de acesso para auxílio os torna mais suscetíveis ao suicídio<sup>23</sup>.

Cabe lembrar que os dados referentes ao suicídio possuem algumas limitações devido à subnotificação, tido como um dos fatores mais críticos que merece consideração<sup>36</sup>.

O último relatório da OMS de 2014 aborda a questão do suicídio e sua prevenção, menciona que 60 países possuem informações de boa qualidade. Ressalta, também, que em alguns locais o suicídio é considerado ilegal, a má classificação dos casos e ainda a questão do estigma social implicam o número ainda maior de suicídios, muitas vezes acabam sendo subnotificados<sup>37</sup>.

As intervenções para a prevenção do suicídio classificam-se em Universal, Seletivas e Indicadas, segundo a OMS<sup>12</sup>:

- a) Estratégias de Prevenção Universal: são projetadas para atingir uma população inteira, em um esforço para maximizar a saúde e minimizar o risco de suicídio, através da remoção de barreiras aos cuidados e aumentar o acesso à ajuda, processos de fortalecimento de proteção, como o apoio social e a alteração do ambiente físico.
- b) Estratégias de prevenção seletiva: são destinadas a atingir pessoas vulneráveis dentro de grupos populacionais, com base em características como a idade, o sexo, o *status* ocupacional ou a história familiar. Indivíduos podem não expressar comportamentos suicidas, porém podem estar em um nível elevado de fatores biológicos, psicológicos ou risco socioeconômico que são fatores associados.
- c) Estratégias de prevenção indicadas: são específicas aos indivíduos de população vulnerável, por exemplo, aqueles que mostram os primeiros sinais de suicídio potencial ou que fizeram alguma tentativa de suicídio. Dada a multiplicidade de fatores e as muitas vias envolvidas que levam ao comportamento suicida, os esforços de prevenção do suicídio requerem uma ampla abordagem multissetorial.

Inovações que permeiam novas estratégias permitem resiliência em um envelhecer de forma positiva, envolvendo comunidade, familiares, meios de comunicação para identificação e prevenção de suicídio em idosos mais vulneráveis<sup>14</sup>.

Percebe-se que o suicídio entre os idosos é apontado no mundo todo como um problema de saúde pública, tornando essencial o aprofundamento de sua prevalência e o que permeia esse ato.

### 3.3 SUICÍDIO EM IDOSOS

Este tópico trata da classificação do suicídio entre idosos segundo a OMS, sua prevalência, a ideação, as tentativas de suicídio e os meios mais utilizados.

Em 2000, cerca de 815 mil pessoas no mundo e de diversas faixas etárias se suicidaram; isso representa uma taxa de 14,5 em cada 100 mil pessoas, ou seja, uma morte a cada 40 segundos, décima terceira maior causa de mortes no mundo<sup>11</sup>. O suicídio constitui hoje um sério problema mundial para as sociedades.

Segundo estudo realizado pelo WHO/Euro *Multicentre Study of Suicidal Behavior*, as taxas médias de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos de idade chegam a 29,3/100 mil habitantes; enquanto as tentativas de suicídio são de 61,4/100 mil habitantes. Além de as taxas serem altas, a razão entre as tentativas e o ato consumado é de 2 tentativas para 1 suicídio. A OMS classifica esse fenômeno em quatro níveis: baixo (quando ocorre em menos de 5 habitantes em 100 mil); médio (de 5 a 15); alto (de 15 a 30); muito alto (acima de 30 por 100 mil).

Um aspecto importante sobre o suicídio de idosos é a relação entre tentativas e óbitos consumados. Nos Estados Unidos, essa relação fica na faixa de 36:1 para os jovens, 8:1 entre a população em geral e 4:1 na população idosa<sup>17</sup>.

A própria tentativa de suicídio é considerada um comportamento sintomático. Enquanto a ideação é mais complexa e pode ser demonstrada por expressões do tipo: “falta sentido para viver”, “cansaço de viver”, “pensamentos de morte”, que facilmente podem confundir com quadros de depressão<sup>20</sup>.

Para Conwell, os dados sobre tentativas de suicídio e

a ideação suicida são menores e menos confiáveis do que o suicídio como fato consumado, pois não há mecanismos de vigilância para rastrear sua incidência. Assim, o suicídio entre os idosos possui maior letalidade, refletindo a resistência física diminuída, o maior isolamento que implica menor chance de salvamento e maior determinação em morrer<sup>17</sup>.

A intenção suicida ou a tentativa pode ser difícil avaliar, uma vez que pode ser influenciada por ambivalência ou mesmo ocultação. A distinção entre os dois é difícil, por isso não é possível determinar que proporção de casos seja atribuível à automutilação, com ou sem real intenção suicida<sup>12</sup>. Contudo, estudos corroboram que é intrínseca a relação entre ideação suicida, tentativa de suicídio e a efetivação da morte por suicídio<sup>17,21,24</sup>.

A ideação suicida em Taiwan, nos períodos entre setembro de 2002 e março de 2003, em estudo de base populacional com 3.596 adultos, com idade de 65 anos ou mais, encontrou 52,6% do sexo masculino e 47,4% do sexo feminino. Dois terços encontravam-se entre 65 e 75 anos de idade e sua idade média foi de 73,5 anos. A prevalência de ideação suicida foi de 5,9% para aqueles com idade entre 66 e 75 anos; 6,1% para aqueles com 76 a 85 anos e 8,2% para aqueles com mais de 85 anos<sup>27</sup>.

Estudo sobre as características do suicídio na Korea avaliou retrospectivamente os dados dos prontuários de pacientes, que deram entrada na emergência de um hospital universitário, no período de 2008 a 2009. Avaliaram fatores demográficos, diagnóstico clínico e a descrição do método utilizado para tentativa do suicídio, bem como as razões para tal<sup>16</sup>.

Um total de 468 pacientes foi trazido à emergência por tentativa de suicídio. Destes, 25 (5,3%) morreram em decorrência das lesões provocadas. A amostra final contou com 388 casos. As tentativas de suicídio naqueles com mais de 65 anos foram observadas em 57 casos, cuja média de idade foi 73,5 anos. Os pacientes idosos

apresentaram maiores taxas de condições clínicas subjacentes em comparação ao grupo com idade menor de 65 anos. A depressão foi o diagnóstico psiquiátrico mais comum, seguido por esquizofrenia. O uso de psicotrópicos foi o método mais utilizado nos dois grupos. No entanto, a ingestão de pesticidas foi mais notável em idosos. Em 40,4% dos idosos, o fator desencadeador para a tentativa de suicídio foi problema interpessoal. Contudo, mais pacientes idosos relataram alguma doença física como a razão para tirar sua própria vida, comparados ao grupo com menos de 65 anos<sup>16</sup>. Ainda, no grupo dos idosos, as tentativas de suicídio resultaram significativamente em maiores períodos de perda da consciência, apresentaram mais gravidade e necessitaram de mais tempo de internação<sup>16</sup>.

As taxas do suicídio no Brasil, analisadas por grupos de idade e no mesmo período, revelaram que a taxa de mortalidade por suicídio possui predominância de indivíduos com mais de 70 anos (média de 7,8 mortes por 100 mil habitantes), seguida por pessoas com idade entre 50 e 59 anos e entre 60 e 69 anos de idade (média de 6,8 e 6,7 mortes por 100 mil habitantes, respectivamente). Em relação ao grupo de pessoas com 60 anos e mais, a taxa de crescimento do suicídio foi de 19%<sup>36</sup>.

Durante os períodos de 1996 a 2007, ocorreram 91.009 óbitos por suicídio em pessoas com 10 anos ou mais de idade no Brasil. Em média, 7.584 pessoas tiraram suas vidas a cada ano. Desse total, 14,2% (12.913 óbitos) ocorreram em pessoas com 60 anos ou mais (média anual de 1.076 idosos). De maneira geral, a mortalidade masculina por suicídio é maior do que a feminina quando se considera a população acima de 10 anos (79,2% contra 20,8%), da mesma forma naqueles com 60 anos ou mais (82,2% contra 17,8%). A prevalência de suicídio em pessoas com 60 anos e mais é de 30,1%, 28,9% e 28,5% nas regiões Sul, Sudeste e Nordeste do país, respectivamente, evidenciando o estado do Rio Grande do Sul com o maior percentual na região Sul<sup>20</sup>.

As taxas de suicídio são semelhantes entre o sexo

feminino e masculino apenas na China e na Índia, pois são atribuídas aos fatores culturais; na China, as mortes autoinfligidas para homens acima de 70 anos e mulheres acima de 75 anos são de 100/100000<sup>17,23</sup>.

Um marcador demográfico importante para o risco de suicídio é a idade. Conforme o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, mundialmente, pessoas com mais de 75 anos de idade são aproximadamente três vezes mais expostas ao risco do suicídio do que a faixa etária de 15 a 24 anos. Tal tendência é encontrada para ambos os sexos, porém é mais evidente entre os homens<sup>11</sup>.

Em revisão de literatura realizada nos períodos de 1980 a 2008, foram encontradas 57 referências; destas, 52 sobre o suicídio em idosos. Nas décadas entre 1980 a 1989, foram encontrados cinco artigos. De 1990 a 1999, houve um aumento de quatro vezes mais, 19 trabalhos cujos eixos temáticos são o suicídio, a comorbidade com transtornos mentais, o diagnóstico e o tratamento. Na última década, de 2000 a 2009, foram selecionadas 28 referências, observando-se crescimento de quantidade e diversidade das pesquisas<sup>21</sup>.

Apesar de os estudos apontarem a dificuldade em reconhecer a tentativa ou a própria ideação suicida pelo fator da ambivalência, é de suma importância atentar para os sintomas que o idoso apresenta para buscar ajudá-lo.

### 3.3.1 FATORES ASSOCIADOS E MÉTODOS UTILIZADOS NO SUICÍDIO EM IDOSOS

Muito do que se sabe hoje sobre fatores associados ao suicídio entre pessoas na vida adulta é derivado de estudos com autópsias psicológicas<sup>17</sup>.

Uma autópsia muito conhecida foi realizada por Sheidman, o qual identificou algumas possíveis causas para o suicídio do caso estudado e também os fatores de risco da pessoa que cometeu suicídio, como bullying na escola

relatado pelo irmão da vítima, dificuldade na leitura, na fala, na coordenação (história de dificuldade no aprendizado diagnosticado na faculdade), crises comportamentais, tanto na escola quanto em casa, até a idade de 12 anos, carinho materno de forma rígido, internações psiquiátricas, uma tentativa de suicídio anterior, histórico de fuga de casa e da escola<sup>38</sup>.

As autópsias psicológicas e psicossociais, além de compreender o suicídio entre idosos com sua multicausalidade e singularidade, têm o enfoque também em trazer as informações de forma contextualizada e possibilitar estratégias para a prevenção do suicídio<sup>39</sup>.

Em uma revisão de literatura sobre o tema suicídio entre idosos, no ano de 2010, foram identificadas 52 referências, cerca de 90% correspondiam aos últimos 20 anos; na década de 90, havia estudos que utilizavam o método de autópsia psicológica para compreender melhor o fenômeno, demonstrando que o método é utilizado há bastante tempo<sup>21</sup>.

O suicídio no fim da vida é um enorme problema de saúde pública que provavelmente irá aumentar em gravidade. O suicídio entre os mais velhos representa desafios únicos para os médicos clínicos, porque os idosos têm menos probabilidade de relatar sintomas de depressão e pensamentos suicidas, são mais propensos a usar meios altamente letais e são mais propensos a morrer em uma primeira tentativa. Porém, os dados de estudos de autópsia psicológica indicam um conjunto consistente de fatores de risco para o espectro de comportamentos suicidas no fim da vida (suicídio, ideação, tentativas e mortes). Assim, os clínicos devem estar vigilantes para as doenças psiquiátricas (especialmente depressão), as doenças físicas, a dor, a incapacidade funcional e o isolamento social<sup>18</sup>.

O suicídio no Brasil, em uma análise temporal da mortalidade de pessoas acima de dez anos, teve destaque para a população de 60 anos ou mais de 1980 a 2006. Os meios mais usados em relação aos suicídios em pessoas com

mais de 60 anos, para o sexo masculino, foram enforcamento, fumaça ou fogo, disparo de armas de fogo e outros meios não especificados. Para a população do sexo feminino, em primeiro lugar, foi enforcamento seguido de outros procedimentos e meios não especificados e ingestão de substâncias<sup>22</sup>.

Os meios utilizados dos idosos que morreram por suicídio em dez municípios brasileiros em um total de 51 casos, 40 homens e 11 mulheres, foram o enforcamento, tanto por homens (65%) quanto por mulheres (72,7%), seguido de armas de fogo (20%) e envenenamento (10%) em homens. Entre as causas menos frequentes, houve uma morte de homem por facada no peito e outra por afogamento; duas mulheres, por chamas e um por queda de altura<sup>23</sup>.

Há afirmações de que alguns métodos são definidos pela aceitação social, por exemplo, no caso dos homens, armas de fogo são mais aceitas socialmente; no caso das mulheres, os medicamentos representam essa aceitação social<sup>36</sup>, justificando talvez as maiores taxas de suicídio no sexo masculino. Nos Estados Unidos, em 2004 72% das mortes autoinfligidas em pessoas idosas foram por arma de fogo, enquanto na população em geral 52% utilizaram o mesmo meio<sup>17</sup>.

Cabe salientar que, quanto ao método, não há uma padronização, ou um aconselhamento para reduzir taxas diminuindo acesso aos métodos de forma global. Isso se deve às especificidades de cada região, ou seja, quem reside no meio rural possivelmente terá o envenenamento como método, já quem reside na área urbana possivelmente decide utilizar outro tipo de meio ou até mesmo a queda de altura. Assim, é necessário saber quais são os meios que os idosos estão utilizando para se autodestruir, porém o mais importante é saber que cada região ou área tem suas peculiaridades e, da mesma forma, o idoso pela opção do meio a ser utilizado<sup>12</sup>.

Apesar de o suicídio ser um acontecimento que possui múltiplas causas, observa-se que a fragilidade

relacionada ao gênero é fator explicativo importante. O padrão da masculinidade, regido pelos valores culturais, como o comando da família, o papel na sociedade, o machismo e a disputa pelo poder, pode ser impulso para cometer atos violentos contra si, pois é padrão da cultura de masculinidade

hegemônica resolver problemas sociais e pessoais de forma agressiva, com o uso de armas de fogo, exposição deliberada a riscos e a autoagressão<sup>25</sup>.

Em relação aos fatores predisponentes, podem ser citadas as doenças graves e degenerativas, a dependência física, os distúrbios e sofrimentos mentais, sobretudo, depressão severa, o mais relevante fator associado ao suicídio, na quase totalidade das pesquisas. Essa enfermidade é vista em sua sintomatologia própria ou associada a questões de sofrimento físico crônico e de terminalidade da vida ou, ainda, a problemas de ordem social e cultural<sup>21</sup>.

Um dos fatores de risco intimamente associado com o suicídio em pessoas idosas é a depressão<sup>11,15,20,22,24,27</sup>. Vale ressaltar que o suicídio é um evento prevenível, em que o exercício e a modificação de estilo de vida também parecem ser importantes. A melhora do contato social, do suporte e da integração comunitária também apresenta resultados efetivos, bem como linhas telefônicas de auxílio se mostraram importantes na redução do suicídio em idosos<sup>20</sup>.

Quanto aos sintomas depressivos em idosos, nos Estados Unidos, a prevalência variou de 10% a 15%, em 2006. No Brasil, no ano de 2003, variou de 6% a 12%, quinta causa de doenças entre pessoas com 60 anos ou mais<sup>1</sup>. A prevalência da depressão maior variou entre 6% a 9% nos serviços americanos de atenção primária para idosos, enquanto os sintomas depressivos moderados afetavam de 17% a 37% dos indivíduos. De modo semelhante, estudos reportaram 7% de ideação suicida em idosos e 30% em pacientes com depressão profunda, nesse mesmo tipo de serviço. Considera-se forte a tendência

de reaparecer a depressão em 50% a 90% dos idosos num período de dois a três anos<sup>24</sup>.

A doença mental e o suicídio estão fortemente relacionados, por meio de autópsias psicológicas, reportam que 71% e 95% das pessoas idosas que cometeram o suicídio possuíam algum tipo de transtorno mental<sup>17,24</sup>.

Embora a relação entre transtornos mentais e suicídio esteja bem estabelecida, generalizações de fatores de risco podem se tornar equivocadas. Crescentes evidências mostram que o contexto é imprescindível para a compreensão do risco de suicídio. Muitos suicídios ocorrem impulsivamente em momentos de crise e, nessas circunstâncias, o pronto acesso aos meios de suicídio, como pesticidas ou armas de fogo, pode determinar se uma pessoa vive ou morre.

Outros fatores de risco para o suicídio incluem um colapso na capacidade de lidar com a vida aguda ou crônica, como problemas financeiros<sup>12</sup>.

O suicídio de idosos e fatores sociais estão relacionados com morte de uma pessoa querida, de um cônjuge, doença terminal com dores incontroláveis, o medo do prolongamento da vida sem dignidade, isolamento social, trazer incômodos aos familiares ou de situações de dependência que sejam acompanhados de sentimentos de humilhações<sup>21</sup>.

O perfil social dos idosos que cometeram suicídio neste mesmo estudo realizado por meio de autópsia psicológica mostra que a maioria dos homens era casada ou havia casado novamente e as mulheres eram divorciadas, viúvas ou solteiras. Já em relação à escolaridade, 50% dos homens tinham o ensino fundamental completo ou incompleto e algum nível técnico, 7,5% tinham ensino primário completo e 22% eram analfabetos ou semianalfabetos, não havia informação 12,5%. Das mulheres a maior parte (63,6%) tinha baixa escolaridade e a minoria (18%) concluiu ensino primário. Ensino superior apenas uma mulher e um homem possuíam<sup>21</sup>.

Fatores sociais demonstram sua importância no que permeia a compreensão e são relacionados de forma íntima como suicídio, inclusive entre os idosos, trazendo à tona a importância de estar sendo incluído nesse tipo de pesquisa<sup>20,23,25</sup>.

Os casos de suicídio de idosos estão, na maioria das vezes, associados à depressão, adoecimentos físicos, mentais ou limites funcionais, fatores situacionais e sociais, perdas, saída do mundo do trabalho e queda no padrão de vida, revelando sua causalidade múltipla<sup>17,24</sup>.

Onze casos de mulheres encontraram no suicídio uma forma de resolver seus problemas e sofrimentos, de ordem psíquica ou física. Das onze mulheres nove apresentavam depressão, nove tinham ideia suicida e sete haviam tentado suicídio anteriormente; no total, eram nove viúvas, uma separada e uma solteira, cinco delas haviam perdido filhos em circunstâncias traumáticas, três choravam a morte de filhos por doenças e uma delas lamentava a perda da mãe e da tia por suicídio. Outro importante fator para lembrar é que em quatro casos houve a saída sem vontade da idosa de seus lares – onde havia toda uma história e apego. As

histórias apresentam lutos silenciados e casos mal resolvidos evidenciando sofrimento e angústia<sup>40</sup>.

Quanto maior a soma de doenças associadas à depressão e quanto mais grave for o limite funcional real ou imaginado, maior o risco de autoaniquilamento. Quanto mais incisivas as pressões sociais ao longo de um ciclo de vida, mais grave o risco de suicídio, pois as defesas dos idosos tendem a estar mais fragilizadas. Além disso, há risco de suicídio associado à mudança na prescrição medicamentosa e à troca de médico em fases críticas do tratamento<sup>24</sup>.

Os fatores de risco de que sabemos atualmente para o suicídio em idosos são derivados de autópsias psicológicas, um método de pesquisa em que o estado de saúde física, mental, social e circunstâncias são reconstruídos a partir de registros e entrevistas com parentes próximos e outros informantes conhecidos, possibilitando quantificar e analisar

os dados para melhor entendimento desse fenômeno<sup>17,39</sup>.

O fator de maior frequência em estudo nacional no Brasil, para homens (32,1%) e mulheres (31,7%), foi o isolamento social: quando a pessoa introspectiva apresenta traços depressivos, com ou sem confusão, com ou sem ansiedade e agitação<sup>23</sup>.

Entre os homens, o segundo fator de risco mais observado (19,5%) foram doenças ou deficiências que levam à invalidez, à interrupção do trabalho ou à limitação da capacidade funcional. Em terceiro lugar (17,3%), estão as ideações suicidas, em alguns casos, acompanhadas por tentativas ou pela vivência de outras mortes autoinfligidas na família. Em quarto lugar (13,7%), ressaltam-se os abusos físicos e verbais, as desqualificações familiares e as relações extraconjugais tumultuadas e clandestinas<sup>23</sup>.

Entre as mulheres, o segundo fator associado mais importante foram as ideações e as tentativas prévias e a ocorrência de casos de suicídio na família (27,4%). A esse se seguem doenças e deficiências como transtornos físicos ou mentais incapacitantes (15,2%) e impactos de mortes ou doenças na família (15,1%). Os dois elementos menos frequentes foram os abusos e as desqualificações sofridos por violência de gênero ou por relações extraconjugais do marido (6,0%) e endividamento pessoal ou familiar (4,5%)<sup>23</sup>.

Em relação ao suicídio em mulheres idosas, 11 casos foram estudados, os quais eram distribuídos em sete cidades e as idades das idosas separadas em faixas: 5 casos na faixa etária entre 60 e 69 anos, 4 casos entre 70 a 79 anos e 2 acima de oitenta anos. A maioria delas tinha apenas o ensino fundamental incompleto (8), duas tinham nível superior e uma era analfabeta. Quanto à forma de suicídio, a maioria (8) usou o enforcamento (meio mais utilizado pelos homens), as

outras usaram atear fogo no próprio corpo e queda de altura<sup>40</sup>.

Já o suicídio entre os homens idosos, em que foram

estudados 40 casos, o principal fator relevante foi a perda do *status* principalmente no trabalho, causando nos homens uma sensação de falta de um lugar na sociedade e que a sua permanência dentro de sua casa não pode preencher o vazio, seguido da perda de bens materiais, doenças que trouxeram a impotência e dívidas financeiras<sup>25</sup>.

Principalmente em relação aos homens, acredita-se que faça toda diferença ter nascido em uma cultura de masculinidade hegemônica, educados com a rigidez de demonstrar e de dar afeto, mesmo que, para os membros da sua família, os homens se sentem na obrigação de guardar a honra e a moral na conduta de sua família<sup>25</sup>.

Contrastando com os fatores de risco, os fatores protetores relatados pela OMS, as relações fortes, o cultivo e manutenção de relações estreitas saudáveis, o aumento da resiliência pessoal, convívio social (parceiros, familiares, colegas, amigos e outros) se demonstram significativos e menor dependência de outros. A religiosidade deve ser tratada com cautela, quando se refere à fé; ela é um fator de proteção, porém, muitas vezes, a religiosidade vem acompanhada do estigma, considerado um fator de risco para o suicídio. Outro fator de proteção é o estilo de vida e práticas positivas de enfrentamento das dificuldades que a vida apresenta<sup>12</sup>.

Segundo Lapierre, um estudo do tipo caso controle, retrospectivo com duração de 10 anos, avaliou 101 idosos com uma média de idade de 76 anos e com quadro de transtornos depressivos. Em comparação com o grupo controle, observou-se que a utilização de antidepressivos tricíclicos e de benzodiazepínicos foi significativamente maior nesse grupo, 58% x 42% e 28% x 14%, respectivamente. Ainda, observou-se uma maior prevalência de tentativa de suicídio prévia no grupo índice (41x 15; P= 0.003)<sup>14</sup>.

Em relação ao setor saúde, familiares relataram sentir a falta dos profissionais após o suicídio do familiar idoso, assim como conversas recíprocas. Não foi relacionado à medicalização, mas sim ao apoio para a família

respeitando suas necessidades, pensando em ações promotoras da saúde e mantenedoras da vida<sup>41</sup>.

Um estudo nacional também aborda a importância de analisar a dinâmica familiar, no contexto do suicídio, seu impacto, suas repercussões. Os resultados foram tratados por meio das seguintes categorias analíticas ou núcleos de sentidos extraídos da análise compreensiva das autópsias psicossociais: “culpa pelo ato suicida”, “isolamento social e suas manifestações na saúde”, “estigma”, “preconceito social” “descrença na improbabilidade do ato”, “raiva”, “sofrimento familiar”, “perspectivas de superação” e “atenção aos familiares”<sup>41</sup>.

Em relação aos familiares da pessoa idosa que comete o suicídio, pode-se dizer que a presença de autculpabilidade é o sentimento mais presente, de forma velada ou explícita. Em seguida, os resultados demonstram a presença de alterações do quadro de saúde, necessitando do uso de medicações, distúrbios de sono, alguns familiares acabam se isolando socialmente assim como o estigma social e o sentimento de raiva surge<sup>41</sup>.

A complexidade e os diversos fatores associados que envolvem o suicídio entre os idosos demonstram que ainda é uma situação que necessita de estudos sobre o tema. É preciso estar alerta para que esses idosos que tentaram suicídio tenham suporte das pessoas próximas, setores de saúde e apoio social para que possam envelhecer com dignidade e segurança.



## 4 METODOLOGIA

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, com o objetivo de identificar as publicações entre 2004 e 2015 que abordam os fatores associados ao suicídio entre os idosos.

### 4.2 COLETA DE DADOS

No período de novembro de 2015 a janeiro de 2016, foi realizada a pesquisa nas bases de dados, a partir de termos e/ou descritores adequados ao objetivo do estudo, conforme descrito a seguir.

**1. Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online)** com os seguintes termos: "suicide" [MeSH Terms] OR "suicide" [All Fields] AND "aged" [MeSH Terms] OR "Aged" [Mesh] OR "Aged, 80 and over" [Mesh] OR "elderly" [All Fields] OR "older people" [All Fields] OR "aged people" [All Fields] AND "risk factors" [MeSH Terms] OR "risk factors" [All Fields] OR "risk factor" [All Fields] OR cause [All Fields] OR "causes" [All Fields] OR "cause of death" [MeSH Terms] OR "cause of death" [All Fields].

**2. PsychInfo (Psychological Abstracts)** com os seguintes termos: Suicide AND Any Field: elderly OR "older people" OR "aged people" AND Any Field: "risk factor" OR "Risk Factors" OR cause OR causes OR "Cause of Death".

**3. LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde)** com os termos: suicide OR suicídio AND idosos\* OR "Idoso de 80 Anosoumais" OR velhice OR elderly OR "olderpeople" OR "agedpeople" OR "personas mayores" OR anciano.

**4. Scielo (Scientific Electronic Library Online)** com

os termos: Suicide OR suicídio AND Idoso OR velhice OR Elderly OR "older people" OR "aged people" OR "personas mayores" OR Anciano.

**5. Scopus** com os termos: Elderly OR "older people" OR "aged people" AND "risk factor" OR "Risk Factors" OR cause OR causes OR "Cause of Death".

Foram considerados potencialmente elegíveis os artigos originais, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português, entre 2004 e 2015. A decisão de limitar a busca a esse período se deve à intenção de examinar dados da última década e por conhecer que o maior número de artigos em relação a outros períodos, já previamente pesquisados, encontra-se entre 2004 e 2015.

Após a busca nas bases de dados, os artigos foram todos transferidos para o gerenciador bibliográfico *EndNote WEB*. O total de artigos transferidos foi de 2.749, com a identificação pelo próprio gerenciador; inicialmente foram excluídos

245 artigos duplicados. Manualmente, com a leitura dos títulos dos artigos pela autora, foram excluídos mais 341 artigos, também duplicados, restando para seleção 2163. Deste total, foram separados por base de dados e feito leitura do resumo e do texto completo quando necessário, para melhor elucidação dos artigos selecionados para a pesquisa foi realizado um fluxograma (Figura 01).

A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por duas pesquisadoras. Nos casos de discordância, as duas pesquisadoras discutiram presencialmente a inclusão ou exclusão do artigo.

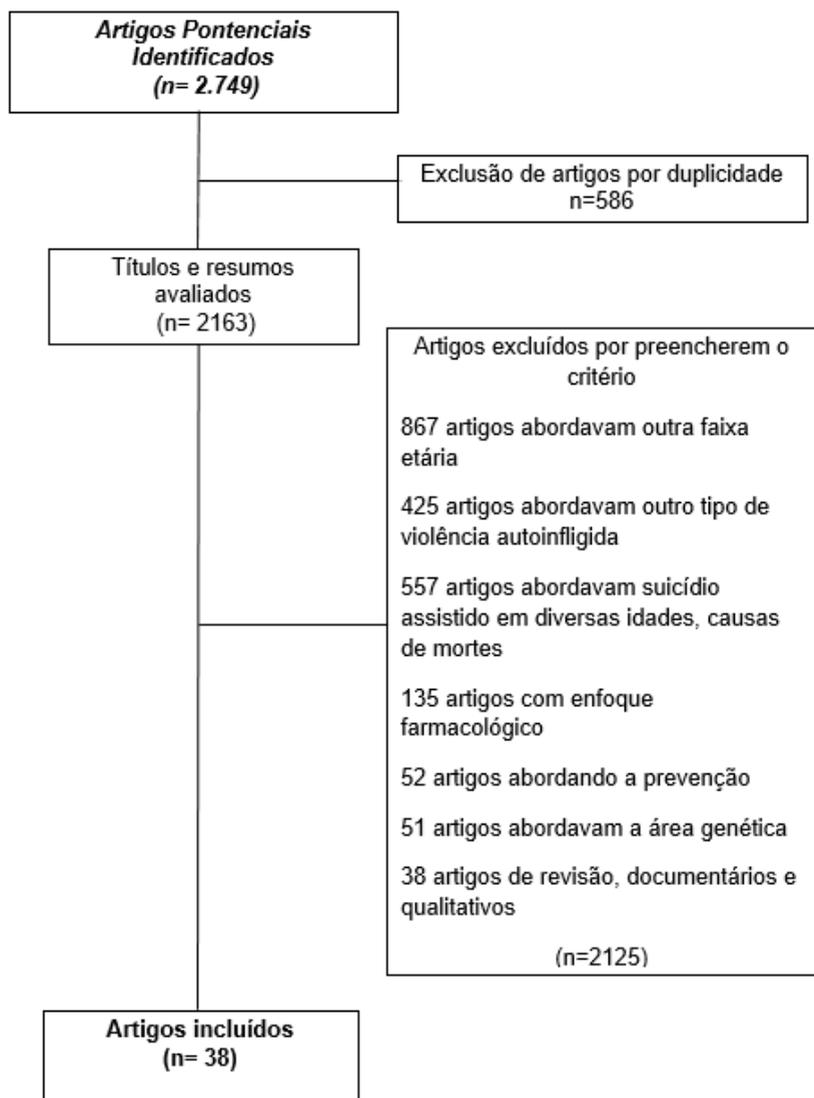
### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos todos os artigos que investigaram o tema suicídio/violência autoinfligida em idosos e que abordaram as causas e os fatores associados ao fenômeno, analisados os artigos que envolviam sujeitos com faixa etária de 60 anos ou mais, escritos em língua portuguesa, espanhola ou inglesa.

Os artigos foram excluídos quando:

- a) abordaram o tema com outra faixa etária que não a descrita nos critérios de inclusão;
- b) outro tipo de violência autoinfligida;
- c) suicídio/violência autoinfligida em estudos que não seja específico do idoso;
- d) suicídio ou comportamento suicida com enfoque genético, farmacológico, prevenção;
- e) artigos de cunho qualitativo, documentários ou estudos de revisão.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos para a análise



#### 4.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas. Os resultados são apresentados em duas etapas, a primeira trata das características bibliométricas de cada artigo selecionado. Esse primeiro conjunto foi analisado nos seguintes aspectos:

- a) idioma: língua em que o artigo foi publicado;
- b) ano em que o artigo foi publicado;
- c) continente em que a pesquisa ocorreu: os países nos quais as pesquisas ocorreram foram agrupados em continentes (América do Sul, América do Norte, Ásia, Europa e Oceania). Nos estudos multicêntricos, todos os continentes envolvidos no estudo foram contabilizados. Em relação as características metodológicas foram analisados: tipo do estudo, tipo de análise, número da amostra, sexo e faixa etária.

A segunda parte dedica-se à identificação dos artigos que abordaram os fatores associados ao suicídio entre os idosos. Os fatores associados foram divididos em 3 categorias já utilizadas por outro estudo<sup>22</sup>: **fatores clínicos**: doenças crônicas, dor crônica e comprometimento funcional; **fatores psicológicos ou psiquiátricos**: depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio, uso de álcool, perturbação psicótica, transtorno de humor e transtorno mental; **fatores sociais**: relação familiar tensa, perda de autonomia, morte recente de familiar ou amigo, falta de apoio social, interação social diminuída, dificuldade financeira e falta de apoio social.



## **5 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O resultado deste estudo será apresentado sob a forma de um artigo, conforme regulamento do Programa de Pós-graduação, apresentado na sequência do trabalho, intitulado: Prevalência Fatores associados ao suicídio em idosos – uma revisão sistemática. Será submetido conforme o regulamento da revista à qual o mesmo será encaminhado (Anexo A).

### **5.1 ARTIGO**

Fatores associados ao suicídio em idosos, uma violência autoinfligida – revisão sistemática.

#### **RESUMO**

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde define o suicídio como o comportamento associado aos pensamentos para acabar com a própria vida até o desenvolvimento de um plano para cometer o ato, conseguir os artefatos para realizá-lo, ou seja, da tentativa até a sua realização. O estudo tem como objetivo Identificar as características bibliométricas e os fatores associados ao suicídio entre os idosos nas publicações, no período entre 2004 a 2015, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Realizou-se busca nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE, SciELO, PsylNFO e SiVerse Scopus. Foram selecionados para a análise final 38 artigos. Observou-se que a maioria foi publicada nos anos de 2008, 2009, 2012 e 2013, ambos com 21%. Aproximadamente, 89% dos artigos publicados eram na língua inglesa e grande parte foi desenvolvida na América do Norte (39%). Os fatores associados foram divididos em três categorias: clínicos, psicológicos e psiquiátricos e sociais. Os estudos apresentam os fatores

psicológicos e psiquiátricos com maior frequência associados ao suicídio; nesta categoria, a depressão é destacada em 26,3% dos estudos, seguido de tentativa de suicídio prévia e transtorno de humor, ambos com 15,8%. Os fatores sociais aparecem em seguida e são associados com a morte recente de familiares ou amigos (11,4%), os aspectos financeiros, relacionados à relação familiar e falta de apoio social, aparecem ambos com 10,5% das publicações. Na categoria fatores clínicos, os estudos verificaram as doenças crônicas (28,9%), dor crônica (7,8%) e comprometimento funcional (2,6%) como as mais associadas ao suicídio. Dado o envelhecimento populacional, é possível dizer que a compreensão dos fatores associados ao suicídio em idosos serve para o estabelecimento de ações preventivas e planejadas, a fim de evitar que o idoso cometa esse ato.

**Palavras-chave:** Suicídio. Idoso. Pessoa idosa. Fatores de risco.

## ABSTRACT

This study approaches suicide among the elderly, which is defined in the World Report on Violence and Health as the behavior ranging from thoughts to end his own life to the development of a plan to commit the act, getting the artifacts to performs it, in other words, since the attempt until the performance. The purpose is to know the bibliometric characteristics and identify factors associated with suicide among the elderly in studies published between the years 2004-2015. We conducted a systematic literature review using the following databases: LILACS, MEDLINE, SciELO, PsycINFO and SiVerse Scopus. It were selected for analysis 38 articles, which most of it were published in the years 2008 to 2009 and 2012 to 2013 21%, approximately 89% of the published articles were in English language and 39,5% of the studies were conducted in North America. The associated factors were divided into three categories:

medical, psychological or psychiatric and social factors. Data shown that psychological and psychiatric factors were the biggest factors associated with suicide, with depression, included in this category corresponds to 26,3%, followed by attempted prior suicide and mood disorder, both with 15,8%. Social factors were mostly represented by recent death of relatives or friends 10,5% and by financial aspects related to family relationships and lack of social support appear to 7,9% of all publications each. The category medical factors presents chronic diseases in 28,9% of the studies, chronic pain in 7,8% and functional impairment in 2,6%. Given the aging population, the number of younger people and middle-aged have progressions to decrease, it is possible to say that the understanding of the factors associated with suicide in the elderly serves to the establishment of preventive actions aimed at this age group at greatest risk of suicide .

Keywords: Suicide. Aged. Elderly. Risk factors.

## INTRODUÇÃO

A atenção voltada à pessoa idosa tornou-se um dos maiores desafios para a saúde pública, tendo em vista a longevidade do idoso e a possibilidade de manutenção da capacidade funcional e qualidade de vida<sup>1</sup>. Estima-se que, no mundo, até o ano de 2025, existam cerca de 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos<sup>2</sup>. No Brasil, dados demonstram que o envelhecimento da população tem sido progressivo, passou de sete milhões, em 1975, para 14 milhões, em 2002, com perspectiva de que chegará a 34 milhões em 2020, colocando o país em sexto lugar no *ranking* mundial de países com maior número de pessoas nessa faixa etária<sup>3</sup>.

Com o envelhecimento acelerado, surge o aumento de enfermidades crônicas e degenerativas, ao lado da violência, que representa um problema mundial de saúde, de modo que ações para prevenção devam ser pensadas como políticas públicas<sup>4</sup>. Quando são analisadas as taxas de morte por violência autoinfligida, é possível inferir que esse ato não possui uma única causa ou razão, mas resulta de uma complexa interação de fatores: biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais, apresentando dificuldade para explicar como a exposição aos mesmos fatores de risco implicam condutas diferenciadas, dependendo dos sujeitos envolvidos<sup>6</sup>. O suicídio constitui hoje um sério problema mundial para as sociedades. Estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) verificou que a taxa média de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos de idade chega a 29,3/100.000 e as tentativas de suicídio a 61,4/100.000<sup>5</sup>.

Estudos realizados no Brasil<sup>6,8</sup> demonstram que há um crescimento das

taxas de suicídio entre pessoas com mais de 60 anos; dessa forma, sugerem a necessidade de investigação e análise, a fim de contribuir com as medidas preventivas.

Recentemente, em 2014, a OMS lançou o relatório sobre suicídio em todo o mundo. O Brasil está em oitavo lugar entre os países da América Latina, com as seguintes taxas: sexo feminino, entre 50 a 69 anos (3,8/100 mil habitantes), sexo masculino, na mesma faixa etária (12,7/100 mil habitantes). Na faixa etária de 70 anos e mais, tem-se para o sexo feminino 3,3/100 mil habitantes; para o sexo masculino, 18,5/100 mil habitantes<sup>9</sup>. Ainda, um estudo<sup>10</sup> nacional verificou que a taxa de mortalidade por suicídio predomina nos indivíduos com mais de 70 anos (média de 7,8 mortes por 100.000 habitantes), seguida por pessoas com idade entre 50 e 59 anos e indivíduos entre 60 e 69 anos de idade (média de 6,8 e 6,7 mortes por 100.000 habitantes, respectivamente). Na população de 60 anos e mais, a taxa de crescimento do suicídio foi de 19%.

Estudos verificaram que o suicídio entre idosos, na maioria das vezes, está associado à depressão, aos adoecimentos físicos, mentais ou limites funcionais, aos fatores situacionais e sociais, à saída do mundo do trabalho e à queda no padrão de vida, revelando sua múltipla causalidade<sup>11,12</sup>. A complexidade e diversos fatores que envolvem o suicídio entre os idosos demonstram que essa é ainda uma situação que necessita de maior investigação. Considerando que as tentativas de suicídio são praticadas em menor quantidade quando comparadas aos adultos jovens, é preciso estar alerta para que esses idosos que tentaram suicídio tenham suporte das pessoas próximas, setores de saúde e apoio social, para que possam envelhecer com dignidade e segurança.

No ano de 2014, a OMS reconheceu o suicídio como prioridade de saúde pública. O relatório "Prevenção do suicídio: um imperativo global" tem como objetivo aumentar a conscientização sobre a importância para a saúde pública do suicídio, além de trabalhar a sua prevenção com alta prioridade na agenda de saúde pública global. O documento ainda visa incentivar e apoiar os países para o desenvolvimento ou reforço de estratégias globais na prevenção do suicídio, com abordagem multissetorial<sup>9</sup>.

Dessa forma, quanto maior o nível de conhecimento e clareza dos fatores associados a esse evento, melhor será a formulação e planejamento de políticas públicas com estratégias eficazes para prevenção e manejo do suicídio entre idosos. Diante disso, o presente estudo tem por objetivo identificar as características bibliométricas e os fatores associados ao suicídio entre os idosos nas publicações, no período entre 2004 a 2015, por meio de uma revisão sistemática da literatura.

## **METODOLOGIA**

Realizou-se uma ampla revisão sistemática, a fim de identificar os fatores associados ao suicídio entre idosos. Para tanto, buscas eletrônicas nas bases de dados Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), PsychInfo (Psychological Abstracts), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO (Scientific Electronic Library Online) e SiVerse Scopus foram realizadas no período entre novembro de 2015 e janeiro de 2016.

Na busca, utilizaram-se os seguintes termos e expressões: "suicide"; "suicide AND aged"; OR "Aged, 80 and over"; OR "elderly"; OR "older people"; AND "risk factors" OR "causes" OR "cause of death"; "suicídio" AND "idoso" OR "Idoso de 80 anos ou mais" OR velhice OR "personas mayores" OR anciano. Foram considerados potencialmente elegíveis os artigos originais, publicados nos idiomas inglês, espanhol e português entre 2004 e 2015. A decisão de limitar a busca ao período citado se baseou na intenção de examinar dados mais recentes.

Em relação aos critérios de inclusão, todos os artigos que investigaram o tema suicídio/violência autoinfligida e os fatores associados envolvendo sujeitos com faixa etária de 60 anos ou mais foram objetos dessa revisão. Foram excluídos do estudo os artigos que analisaram outro tipo de violência contra o idoso, que não a

autoinfligida/suicídio, o suicídio assistido ou comportamento suicida, com enfoque genético, farmacológico ou prevenção também os artigos de cunho qualitativo, documentário ou de revisão não foram incluídos (Figura 1). A seleção dos artigos foi realizada de forma independente por duas pesquisadoras. Nos casos de discordância, as duas pesquisadoras discutiram presencialmente a inclusão ou exclusão do artigo.

Os dados dos estudos que preencheram os critérios de inclusão foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas.

Figura 1 – Fluxograma de seleção de artigos para a análise



A partir da definição dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados

38 artigos<sup>8,13-49,68</sup>, os quais foram analisados conforme as características bibliométricas considerando os aspectos: ano de publicação, idioma de publicação, local de pesquisa e as características metodológicas: tipo do estudo, tipo de análise, número da amostra, sexo e faixa etária. Os fatores associados foram divididos em 3 categorias, segundo Conwell (49): **Fatores clínicos:** doenças crônicas, dor crônica e comprometimento funcional; **Fatores psicológicos ou psiquiátricos:** depressão, ideação suicida, tentativa de suicídio, uso de álcool, perturbação psicótica, transtorno de humor e transtorno mental; **Fatores sociais:** relação familiar tensa, perda de autonomia, morte recente de familiar ou amigo, falta de apoio social, interação social diminuída, dificuldade financeira e constatada falta de apoio social.

## RESULTADOS

Dos 38 artigos analisados 42% foram publicações de 2008/2009 (21%) e 2012/2013 (21%). Quanto ao idioma, houve predomínio da língua inglesa, com 31 publicações correspondendo a 89,7%. O maior número de publicações foi realizado no continente Norte-americano (39,5%), seguido do continente Europeu (34,2%) e Asiático (11,4%) (Tabela 1).

Tabela 1 – Número de artigos segundo ano de publicação, idioma e local da pesquisa.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ano de publicação</b>		
2004 e 2005	6	15,8
2006 e 2007	4	10,5
2008 e 2009	8	21,1
2010 e 2011	6	15,8
2012 e 2013	8	21,1
2014 e 2015	6	15,8
<b>Idioma de publicação</b>		
Inglês	34	89,5
Português	2	5,3
Espanhol	2	5,3
<b>Local da pesquisa</b>		
América do Norte	15	39,5
Europa	13	34,2
Ásia	4	10,5
América do Sul	3	7,9
Oceania	2	5,3
Multicêntrico	1	2,6
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Próprio autor

Em relação ao tipo de estudo, a maioria (52,6%) utilizou desenho transversal seguido de caso-controle (26,3%). Grande parte das pesquisas (36,8%) realizou regressão logística na análise dos dados, seguida de estatística inferencial (26,3%). O número da amostra variou entre 1.001 e 6.642 em 31,5% e entre 101 e 200 em 26,3% dos estudos. Quanto ao sexo, 92,1% tiveram amostras de ambos os sexos, apenas 1 estudo pesquisou apenas pessoas do sexo masculino e 2 artigos não apresentaram essa informação.

**Tabela 2 – Características metodológicas dos estudos selecionados**

<b>Característica</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de Estudo</b>		
Transversal	20	52,6
Coorte	5	13,2
Caso-controle	10	26,3
Ecológico	3	7,9
<b>Tipo de Análise</b>		
Autópsia psicológica	3	7,9
Correlação	4	10,5
Estatística descritiva	4	10,5
Estatística inferencial	10	26,3
Regressão de Poisson	3	7,9
Regressão logística	14	36,8
<b>Número da Amostra</b>		
= 100	7	18,4
101 - 200	6	15,8
201 - 1.000	10	26,3
1.001 - 6642	12	31,6
Não informa	3	7,9
<b>Sexo</b>		
Feminino	0	
Masculino	1	2,6
Ambos	35	92,1
Não informa	2	5,3
<b>Faixa etária dos idosos que cometeram suicídio</b>		
60-69	1	2,6
70 ou mais	2	5,3
Ambos	29	76,3
Não delimita faixa etária	6	15,8
<b>Total</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

Fonte: Próprio autor

Quanto aos fatores associados ao suicídio, a Tabela 2 demonstra que 15 publicações associaram o suicídio aos fatores clínicos com predomínio para as doenças crônicas (28,9%), seguido dor crônica (7,8%) e comprometimento funcional (2,6%). Os fatores psicológicos/psiquiátricos apareceram em 34 publicações. Destes, destaca-se a depressão (26,3%) seguida da tentativa de suicídio e transtornos de humor (ambas com 15,8%). Quanto aos fatores sociais, foi identificada a morte recente de familiares ou de amigos, com 10,5% das publicações avaliadas, seguida dos demais fatores, todos com 7,9%.

Tabela 3 – Prevalência de fatores clínicos, psicológicos/psiquiátricos e sociais associados ao suicídio de idosos conforme publicações entre 2004 e 2015

<b>Artigos selecionados n= 38</b>		
<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Fatores Clínicos (n= 15)</b>		
Doença crônica	11	28,9
Dor crônica	3	7,8
Comprometimentofuncional	1	2,6
<b>Fatores Psicológicos/Psiquiátricos (n= 34)</b>		
Depressão	10	26,3
Tentativa de suicídio	6	15,8
Transtornode humor	6	15,8
Ideação suicida	3	7,9
Uso de álcool	4	10,5
Transtornomental	3	7,9
Perturbação psicótica	2	5,3
<b>Fatores Sociais (n=20)</b>		
Morte recente de familiar ou amigo	4	10,5
Relação familiar tensa	3	7,9
Perda de autonomia	3	7,9
Interaçãosocial diminuída	3	7,9
Dificuldade financeira	3	7,9
Constatadofalta de apoio social	2	5,3
Falta de apoio social	2	5,3

Fonte:Próprio autor

Outros fatores relacionados ao suicídio foram observados nesta revisão, como a realização de consultas médicas no período de 30 dias prévio à realização do suicídio (n= 4); uso de antidepressivos ou analgésicos (n= 4); hospitalização prévia no período de até 1 ano do ato (n=4); morar sozinho (n= 2); raça branca (n= 2); aposentado (n = 1); idade entre 60 e 74 anos (n=2); sexo masculino (n=02).

## DISCUSSÃO

O suicídio em idosos é um fenômeno complexo, uma vez que envolve fatores psicológicos, físicos e sociais, os quais atuam em um período crítico da vida do indivíduo já fragilizado<sup>50</sup>. Dentre as características daqueles idosos em alto risco para o suicídio, estão os do sexo masculino, morar sozinho, perda recente de alguém amado e a presença de doenças crônicas<sup>51</sup>. Ainda, o idoso apresenta maior grau de intenção para o suicídio; embora as tentativas sejam menos frequentes quando comparadas a indivíduos mais jovens, tendem a ser mais efetivos na realização do ato<sup>52</sup>.

Na presente revisão, houve predominância das publicações de artigos sobre suicídio entre idosos nos anos de 2008/2009 e 2012/2013 na língua inglesa. Tal predomínio provavelmente ocorre devido aos estudos terem sido realizados, em sua maioria, na América do Norte e Europa. Um estudo também encontrou poucas pesquisas conduzidas na América do Sul, onde se caracterizam estudos principalmente de caráter local<sup>53</sup>.

A irregularidade na distribuição dos estudos ao longo dos anos corrobora o encontrado por outra revisão<sup>53</sup>, que associa a oscilação à falta de investimento teórico sobre o tema. Ainda, existem dificuldades inerentes ao estudo do suicídio como fenômeno, independentemente da idade na qual ocorreu, por exemplo, sua incidência relativamente constante (não ocorre epidemias) e também o fato de ser um evento tratado ainda com receio pela sociedade<sup>54</sup>. Da mesma forma, há também dificuldade de obtenção de dados acerca do suicídio. Também pelo fato de eles poderem ser estudados apenas retrospectivamente; as mortes serem subnotificadas ou até mesmo não relatadas; informações distorcidas por parte de familiares, dado o envolvimento emocional<sup>54</sup>.

Quanto às características metodológicas dos artigos

desta revisão, o delineamento transversal é observado em mais da metade dos estudos avaliados, faz-se necessária a ressalva acerca da potencial limitação desse tipo de estudo. Sabe-se que neles o desfecho e exposição são aferidos em um mesmo momento. Dessa forma, há limitação no estabelecimento de relações temporais ou causais entre os fatores descritos e a ocorrência do suicídio em idosos.

No que se refere ao tipo de análise empregada, chama a atenção que mais de 50% dos estudos desenvolveram estatística inferencial ou modelos de regressão logística. A estatística inferencial objetiva a extrapolação dos resultados, a partir da utilização de testes de hipóteses, para a população. Assim, os autores consideram que a metodologia empregada nos estudos foi adequada para a identificação dos fatores associados, bem como sua influência no suicídio de idosos.

O tamanho das amostras, na maioria dos estudos, foi expressivo, o que parece indicar maior comprometimento dos pesquisadores na busca de resultados mais precisos, que possam ser extrapolados às diferentes populações.

Os fatores que mais estiveram associados ao suicídio entre os idosos foram os psicológicos/psiquiátricos, seguidos dos sociais e clínicos. No entanto, a totalidade dos artigos analisados mostra que os fatores associados ao suicídio não estão isolados, constituem-se um conjunto que leva a tal desfecho. Isso pode ser corroborado por estudo multicêntrico europeu<sup>55</sup>, que verificou a perda do pai na infância, a ocorrência de dificuldades financeiras, os problemas relacionais, a presença de depressão, o consumo de álcool e a presença de comorbidades como fatores que predispõem ao suicídio.

Um estudo<sup>56</sup> reforça a relevância da relação familiar entre os membros e o

apoio social nessa etapa da vida como suporte e prevenção do suicídio, tendo em vista que, muitas vezes, é nessa fase da vida que o idoso é abandonado e totalmente vulnerável a sentimentos relacionados ao suicídio.

Torna-se evidente a importância do idoso sentir-se

amparado pela sociedade de forma que seja além da convivência e que para o idoso realmente faça sentido, representando algo para ele e não apenas a seus familiares. Talvez, uma das maiores dificuldades acerca do tema seja saber que fatores possuem maior ou menor impacto no suicídio.

Destaca-se que a depressão figura entre os casos psiquiátricos associados ao suicídio em idosos<sup>53</sup>. No presente estudo, verificou-se, em conformidade com outros autores, que, entre os fatores psiquiátricos, a depressão é a mais prevalente<sup>13,17,19,26,27,30,33,35,40</sup>. No entanto, enfatiza-se a importância de outros fatores, como as tentativas prévias ao suicídio<sup>13,15,16,18,19,40,49</sup> e os transtornos do humor (bipolar), juntamente com a depressão<sup>8,19,31</sup>. Kiria Kidis<sup>54</sup> verificou que, entre os idosos depressivos, aqueles com quadro severo, história prévia de tentativa de suicídio, forte intenção para realizar o ato e suporte social limitado encontravam-se sob maior risco de cometer o suicídio.

Nesse caso, instiga-se uma questão quanto aos achados da presente revisão e também, como afirmado, pelo fato de a depressão ser um dos principais fatores associados ao suicídio entre idosos. Inseridos sob o amplo escopo da depressão, não estariam obscuros outros fatores referentes à causalidade dessa doença e tornando o real motivo do suicídio entre os idosos ainda “invisível”? Recentemente, alguns estudiosos<sup>58</sup> abordam as tentativas de suicídio e ideias entre os idosos, tendo em vista o pequeno número de publicações nesse tema; sugerem outras abordagens para os suicídios consumados, uma vez que os relatos são baseados em entrevistas com familiares e/ou pessoa próxima do idoso.

Da mesma forma, autores<sup>53,55,56,58</sup> afirmam que não há um consenso quanto à

importância de cada fator associado isoladamente em relação ao desfecho das tentativas do suicídio nessa faixa etária. No entanto, é necessária a ressalva que muitos

estudos apresentam outros fatores para o suicídio, mesmo na vigência de fatores psiquiátricos como a depressão<sup>59</sup>.

Ainda, observou-se que diversos artigos<sup>19,20,35,36,39,40,45,48</sup> associaram a

internação hospitalar psiquiátrica, ou consulta com psiquiatra prévia ao suicídio. Estudo realizado na Espanha corrobora tal achado, afirmando que as internações psiquiátricas prévias foram consideradas fatores preditivos para o suicídio<sup>60</sup>.

Quanto aos fatores clínicos, os estudos evidenciaram que a presença de doenças orgânicas, de caráter terminal ou que causem limitação da qualidade de vida, são os principais fatores associados<sup>13,16,17,19,20,27,30,31,40,42,49</sup>; em seguida, a presença de dor crônica e internação hospitalar prévia. Da mesma forma, Serna<sup>61</sup> considerou que as enfermidades físicas e as institucionalizações são fatores associados ao suicídio.

A dor crônica é uma ocorrência relativamente frequente em idosos e representa um fator de risco nos estudos revisados. Tank e Crone<sup>62</sup>, que avaliaram as causas de suicídio na população geral, verificaram que esse fator esteve, pelo menos, duas vezes mais associado ao risco de suicídio. Entre as características mais associadas à realização do ato, estavam a intensidade da dor, sua duração e a ocorrência de insônia associada à dor.

Ainda, evidência acerca da associação entre doenças orgânicas e suicídio em indivíduos com 65 anos ou mais foi descrita em estudo caso-controle realizado no Canadá<sup>63</sup>. Observou-se que a dor crônica severa, depressão maior e transtornos bipolares eram fortemente associados a um maior risco de suicídio. Outras

condições como insuficiência cardíaca, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), doença de Parkinson e incontinência urinária também estiveram estatisticamente associadas ao suicídio. Neste estudo também se demonstrou que a coexistência de múltiplas doenças representava um aumento de três vezes no risco de suicídio ao grupo que apresentava cinco doenças ou mais tinha um risco cinco vezes maior para o acometimento de suicídio quando comparado àquele sem doenças.

Outro estudo observou uma relação entre a condição de saúde física e o suicídio em idosos<sup>64</sup>. Tal relação indica que o risco varia conforme a condição de doenças apresentadas. As mais frequentes associadas ao suicídio são as neoplasias, as crises convulsivas, as doenças pulmonares, as doenças do trato genitourinário, os distúrbios sensoriais, a insônia, a insuficiência cardíaca e os distúrbios cognitivos.

A ideia do suicídio entre os idosos parece acender quando se tem alguma doença juntamente com algum fator externo que ele não está conseguindo resolver sozinho. Ressalta-se que os fatores associados apontados neste estudo são formas de atentar aos possíveis idosos suicidas e adotar medidas de prevenção, pois é importante que as pessoas próximas estejam alerta para os sinais que, muitas vezes, são pedidos de socorro.

Quando identificado algum desses fatores entre idosos, o indivíduo pode procurar o mais breve possível atendimento de profissional de saúde qualificado para realizar o atendimento e ficar disponível para auxiliar no suporte familiar e social apropriado.

Em relação a como lidar com o idoso prestes a cometer o suicídio, pode-se comparar a um copo cheio de água que está quase derramando; da mesma forma, são os fatores que motivam a se autodestruir. Não precisa ser identificado qual o fator mais difícil ou que está causando maior perturbação, mas sim estar atento para resolver qualquer questão – maior ou menor. Dessa forma, resolver algum fator que alivie a tensão é a chave para que o idoso tenha espaço para pensar melhor e

decidir pela vida<sup>65</sup>. Uma revisão sistemática realizada entre 1996 e 2005 acerca da

prevenção do suicídio em idosos encontrou que a educação médica para reconhecimento da depressão e tratamento precoce e restrição do acesso a armas letais foram responsáveis por reduções nas taxas de suicídio. Por sua vez, medidas como educação popular, farmacoterapia, psicoterapia, acompanhamento após tentativa de suicídio e campanhas na mídia permanecem como ações preventivas de eficácia inconclusiva<sup>66</sup>.

Como limitação desta revisão, o fato de grande parte dos estudos ser proveniente de países desenvolvidos, para que as ações de intervenção sejam ampliadas em países em desenvolvimento como o Brasil, é importante ampliar o conhecimento científico também em outros contextos.

Por fim, dado o envelhecimento populacional, o número de pessoas mais jovens e meia-idade terem progressões para diminuírem, é possível dizer que a compreensão dos fatores associados ao suicídio em idosos serve para o estabelecimento de ações preventivas direcionadas a essa faixa etária de maior risco ao suicídio<sup>49</sup>. Ressalta-se, segundo Conwell<sup>67</sup>, que se faz necessária a diferenciação da ideia de morrer (vista em indivíduos de idade avançada) e a ideação suicida, haja vista que, por serem pouco explorados na literatura científica, esses termos podem se sobrepor.



## REFERÊNCIAS

1. Souza ER, Minayo MC. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2010 Sep;15(6):2659- 68.
2. WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse. 2002.
3. Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Cien Saude Colet*. 2010 Sep;15(6):2983-95.
4. Souza MMCd. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. 132 p.
5. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. *World report on violence and health*. Geneva: Organization WH; 2002.
6. Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Rev Saude Publica*. 2012 Apr; 46(2):300-9.
7. Castro AP, Guilam MC, Sousa ES, Marcondes WB. Violence in old age: the issue addressed in indexed national journals. *Cien Saude Colet*. 2013 May; 18(5):1283-92.
8. Pinto LW, Silva CM, Pires TeO, Assis SG. Factors associated with suicide mortality among the elderly in Brazilian municipalities between 2005 and 2007. *Cien Saude Colet*. 2012 Aug; 17(8):2003-9.
9. WHO WHO. Preventing suicide: a global imperative;

2014.

10. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009 Oct; 31(Suppl 2):S86-94.
11. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am.* 2008 Jun; 31(2):333-56.
12. Cavalcante FG, Minayo MC, Mangas RM. Different aspects of depression in suicide among the elderly. *Cien Saude Colet.* 2013 Oct; 18(10):2985-94.
13. Gonçalves FC, Souza MC. Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. [internet]. *Ciênc. saúde coletiva.* 2012; 19(4):1943-1954. [citado em 6 out 2015]. Disponível em: [/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=\(=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=pt)
14. Kaplan MS et al. Factors associated with suicide by firearm among U.S. older adult men. *Psychology of Men & Masculinity, US.* 2012; 13(1):65-74.
15. Elena JB. Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron Psychosocial characterization of aged people who committed suicide. [internet]. *Medisan.* 2011;339-344. [citado em 6 out 2015]. Disponível em: [/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=\(=pt](http://scielo.php?script=sci_arttext&pid=pt)
16. Ordóñez MIA, Agudelo SAF, González OJO. Sociodemographic characterization of suicidal adults over 60 years old: Bogotá 2003-2007. [internet]. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* 2013; 43(1):56-64. [citado em 6 out 2015]. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84901639309&partnerID=40&md5=e619818b714d2013d4b68b7b31314905>

17. Torresani S et al. Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: A psychological autopsy study. [internet]. *Psychogeriatrics*. 2014; 14(2):101-9. [citado em 6 out 2015]. Disponível em:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84904616403&partnerID=40&md5=4ef457c517dd974db928e5a4213a719c>
18. Waern M. Suicides among family members of elderly suicide victims: An exploratory study. [internet]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(3):356-64. [citado em 6 out 2015]. Disponível em:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-21744460966&partnerID=40&md5=7c70696942196c67f4e5d4dfebeec23>
19. Paraschakis A et al. Late onset suicide: Distinction between "young-old" vs. "old-old" suicide victims. How different populations are they? [internet]. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2012; 54(1):136-139. [citado em 6 out 2015]. Disponível em:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-80054932979&partnerID=40&md5=9b70d5c00c4b555908dd251ce39ae688>
20. Prévile M et al. Correlates of suicide in the older adult population in Quebec. [internet]. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2005; 35(1):91-105. [citado em 11 set 2015]. Disponível em:  
<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-15044352002&partnerID=40&md5=6aa7d3fb9f0d0de87f56712276547b17>
21. Carlsten A, Waern M. Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? *BMC Geriatr*. 2009; 9:20.

22. Shah A. A preliminary cross-national study of a possible relationship between elderly suicide rates and tuberculosis. *Int Psychogeriatr*. Dec 2009;21(6):1190- 5.
23. Shah A. A replication of the relationship between elderly suicides rates and elderly dependency ratios: a cross-national study. *J Inj Violence Res*. Jan 2010; 2(1);19-24.
24. Bernert RA et al. Association of Poor Subjective Sleep Quality With Risk for Death by Suicide During a 10-Year Period: A Longitudinal, Population-Based Study of Late Life. *JAMA Psychiatry*. Aug 2014.
25. Miller M et al. Cancer and the risk of suicide in older Americans. *J Clin Oncol*. Oct 2008; 26(29):4720-4.
26. Sun WJ et al. Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. Apr 2012; 47(4):505-14.
27. Bourget D, Gagne P, Whitehurst L. Domestic homicide and homicide-suicide: the older offender. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2010; 38(3):305-11.
28. Liu HL. Epidemiologic characteristics and trends of fatal suicides among the elderly in Taiwan. *Suicide Life Threat Behav*. Feb 2009; 39(1):103-13.
29. Peisah C et al. Investigation of Alzheimer's disease-related pathology in community dwelling older subjects who committed suicide. *J Affect Disord*. Apr 2007; 99(1-3):127-32.
30. Harwood DM et al. Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Psychol Med*. Sep 2006; 36(

9):1265-74.

31. Juurlink DN et al. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med.* Jun 2004; 164(11):1179-84.
32. Biermann T et al. Particularities of suicide in the elderly. A population-based study. *Aging Clin Exp Res.* Dec 2009; 21(6): 470-4.
33. Preville M et al. Physical health and mental disorder in elderly suicide: a case- control study. *Aging Ment Health.* Nov 2005; 9(6):576-84.
34. Duberstein PR et al. Poor social integration and suicide: fact or artifact? A case-control study. *Psychol Med.* Oct 2004; 34(7):1331-7.
35. Seyfried LS et al. Predictors of suicide in patients with dementia. *Alzheimers Dement.* Nov 2011; 7(6):567-73.
36. Murphy E et al. Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study. *Br J Psychiatry.* May 2012; 200(5):399- 404.
37. Ishii N et al. Risk factors for suicide in Japan: a model of predicting suicide in 2008 by risk factors of 2007. *J Affect Disord.* May 2013; 147(1-3):352-4.
38. Yur'Yev A et al. Social inclusion affects elderly suicide mortality. *Int Psychogeriatr.* Dec 2010; 22(8):1337-43.
39. Voshaar RC et al. Suicide in later life: a comparison between cases with early- onset and late-onset depression. *J Affect Disord.* Jul 2011; 132(1-2):185-91.

40. Mezuk B et al. Suicide in older adults in long-term care: 1990 to 2005. *J Am Geriatr Soc.* Nov 2008; 56(11):2107-11.
41. Harwood D et al. Suicide in older people without psychiatric disorder. *Int J Geriatr Psychiatry.* Apr 2006; 21(4):363-7.
42. Ngamini A, Vasiliadis HM, Prévile M. Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults. [internet]. *Prev Med.* Jun 2005; 75:44-8. [citado em 8 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819059>
43. Klaassen Z et al. The Impact of Radical Cystectomy and Urinary Diversion on Suicidal Death in Patients With Bladder Cancer. [internet]. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* Dec 2015. [citado em 8 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26680629>
44. Voshaar RC et al. Suicide in patients suffering from late-life anxiety disorders; a comparison with younger patients. *Int Psychogeriatr.* Jul 2015; 27(7):1197-205. [citado em 8 nov 2015]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25669916>
45. Chiu HF et al. Elderly suicide in Hong Kong--a case-controlled psychological autopsy study. *Acta Psychiatr Scand.* Apr 2004; 109(4):299-305.
46. Erlangsen A et al. Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: Population-based register study. [internet]. *British Journal of Psychiatry.* July 2005; 187:43-8. [citado em 8 nov. 2015]. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-22344435093&partnerID=40&md5=760ab557ab1d6af1f88bd24cde42b951>

47. Mills PD et al. Helping elderly patients to avoid suicide: a review of case reports from a National Veterans Affairs database. *J Nerv Ment Dis.* Jan 2013; 201(1):12-6.
48. Karvonen K et al. Suicide after hospitalization in the elderly: a population based study of suicides in Northern Finland between 1988-2003. *Int J Geriatr Psychiatry.* Feb 2008; 23(2):135-41.
49. Rowe JL, Bruce ML, Conwell Y. Correlates of suicide among home health care utilizers who died by suicide and community controls. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* United States, Feb 2006; 36(1):65-75.
50. Rahimi R, Ali N, Md Noor S, Mahmood MS, Zainun KA. Suicide in the elderly in Malaysia. *Malaysian J Pathol* 2015; 37(3):259-63.
51. Cattell H. Suicide in the elderly. *Adv Psychiatr Treat.* 2000; 6(2):102-8.
52. Bennett AT, Collins KA. Elderly suicide: a 10-year retrospective study. *Am J Forensic Med Pathol.* 2001; 22(2):169-72.
53. Minayo MC, Cavalcante FG. Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; 20(6):1751- 62.
54. Kiriakidis SP. Elderly Suicide: Risk Factors and Preventive Strategies. *Ann Gerontol Geriatric Res* 2015; 2(2):1028.
55. De Leo D, Padoani W, Lonqvist J, Kerkhof AJ, Bille-Brahe U, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Wasserman D, Caon F, Scocco P. Repetition of suicidal behaviour in elderly

Europeans: a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2002; 72(3):291-95.

56. Kato K, Akama F, Yamada K, Maehara M, Saito M, Kimoto K, Takahashi Y, Sato R, Ichimura A, Matsumoto H. Frequency and clinical features of suicide attempts in elderly patients in Japan. *PsychClinNeurosci* 2013; 67(2):119-22.
57. Bonnewyn A, Shah A, Demyttenaere K. Suicidality and suicide in older people. *Reviews in Clinical Gerontology*. 2009; 19: 271-94.
58. Conwell, Yeates. *Suicide Later in Life Challenges and Priorities for Prevention*. 2014.
59. Cook JM, Pearson JL, Thompson R, Black BS, Rabins PV. Suicidality in older African Americans: findings from the EPOCH study. *Am J GeriatrPsychiatry* 2002; 10(4):437-46.
60. Miret M, Nuevo R, Morant C, Sainz-Cortón E, Jiménez-Arriero MA, López-Ibor JJ, Reneses B, Saiz-Ruiz J, Baca-García E, Ayuso-Mateos JL. The role of suicide risk in the decision for psychiatric hospitalization after a suicide attempt. *Crisis* 2011; 32(2):65-73.
61. Serna PI. Prevención del suicidio em los ancianos, suicidio-homicidio, ampliado y asistido. *Geriatrka* 2004; 20(1):18-22.
62. Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med*. 2006; 36: 575-86.
63. Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med*. Jun 2004;164(11):1179-

84.

64. Fiske A, O'Riley AA, Widoe RK. Physical health and suicide in late life: an evaluative review. *Clinical Gerontologist*. 2008; 31: 31-50.
65. Serrano Alan Índio. Chaves do óbito autoprovocado. Sua Prevenção, Assitência e Gestão em Saúde Pública. Florianópolis: Editora Insular; 2008. 312p.
66. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *Jama*. 2005; 294: 2064-2074.
67. Conwell Y. Desafios para a prevenção de suicídios na idade avançada. *Ciênc. saúde coletiva*. [internet]. Rio de Janeiro. Jun 2015; 20(6):1652-1653. [citado em 17 jun 2015]. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601652&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601652&lng=pt&nrm=iso)
68. Salib E, Rahim S, El-Nimr G, et al. Elderly Suicide: An analysis of coroner's inquests into two hundred cases in Cheshire 1989 – 2001. *Med Sci Law* January 2005 45: 71-80



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão sistemática, buscando conhecer os fatores associados ao suicídio entre idosos, apontou um número pouco expressivo de estudos abordando o tema. Quando considerado o local de pesquisa, a América do Sul encontra-se em quarto lugar em número de publicações. O número de artigos incluídos na revisão mostrou que há necessidade de mais empenho dos pesquisadores para entender quais fatores podem favorecer ações de prevenção ao suicídio desta população.

Quanto à metodologia dos estudos, o delineamento transversal é observado em mais da metade dos estudos avaliados, faz-se necessária a ressalva acerca da potencial limitação desse tipo de estudo. Sabe-se que neles o desfecho e exposição são aferidos em um mesmo momento. Dessa forma, há limitação no estabelecimento de relações temporais ou causais entre os fatores descritos e a ocorrência do suicídio em idosos.

Ainda, observou-se que a depressão foi o fator mais associado ao suicídio entre idosos, porém fica a indagação se o amplo escopo da depressão não está tornando os fatores associados ao suicídio de idosos ainda desconhecidos ou “mascarados” aos olhos dos estudiosos.

Este estudo que priorizou a produção científica atingiu o objetivo de conhecer os fatores que estavam associados ao suicídio, bem como suas características bibliométricas e metodológicas. Devido ao reduzido número de publicações, sugere-se que novos estudos sejam feitos para melhor elucidação e clareza dos diferentes fatores associados ao suicídio entre os idosos, a fim de serem implantadas estratégias de prevenção.



## REFERÊNCIAS

1. Souza ER, Minayo MC. The insertion of the violence against elderly theme at health care public policies in Brazil. *Cien Saude Colet.* Sept 2010;15(6):2659-68.
2. WHO/INPEA. Missing voices: views of older persons on elder abuse; 2002.
3. Apratto Júnior PC. The domestic violence against the elderly within the Family Health Program of Niterói (RJ, Brazil). *Cien Saude Colet.* Sept 2010; 15(6):2983-95.
4. Mascarenhas MD, Andrade SS, das Neves AC, Pedrosa AA, da Silva MM, Malta DeC. Violence against the elderly: analysis of the reports made in the health sector--Brazil, 2010. *Cien Saude Colet.* Sept 2012;17(9):2331-41.
5. Souza JA, de Freitas MC, de Queiroz TA. Violence against the aged: documental analysis. *Rev Bras Enferm.* May-Jun 2007; 60(3):268-72.
6. Castro AP, Guilam MC, Sousa ES, Marcondes WB. Violence in old age: the issue addressed in indexed national journals. *Cien Saude Colet.* May 2013;18(5):1283-92. PubMed PMID: 23670456.
7. Sacol KLP, Zappe JG. Violência contra idosos: análise da produção científica nacional no período de 2003 a 2010. Violence against the elderly: an analysis of the national scientific production from 2003 to 2010. *Mudanpas.* 2011/12PY - 2011;19(1/2):39-50.
8. Souza MMCd. *Violência e Saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 132 p.

9. Minayo MC, de Souza ER, de Paula DaR. Systematic review of the Brazilian academic production about external causes and violence against the elderly. *Cien Saude Colet*. Sept 2010;15(6):2719-28.
10. Frazão SL, Silva MS, Norton P, Magalhães T. Domestic violence against elderly with disability. *J Forensic Leg Med*. Nov 2014;28:19-24.
11. Krug E, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: Organization WH; 2002.
12. WHO WHO. Preventing suicide: a global imperative; 2014.
13. al KEe. World report on violence and health. Geneva: Organization WH; 2002.
14. Lapierre S, Erlangsen A, Waern M, De Leo D, Oyama H, Scocco P, et al. A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*. 2011;32(2):88-98.
15. Barak Y, Olmer A, Aizenberg D. Antidepressants reduce the risk of suicide among elderly depressed patients. *Neuropsychopharmacology*. Jan 2006; 31(1):178-81.
16. Kim YR, Choi KH, Oh Y, Lee HK, Kweon YS, Lee CT, et al. Elderly suicide attempters by self-poisoning in Korea. *Int Psychogeriatr*. Aug 2011; 23(6):979- 85.
17. Conwell Y, Thompson C. Suicidal behavior in elders. *Psychiatr Clin North Am*. Jun 2008; 31(2):333-56.
- 18.

19. Van Orden K, Conwell Y. Suicides in late life. *Curr Psychiatry Rep.* Jun 2011; 13(3):234-41.
20. Moyer VA, Force USPST. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: U.S. preventive services task force recommendation statement. *Ann Intern Med.* Mar 2013;158(6):478-86.
21. Pinto LW, Silva CM, Pires TeO, Assis SG. Factors associated with suicide mortality among the elderly in Brazilian municipalities between 2005 and 2007. *Cien Saude Colet.* Aug 2012;17(8):2003-9.
22. Minayo MC, Pinto LW, Assis SG, Cavalcante FG, Mangas RM. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980 - 2006. *Rev Saude Publica.* Apr. 2012;46(2):300-9.
23. Cavalcante FG, Minayo MC. Psychological and psychosocial autopsies of the elderly who committed suicide in Brazil. *Cien Saude Colet.* Aug 2012; 17(8):1943-54.
24. Cavalcante FG, Minayo MC, Mangas RM. Different aspects of depression in suicide among the elderly. *Cien Saude Colet.* Oct. 2013;18(10):2985-94.
25. Minayo MC, Meneghel SN, Cavalcante FG. Suicide of elderly men in Brazil. *Cien Saude Colet.* Oct 2012;17(10):2665-74.
26. Garre-Olmo J, Planas-Pujol X, López-Pousa S, Juvinya D, Vilà A, Vilalta- Franch J, et al. Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *J Am Geriatr Soc.* May 2009; 57(5):815-22.

27. Chan HL, Liu CY, Chau YL, Chang CM. Prevalence and association of suicide ideation among Taiwanese elderly--a population-based cross-sectional study. *Chang Gung Med J.* Mar-Apr 2011; 34(2):197-204.
28. Werlang BS. Psychological autopsy: an important strategy for retrospective evaluation. *Cien Saude Colet.* Aug 2012; 17(8):1955-7.
29. Durkheim É. *O Suicídio: Estudo de Sociologia.* Tradução Monica Stahel. São Paulo; 2000. 275 p.
30. Leenaars AA. Lives and deaths: Biographical notes on selections from the works of Edwin S. Shneidman. *Suicide Life Threat Behav.* Oct 2010; 40(5):476-91.
31. Guedes DT, Alvarado BE, Phillips SP, Curcio CL, Zunzunegui MV, Guerra RO. Socioeconomic status, social relations and domestic violence (DV) against elderly people in Canada, Albania, Colombia and Brazil. *Arch Gerontol Geriatr.* May-Jun 2015; 60(3):492-500.
32. Clancy M, McDaid B, O'Neill D, O'Brien JG. National profiling of elder abuse referrals. *Age Ageing.* May 2011; 40(3):346-52.
33. Dong XQ, Simon MA, Beck TT, Farran C, McCann JJ, Mendes de Leon CF, et al. Elder abuse and mortality: the role of psychological and social wellbeing. *Gerontology.* 2011; 57(6):549-58.
34. Shah A, Bhat R, Mackenzie S, Koen C. A cross-national study of the relationship between elderly suicide rates and life expectancy and markers of socioeconomic status and health care. *Int Psychogeriatr.* Apr 2008; 20(2):347-60.

35. Pinto LW, Pires TeO, Silva CM, Assis SG. Suicide mortality temporal trends in people aged 60 years or more in the Brazilian states: 1980 to 2009. *Cien Saude Colet.* Aug 2012; 17(8):1973-81.
36. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Epidemiological analysis of suicide in Brazil from 1980 to 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* Oct 2009; 31(Suppl 2):S86-94.
37. Organization-WHO WH. Preventing suicide: a global imperative. WHO editor; 2014.
38. S. SE. Autopsy of a suicidal mind. Tradução Monica Stahel. New York: Oxford University; 2004.
39. Cavalcante FG, Minayo MC, Meneghel SN, Silva RM, Gutierrez DM, Conte M, et al. Psychological and psychosocial autopsy on suicide among the elderly: a methodological approach. *Cien Saude Colet.* Aug 2012; 17(8):2039-52.
40. Minayo MC, Cavalcante FG. A comprehensive study on suicide among older women in seven Brazilian cities. *Cad Saude Publica.* Dec 2013; 29(12):2405-15.
41. Figueiredo AE, Silva RM, Mangas RM, Vieira LJ, Furtado HM, Gutierrez DM, et al. Impact of suicide of the elderly on their families. *Cien Saude Colet.* Aug 2012; 17(8):1993-2002.
42. Rowe JL, Bruce ML, Conwell Y. Correlates of suicide among home health care utilizers who died by suicide and community controls. *Suicide & Life-Threatening Behavior.* United States. Feb 2001; 36(1):65-75.
43. Salib E, Rahim S, El-Nimr G, et al. Elderly Suicide: An analysis of coroner's inquests into two hundred cases in Cheshire 1989 – 2001. *Med Sci Law*

January 2005 45: 71-80

APÊNDICE A – Quadro de artigos selecionados segundo ano de publicação, autor principal e título

Nº	Ano	Autor	Título
1.	2014	Ordoñez M et al.	Caracterización sociodemográfica de los suicidas adultos mayores de 60 años: Bogotá 2003-2007
2.	2012	Pinto et al.	Fatores associados com a mortalidade por suicídio de idosos nos municípios brasileiros no período de 2005-2007
3.	2012	Cavalcante et al.	Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil
4.	2011	Betancourt E. J.	Caracterización psicosocial de ancianos que se suicidaron
5.	2012	Kaplan et al.	Factors Associated With Suicide by Firearm Among U.S. Older Adult Men
6.	2005	Preville et al.	Correlates of Suicide in the Older Adult Population in Quebec
7.	2012	Paraschakis et al.	Late onset suicide: Distinction between “young-old” vs. “old-old” suicide victims. How different populations are they?
8.	2005	Erlangsen et al.	Psychiatric hospitalisation and suicide among the very old in Denmark: population-based register study
9.	2014	Torresani et al.	Suicide in elderly South Tyroleans in various residential settings at the time of death: a psychological autopsy study

10.	2005	Waern M.	Suicides Among Family Members of Elderly Suicide Victims: An Exploratory Study
11.	2009	Carlsten et al.	Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly?
12.	2014	Bernet et al.	Association of Poor Subjective Sleep Quality With Risk for Death by Suicide During a 10-Year Period A Longitudinal, Population-Based Study of Late Life
13.	2010	Shah Ajit	A replication of the relationship between elderly suicides rates and elderly dependency ratios: cross-national study
14.	2008	Miller et al.	Cancer and the Risk of Suicide in Older Americans
15.	2006	Rowe et al.	Correlates of Suicide Among Home Health Care Utilizers Who Died by

Nº	Ano	Autor	Título
			Suicide and Community Controls
16.	2012	Sun et al.	Depressive symptoms and suicide in 56,000 older Chinese: a Hong Kong cohort study
17.	2010	Bourget et al.	Domestic Homicide and Homicide-Suicide: The Older Offender
18.	2004	Chiu et al.	Elderly suicide in Hong Kong – a case controlled psychological autopsy
19.	2009	Liu H.	Epidemiologic Characteristics and Trends of Fatal Suicides among
20.	2009	Peisah et al.	Investigation of Alzheimer's disease-related pathology in community dwelling older subjects who committed suicide
21.	2006	James et al.	Life problems and physical illness as risk factors for suicide in older people: a descriptive and
22.	2004	Juurink et al	Medical Illness and the Risk of Suicide in the Elderly
23.	2009	Biermann et al.	Particularities of suicide in the elderly. A
24.	2005	Preville et al	Physical health and mental disorder in elderly suicide: A case-control study
25.	2004	Duberstein et al	Poor social integration and suicide: fact or artifact ? A case-control study

26.	2011	Seyfrieda et al	Predictors of suicide in patients with dementia
27.	2012	Murphy et al.	Risk factors for repetition and suicide following self-harm in older adults: multicentre cohort study
28.	2013	Ishii et al.	Risk factors for suicide in Japan: A model of predicting suicide in 2008 by risk factors of 2007
29.	2010	Yuryev et al	Social inclusion affects elderly suicide mortality
30.	2008	Karvonen et al.	Suicide after hospitalization in the elderly: a population based study of suicides in Northern Finland between 1988–2003
31.	2011	Voshaar et al.	Suicide in later life: A comparison between cases with early-onset and late-onset depression

Nº	Ano	Autor	Título
32.	2008	Mezuk et al.	Suicide in Older Adults in Long-Term Care: 1990 to 2005
33.	2006	Harwood et al.	Suicide in older people without psychiatric disorder
34.	2013	De Leo et al.	Suicides in older adults: A case control psychological autopsy study in Australia
35.	2015	Klaassen et al.	Impact of Radical Cystectomy and Urinary Diversion on Suicidal Death in Patients With Bladder Cancer

36.	2015	Voshaar et al.	Suicide in late-life depression with and without comorbid anxiety disorders
37.	2015	Ngui et al.	Individual and area-level factors correlated with death by suicide in older adults
38.	2015	Salib et al.	Elderly suicide: An analysis coroner's inquests into two hundred cases in Cheshire 1989-2001



## ANEXO A – Instruções aos Autores da Revista Panamericana de Saúde Pública

### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

#### **Objetivos: A Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American**

**Journal of Public Health** é a principal revista informação técnica e científica da Organização Pan-Americana da Saúde - **OPAS**, substituindo os antigos **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** e **Bulletin of the Pan American Health Organization**. A revista é um importante veículo para divulgar os avanços mais recentes da pesquisa em saúde pública nas Américas, em função dos objetivos fundamentais da OPAS: promover as ações e coordenar os esforços dos países da Região para preservar a saúde, combater as doenças, prolongar a vida e estimular a melhoria da qualidade física, mental e social de seus habitantes. A Revista objetiva divulgar informações de interesse para a saúde pública, sobretudo as relacionadas com os programas de cooperação técnica da Organização, bem como notícias sobre políticas, ações e resultados da própria OPAS e dos Estados Membros na busca por melhorar as condições de saúde e fortalecer o setor de saúde em todo o hemisfério.

#### **Crítérios para a aceitação de manuscritos**

A RPSP/PAJPH reserva todos os direitos legais de reprodução de seu conteúdo. Os manuscritos aprovados para publicação somente são aceitos com o entendimento de que não tenham sido publicados, parcial ou totalmente, em nenhuma outra parte e de que não o serão republicados sem a autorização expressa da OPAS. Os artigos serão considerados simultaneamente para publicação em inglês, espanhol ou português (ver seção II.C - Idioma).

A seleção do material proposto para publicação se baseia nos seguintes critérios gerais: grau de prioridade do tema para a Organização e os Estados Membros; solidez científica, originalidade, atualidade e oportunidade da informação; possibilidade de que a experiência descrita seja

aplicável em âmbito regional e não somente no lugar de origem; respeito às normas de ética médica no que se refere à experimentação com seres humanos e animais; respeito pelos Estados Membros e pelos povos que representam; variedade dos temas e da procedência geográfica da informação. A aceitação ou recusa de um manuscrito depende de um processo de seleção objetivo que está descrito mais adiante (ver seção II.O - Processo de seleção).

Enfatiza-se especialmente a importância de que o trabalho tenha uma apresentação apropriada (forma de abordar o problema proposto e plano para alcançar o objetivo do estudo), uma vez que as falhas nesse aspecto invalidam toda a informação e são a causa mais freqüente da recusa de manuscritos.

Os manuscritos apresentados em reuniões e conferências não os qualificam necessariamente como artigos científicos, já que não se ajustam aos objetivos e estrutura requeridos. Não são aceitos artigos sobre resultados preliminares, mas somente os definitivos. Em geral, tampouco são aceitos artigos destinados à publicação em série relacionados a diversos aspectos de uma única investigação.

As opiniões expressas pelos autores são de sua exclusiva responsabilidade, não refletindo necessariamente os critérios nem a política da Organização Pan-Americana da Saúde, nem dos Estados Membros. A menção de determinadas sociedades comerciais ou do nome comercial de certos produtos não implica que a OPAS os aprove ou recomende preferencialmente a outros similares.

#### Conteúdo da Revista

Os artigos originais sobre saúde pública e disciplinas afins formam a parte principal da RPSP/PAJPH. Informações sobre os princípios, decisões e resultados da PAHO também são publicadas.

Entre os temas específicos que são abordados figuram os de saúde materna e infantil, doenças transmissíveis, doenças crônicas, alimentação e nutrição, prevenção de acidentes, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde dos idosos, assistência aos incapacitados, saúde dental, higiene ambiental, desastres,

saúde pública veterinária, epidemiologia, estatística sanitária, informática, pesquisa e tecnologia, informação científica e técnica, administração, legislação, políticas, planejamento estratégico, sistemas e serviços de saúde, recursos humanos, financiamento e custos, participação comunitária, educação para a saúde, coordenação intersectorial e muitos outros.

O conteúdo é organizado da seguinte forma:

**1. Reflexões do Diretor.** À moda de editorial, divulga os princípios políticos da Organização, as tendências atuais e prioridades da saúde pública na Região das Américas.

**2. Artigos.** Podem ser informes de pesquisas originais, revisões críticas, revisões bibliográficas ou comunicações de experiências particulares aplicáveis em âmbito regional. Ocasionalmente, são publicadas comunicações breves com o objetivo de divulgar novas técnicas ou metodologias ou resultados que ofereçam interesse particular.

**3. Temas da atualidade.** Esta seção inclui comentários de menor extensão que os artigos, relatos de experiências e acontecimentos nacionais e regionais, informes sobre o desenvolvimento de projetos e programas, resultados de reuniões, simpósios e conferências nos quais participam a Organização e os países membros, bem como outras comunicações relativas à prática da saúde.

**4. Instantâneas** (somente em espanhol). Nesta seção aparecem resumos de artigos recém-publicados em outras revistas destacadas ou em jornais, assim como *press releases*. Os materiais são selecionados segundo a sua pertinência no contexto da saúde pública da Região.

**5. Publicações.** Aqui são apresentados pequenos resumos de novas publicações, assim como resenhas esporádicas de livros recém-publicados sobre os diversos aspectos da saúde pública e temas afins. Os leitores são convidados a enviar resenhas de obras sobre temas no campo de sua competência, com o entendimento de que a sua publicação é responsabilidade da equipe editorial e dependerá em grande medida da observação das normas para a redação de resenhas. Estas serão enviadas por correio

sob solicitação.

**6. Cartas.** Cartas dirigidas à Redação são publicadas com a intenção de esclarecer, discutir ou comentar de maneira construtiva as idéias expostas na RPSP/PAJPH. Devem ser assinadas pelo autor, e incluir sua afiliação profissional e endereço completo.

Instruções para a apresentação de manuscritos propostos para publicação

### **A. Especificações**

A RPSP/PAJPH segue, em geral, as normas definidas no documento "Requisitos uniformes para preparar manuscritos enviados a revistas biomédicas", elaborado pelo Comitê Internacional de Diretores de Revistas Médicas (5a. ed., 1997). Tais normas são conhecidas também como "normas de Vancouver" (ver Bibliografia).

A seguir, são oferecidas instruções práticas para elaborar o manuscrito, ilustradas com exemplos representativos. Os autores que não obedecerem as normas de apresentação se expõem à recusa imediata de seus artigos.

### **B. Envio do manuscrito**

O original, três cópias e um disquete com o texto completo do manuscrito (ver seção II.E - Extensão e apresentação) devem ser enviados ao Chefe do Programa de Publicações e Serviços Editoriais (DBI), que acusará o recebimento do manuscrito mediante carta ao autor.

### **C. Idioma**

A RPSP/PAJPH publica artigos em espanhol, inglês e português, embora sejam aceitos manuscritos redigidos em qualquer dos idiomas oficiais da OPAS (inglês, francês, português e espanhol). É recomendado encarecidamente aos autores que escrevam em sua língua materna; o uso inadequado de uma língua estrangeira obscurece o sentido e enfraquece o rigor científico.

Os artigos selecionados para a RPSP/PAJPH nem

sempre serão publicados no idioma em que foram originalmente escritos; o idioma de publicação será decidido segundo a procedência do público para o qual o conteúdo apresenta maior interesse científico e prático.

#### **D. Direitos de autor (Copyright)**

Cada artigo deverá ser acompanhado de uma declaração especificando que o manuscrito não foi publicado previamente e que não será apresentado a nenhuma outra revista antes de a decisão da OPAS ser conhecida. Os autores anexarão ainda uma declaração assinada indicando que, se o manuscrito for aceito para publicação, os direitos de autor pertencerão à OPAS.

Solicita-se aos autores que incluam informações completas sobre qualquer bolsa de estudos ou subvenções recebidas da OMS, da OPAS ou de outro organismo para custear o trabalho no qual o artigo é baseado.

Os autores assumirão a responsabilidade de obter as permissões necessárias para reproduzir qualquer material protegido por direitos autorais. O manuscrito deverá ser acompanhado da carta original outorgando essa permissão; nela deverá ser especificado com exatidão o número do quadro ou figura ou o texto exato que será citado e como será usado, além da referência bibliográfica completa (ver seção

II.J - Referências bibliográficas).

Somente devem constar como autores aqueles que tenham participado diretamente da pesquisa ou da elaboração do artigo, e que poderão ser publicamente responsabilizados pelo seu conteúdo. A inclusão de outras pessoas como autores, por amizade, reconhecimento ou outras razões não científicas, constitui falta de ética.

## **E. Extensão e apresentação**

O manuscrito completo não deverá exceder 15 a 20 folhas tamanho carta (8,5 x 11") ou ISO A4 (212 x 297 mm). Estas devem ser datilografadas com tinta preta em um só lado do papel, com espaço duplo ou triplo e com margens superior e inferior de cerca de 2,4 cm. As margens direita e esquerda deverão medir pelo menos 2,4 cm. As palavras não deverão ser hifenizadas ao final das linhas. As páginas deverão ser numeradas sucessivamente. O original deverá ser acompanhado de três cópias de boa qualidade. Não serão aceitas cópias feitas com carbono.

Dá-se preferência aos manuscritos preparados em computador ou processador de textos, sendo que uma versão em disquete (de 3,5" ou 5,25") deve ser enviada junto com a versão final impressa. Embora seja aceito qualquer equipamento compatível com IBM ou Macintosh, o melhor programa é Microsoft Word. O autor deve indicar o programa que foi usado na elaboração do artigo.

Não serão aceitos manuscritos que não cumpram as especificações aqui detalhadas. No caso de trabalhos ou citações traduzidos, em parte ou na sua totalidade, uma cópia do texto no idioma original deverá acompanhar o manuscrito.

Os artigos aceitos serão submetidos a um processamento editorial que pode incluir, se necessário, a condensação do texto e a supressão ou adição de quadros, ilustrações e anexos. A versão editada será remetida ao autor para sua aprovação.

## **F. Título e autores**

O título deve limitar-se a 10 palavras, se possível, e não deve exceder 15. Deve descrever o conteúdo de forma específica, clara, breve e concisa. Palavras ambíguas, jargões e abreviaturas deverão ser evitados. Um bom título permite aos leitores identificar o tema facilmente e, além disso, ajuda aos centros de documentação a catalogar e classificar o material com exatidão.

Imediatamente sob o título, deverão figurar o nome e o sobrenome de cada autor, bem como o nome da instituição em que trabalha. A RPSP/PAJPH não publica os títulos,

distinções acadêmicas etc. dos autores.

É preciso informar o endereço completo do autor principal ou daquele que deverá se encarregar de responder toda a correspondência relativa ao artigo. Se uma caixa postal for usada, também é necessário indicar outro endereço onde possa chegar um serviço de entrega comercial.

### **G. Resumo e palavras-chave**

Cada trabalho, incluindo as comunicações breves, deverá ser acompanhado de um resumo — de cerca de 150 palavras se for descritivo, ou de 250 se for estruturado — que indique claramente: a) os propósitos do estudo; b) lugar e datas de sua realização; c) procedimentos básicos (seleção de amostras e métodos de observação e análise); d) resultados principais (dados específicos e, se for o caso, sua interpretação estatística); e e) as principais conclusões. Deve-se enfatizar os aspectos novos e relevantes.

Nenhuma informação ou conclusão que não apareça no texto deverá ser incluída. É conveniente redigi-lo em estilo impessoal e não incluir abreviaturas, remissões ao texto principal ou referências bibliográficas.

O resumo permite aos leitores determinar a pertinência do conteúdo e decidir se lhes interessa ler o documento em sua totalidade. De fato, é a única parte do artigo que muitas pessoas lêem e, junto com o título, a que é incluída nos sistemas de disseminação de informação bibliográfica, como o Index Medicus.

Depois do resumo, 3 a 10 palavras-chave ou frases curtas devem ser indicadas para fins de indexação em bases de dados como o Index Medicus, cuja lista "Cabeçalhos de assuntos médicos" (*Medical Subject Headings*) deve servir de guia.

### **H. Corpo do artigo**

Em geral, os trabalhos que apresentam pesquisas ou estudos se dividem nas seguintes seções correspondentes ao chamado "formato IMRED": introdução, materiais e métodos, resultados e discussão. Os trabalhos de atualização e revisão bibliográfica costumam requerer outros títulos e

subtítulos de acordo com o conteúdo.

No caso das comunicações breves, as divisões habituais deverão ser suprimidas, mantendo-se entretanto essa seqüência no texto.

### **I. Notas de rodapé**

São as explicações que, num tipo de letra menor, aparecem na parte inferior de uma página. Serão utilizadas para identificar a afiliação (instituição e departamento) e endereço dos autores e algumas fontes de informação inéditas (ver seção J.4 - Fontes inéditas e resumos). Essas notas deverão ser separadas do texto mediante uma linha horizontal e identificadas por números consecutivos ao longo do artigo, colocados como expoentes.

### **J. Referências bibliográficas**

São essenciais para identificar as fontes originais de conceitos, métodos e técnicas provenientes de pesquisas, estudos e experiências anteriores; para apoiar os fatos e opiniões expressos pelo autor, e orientar o leitor interessado a informar-se com maior detalhe sobre determinados aspectos do conteúdo do documento.

Com exceção dos artigos de revisão bibliográfica e das comunicações breves, a RPSP/PAJPH requer no mínimo 20 referências bibliográficas pertinentes e atualizadas. Os artigos de revisão em geral terão um maior número de fontes, e as comunicações breves, um máximo de 15.

Todas as referências devem ser citadas no texto com números consecutivos, entre parênteses, da seguinte forma:

"Observou-se (3, 4) que..."

Ou:

"Vários autores (1-5) assinalaram que..."

A lista de referências deverá ser numerada consecutivamente seguindo a ordem das citações no texto. Por sua vez, as fontes bibliográficas consultadas mas não citadas no texto serão denominadas "bibliografia" e serão ordenadas alfabeticamente pelo sobrenome dos autores.

A lista de referências ou a bibliografia deverá ser apresentada em folhas separadas, ao final do artigo, e elaborada de acordo com as normas descritas a seguir.

**1. Artigos de revistas.** É necessário fornecer a seguinte informação: autor(es), título do artigo, título abreviado da revista em que foi publicado (sublinhado ou em itálico); ano; volume (em números arábicos), número (pode ser omitido se a revista tiver paginação contínua ao longo de um volume) e páginas inicial e final. Toda a informação será apresentada na língua original do trabalho citado. Os seguintes exemplos ilustram o "estilo de Vancouver" para a elaboração e pontuação de citações bibliográficas que devem ser observadas.

**a. Autores individuais.** Os sobrenomes e iniciais dos primeiros seis autores deverão ser mencionados; se são mais, a expressão "et al." deverá ser usada. Exemplos:

Brownie C, Habicht JP, Cogill B. Comparing indicators of health and nutritional status. *Am J Epidemiol* 1986;124:1031-1044.

Herrero R, Brinton L, Hartge P, Reeves W, Brenes M, Urcuyo R, et al. Determinants of the geographic variation of invasive cervical cancer in Costa Rica. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:15-25.

**b. Artigos que possuem várias partes**

Fitzharding PM, Stevens EM. The small-for-date infant: II, neurological and intellectual sequelae. *Pediatrics* 1972; 50:50-57.

**c. Autor corporativo.** Se consta de vários elementos, mencionar da maior para a menor. Em revistas publicadas por organismos governamentais ou internacionais, os trabalhos sem autor podem ser atribuídos ao organismo responsável:

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. *Bull Pan Am Health Organ* 1993; 27:287-295.

**d. Artigo sem autor dentro de uma seção regular de uma revista:**

World Health Organization.

Tuberculosis control and research strategies for the 1990s: memorandum from a WHO meeting. *Bull World Health Organ* 1992;70:17-22.

**e. Tipos especiais de artigos e outras comunicações.** São indicados entre colchetes:

Wedeen RD. In vivo tibial XFR measurement of bone lead [editorial]. *Archives Environ Health* 1990; 45:69-71.

**f. Suplemento de um volume:**

Maheshwari RK. The role of cytokines in malaria infection. *Bull World Health Organ* 1990; 68 (suppl):138-144.

**2. Trabalhos apresentados em conferências, congressos, simpósios etc.** Somente devem constar nas referências se as atas correspondentes tiverem sido publicadas.

Koeberle F. Pathologic anatomy of enteromegaly in Chagas' disease. *Proceedings of the 2nd biennial meeting of the Bockus Alumni International Society of Gastroenterology,*

**3. Livros e outras monografias.** Deverão ser incluídos os sobrenomes e iniciais de todos os autores (ou editores, compiladores etc.) ou o nome completo da entidade coletiva; título sublinhado (ou em itálico); número da edição; lugar de publicação, casa publicadora e ano. Quando procedente, os números do volume e as páginas consultadas deverão ser acrescentados, assim como a série a que pertence e o seu número correspondente na série.

**a. Autores individuais:**

Eisen HN. *Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of immune response*. 5th ed. New York: Harper and Row; 1974: 215-217.

**b. Autor corporativo que é também editor:**

World Health Organization. *The SI for the health professions*. Geneva: WHO; 1977.

**c. Como citar um capítulo:**

Weinstein L, Swartz MN.

Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974:457-472.

**d. Como indicar o número de volumes ou citar um volume em particular:**

Pan American Health Organization. Volume II: *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524).

Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas*. 1990 ed. Washington, DC: PAHO; 1990. (Scientific publication 524; 2vol).

**e. Como citar um volume que tem título próprio:**

World Health Organization, Volume 2: *Instruction manual*. In: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*. 10th rev. Geneva: WHO; 1992.

**f. Atas publicadas de congressos, simpósios, conferências etc.:**

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. *Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology*. Houston: International Society for Experimental Hematology; 1974: 44-46.

**g. Informes e documentos completos sem autor.**

Somente serão oferecidos detalhes sobre informes escritos que os leitores possam solicitar e obter. É importante indicar o nome exato da entidade coletiva responsável pelo documento, título completo, cidade, ano e número. Se possível, deve-se dar a fonte do documento. Exemplos:

National Center for Health Services Research. *Health technology assessment reports*, 1984. Rockville, Maryland: National Center

forHealthServicesResearch; 1985; DHHS  
 publication no (PHS) 85-  
 3373. Availablefrom: NationalTechnicalInformationService,  
 Springfield, VA 22161.

**4. Fontes inéditas e resumos (*abstracts*).** Não são consideradas referências apropriadas os resumos (*abstracts*) de artigos, os artigos que ainda não tenham sido aceitos para publicação, as teses quando ainda são inéditas e os trabalhos não publicados mesmo que tenham sido apresentados em conferências. Excetuam-se os artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo). Se for absolutamente necessário citar fontes inéditas, deve-se mencioná-las no texto (entre parênteses) ou como notas de rodapé. A citação no texto deverá ser feita da seguinte maneira:

Observou-se<sup>1</sup> que . . .

e ao pé da mesma página do manuscrito aparecerá a nota correspondente:

<sup>1</sup> Herrick JB, [and others]. [Letter to Frank R Morton, Secretary, Chicago Medical Society]. Herrickpapers. [1923]. Locatedat: Universityof Chicago SpecialCollections, Chicago, Illinois.

No caso de artigos já aceitos mas ainda não publicados (no prelo), deve-se seguir o exemplo:

It hasbeendemonstrated (Little DA, Ecology Center of New York, unpublishedobservations, 1990) that . . .

**5. Comunicações pessoais.** Devem ser incluídas unicamente quando oferecerem informação essencial não obtível de uma fonte pública. Somente figuram no texto entre parênteses, sem nota de rodapé, da seguinte forma:

Dr. D.A. Little (Ecology Center of New York, personal communication, 1991) has pointedoutthat . . .

**6. Outros materiais.** Devem seguir em geral as indicações para referenciar um livro, especificando sua procedência (autores ou entidade responsável), título, tipo do material, local de publicação e data. Também devem ser descritos os sistemas necessários para o uso de informação em formatos eletrônicos.

**a. Videocassetes:**

World Health Organization. *Before disaster strikes* [videocassette]. Geneva: WHO; 1991.

**b. Diapositivos (slides):**

*Sinusitis: a slide lecture series of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation* [slide show]. Washington DC: The Academy; 1988. [54 slides and a guide by HC Pillsbury and ME Johns].

**c. Programas de computador:**

*Wechsler interpretations system* [computer program]. Wakefield, Rhode Island: Applied Innovations; 1983. [1 diskette; 1 guide].

**d. Audiocassetes:**

Clark RR, et al, eds. American Society for Microbiology prods. *Topics in clinical microbiology* [audiocassette]. Baltimore: Williams and Wilkins; 1976. [24 audiocassettes: 480 min; accompanied by 120 slides and one manual].

**e. Bases de dados / CD-ROMs:**

*Compact library: AIDS* [CD-ROM database updated quarterly]. Version 1.55a. Boston: Massachusetts Medical Society, Medical Publishing Group; 1980. [1 compact disk; operating system: IBM PC, PS/2 or compatible; 640K memory; MS-DOS 3.0 or later].

**f. Sites na Internet:**

Pritzker TJ. *A nearly fragment from Central Nepal* [Internet site]. Ingress Communications. Available: <http://www.ingress.com/~astanart/pritzker/pritzker.html>. Accessed 8 June 1995.

**g. Materiais instrucionais:**

Card No. 8 Use of cervical mucous examination as a method for avoiding pregnancy. In: World Health Organization and Blithe Centre for Health and Medical Education. *Education on family fertility: instructional material on natural methods of family planning for use by educators*

[pamphlets, cards, and posters]. Geneva: WHO; 1982.

### **K. Quadros (ou tabelas)**

Os quadros são conjuntos ordenados e sistemáticos de valores agrupados em linhas e colunas. Devem ser usados para apresentar informação essencial de tipo repetitivo — em termos de variáveis, características ou atributos — em uma forma facilmente compreensível para o leitor. Podem mostrar freqüências, relações, contrastes, variações e tendências mediante a apresentação ordenada da informação. Devem ser compreensíveis por si mesmos e complementar — não duplicar — o texto. Os quadros não devem conter excesso de informação estatística porque resultam incompreensíveis, diminuem o interesse do leitor e podem chegar a confundi-lo.

Cada quadro deve ser apresentado em uma folha separada ao final do artigo, e ser identificado com um número correspondente. Deverá apresentar um título breve e claro de maneira que o leitor possa determinar sem dificuldades quais dados foram tabulados e o que indicarão, além do lugar, data e fonte da informação. O cabeçalho de cada coluna deve incluir a unidade de medida e ser o mais breve possível; a base das medidas relativas (porcentagens, taxas, índices) deve ser indicada claramente quando forem utilizadas. Somente devem ser deixados em branco os espaços correspondentes a dados que não são aplicáveis; se falta informação porque não foram feitas observações, os espaços deverão ser preenchidos por um pontilhado.

Linhas verticais não deverão ser usadas, assim como somente três horizontais deverão aparecer: uma após o título, outra após os cabeçalhos de coluna e a última ao final do quadro, antes das notas, se houver. As chamadas para as notas ao final do quadro deverão ser feitas mediante letras colocadas como expoentes, em ordem alfabética; cifras, asteriscos ou outros símbolos quaisquer não deverão ser utilizados com esse propósito.

As comunicações breves poderão apresentar até o limite máximo de dois quadros ou figuras.

## L. Figuras

As ilustrações (gráficos, diagramas, desenhos lineares, mapas, fotografias etc.) devem ser utilizadas para destacar tendências e ilustrar comparações de forma clara e exata. Devem ser fáceis de compreender e agregar informação, não duplicá-la. As figuras deverão ser apresentadas em forma de desenhos manuais ou fotografias em branco e preto em papel brilhante, ou geradas por computador. Os desenhos e legendas devem ser bem elaborados para que possam ser reproduzidos diretamente; deverão ser enviados entre folhas de papelão duro que os protejam durante o transporte. Todas as figuras deverão ser perfeitamente identificadas no verso. Seus títulos serão tão concisos quanto possível e, ao mesmo tempo, bastante explícitos. Notas não deverão ser utilizadas na figura, mas a fonte deverá ser indicada no caso de haver sido retirada de outra publicação.

Os títulos de todas as figuras deverão ser anotados em ordem numérica numa folha separada. Se houver espaço suficiente, a explicação dos gráficos ou mapas poderá ser incluída dentro da própria figura, mas se não for possível, será incorporada ao título da figura. Os mapas e desenhos apresentarão uma escala em unidades SI (ver seção II.N - Unidades de medida).

As fotografias são preferíveis em branco e preto, devendo ter grande nitidez e excelente contraste, e incluir antecedentes, escala, fonte de origem e data. Cada fotografia deverá ser identificada no verso com um número e incluir um título claro e breve. Essa informação deverá ser escrita numa etiqueta adesiva no verso da fotografia.

O excesso de quadros, material gráfico ou ambos diminui o efeito que se deseja alcançar. Essa razão, mais o fato de que os quadros e ilustrações são custosos e ocupam muito espaço, obriga a uma seleção cuidadosa para realçar o texto.

## M. Abreviaturas e siglas

Serão utilizadas o menos possível. É preciso definir cada uma delas na primeira vez em que aparecer no texto, escrevendo o termo completo e em seguida a sigla ou

abreviatura entre parênteses, por exemplo, Programa Ampliado de Imunização (PAI). Serão citadas em espanhol ou português, por exemplo, DP (desvio padrão) e não SD (standard deviation), exceto quando correspondam a entidades de alcance nacional (FBI) ou sejam conhecidas internacionalmente por suas siglas não espanholas ou portuguesas (UNICEF), ou se refiram a substâncias químicas cujas siglas inglesas estejam estabelecidas como denominação internacional, como GH (hormônio do crescimento), e não HC. (Ver também a seção II.N - Unidades de medida).

## **N. Unidades de medida**

Deverão ser usadas as unidades do Sistema Internacional (SI), que é essencialmente uma versão ampliada do sistema métrico decimal (ver bibliografia).

De acordo com esse sistema, os símbolos das unidades não são expressos no plural (5 km e não 5 kms), nem são seguidos de ponto (10 mL e não 10 mL.), salvo se estiverem no final de uma frase e que por razões ortográficas deverão levá-lo. Em português, os números decimais são expressos usando-se a vírgula. As cifras devem ser agrupadas em trios, dispostos à direita e à esquerda da vírgula decimal, e separados entre si por um espaço simples. Não devem ser separados por nenhum sinal de pontuação.

*Forma correta:*

12 500 350 (doze milhões quinhentos mil trezentos cinqüenta) 1 900,05 (mil novecentos e cinco centavos)

*Formas incorretas:*

12,500,350 / 1.900,05 / 1,900.05

## **O. Processo de seleção**

Os manuscritos recebidos passam por um processo de seleção mediante o sistema de arbitragem por especialistas na matéria. Numa primeira revisão, é determinado se o manuscrito obedece os critérios gerais descritos anteriormente. Na segunda revisão, são examinados o valor científico do documento e a utilidade de

sua publicação; esta parte é responsabilidade de profissionais especialistas no tema, que avaliam os manuscritos independentemente.

Na terceira revisão, baseando-se nos critérios gerais, no valor científico do artigo e na utilidade de sua publicação, toma-se uma decisão que pode ser: recusa, em cujo caso o documento é devolvido ao autor; aceitação condicional, segundo a qual se solicita ao autor para redigir um novo texto revisado, incorporando os comentários e recomendações dos especialistas; ou aceitação definitiva.

Os textos revisados são submetidos a uma quarta revisão para verificar se as condições e exigências feitas na aceitação condicional foram cumpridas; se sim, o manuscrito é aceito de forma definitiva; do contrário, é recusado.

Toda decisão é comunicada por escrito ao autor com a maior rapidez possível. O prazo depende da complexidade do tema e da disponibilidade de revisores especialistas.

#### **P. Publicação do artigo aceito**

Os manuscritos serão aceitos com o entendimento de que o editor se reserva o direito de fazer revisões visando uma maior uniformidade, clareza e conformidade do texto com o estilo da RPSP/PAJPH.

Os manuscritos aceitos para publicação serão editados e enviados ao autor responsável pela correspondência para que responda às perguntas ou esclareça dúvidas editoriais, aprove as correções. As provas tipográficas não serão enviadas aos autores, razão pela qual estes deverão ler detidamente o manuscrito editado. Recomenda-se enfaticamente a devolução do manuscrito aprovado pelo autor no prazo indicado na carta que o acompanha, para que a programação do número correspondente da revista possa ser cumprida. Salvo circunstâncias excepcionais,

decorrem aproximadamente três meses entre a data do recebimento do artigo aprovado pelo autor e sua publicação.

**Q. Exemplos enviados ao autor**

O autor receberá 10 exemplares da revista em que aparece seu artigo tão logo seja publicada.