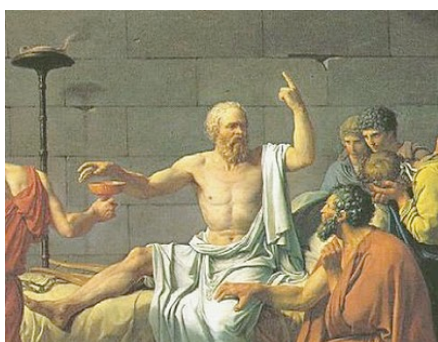


Suicídio e fragilidade social na velhice, uma triste realidade

Ana Elisa Sena Klein Da Rosa¹

Resumo: A população que mais cresce no Brasil, e na maior parte do mundo, é grupo acima de 60 anos. Observamos que a sociedade brasileira não está preparada para a mudança no perfil populacional, e embora as pessoas estejam vivendo mais a qualidade de vida não acompanha a evolução social. Redigimos uma pesquisa teórica, original e bibliográfica, com abordagem qualitativa e quantitativa baseada em dados estatísticos, artigos científicos e literaturas específicas a partir de 1992 até o ano de 2010. Ressaltamos a importância do contato social, cultivo de amizades e relacionamentos. Na faixa etária dos idosos o grupo acima de 70 anos é o que mais se envolve com pensamentos, ideação e suicídio. A falta de significado existencial pode mexer muito com o equilíbrio emocional e a resposta humana à incerteza é complexa. Tendo em vista a condição existencial referida pela “velhice” e a marginalização social que nela se inscreve, desnudamos sua fragilidade, para considerar que o suicídio ocorre não somente por limitações ou dependências instauradas pela condição física ou fisiológica, mas por valores e práticas sociais pouco sensíveis à diversidade. Poucos trabalhos são produzidos no Brasil. Consideramos que a velhice desafia nosso sistema social em alguns de seus pilares.

Palavras-chave: Suicídio, Morte, Fragilidade, Velhice, Idosos.



Introdução

Dados do PNAD/IBGE (2008), mostram que a população brasileira está envelhecendo muito rapidamente e que, em breve, seremos uma nação de “super velhos”. Já são quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos. A proporção de brasileiros idosos aumentou 5,7% em 2008 em relação a 2007, e cresceu mais de 23% nos últimos dez anos. No outro extremo, houve uma queda de 22,6% na proporção de crianças de até quatro anos desde 1999. Na comparação entre 2008 e 2007, a redução foi de 1,4%. Atualmente os idosos representam 11,1 % do total da população brasileira.

¹ Outras autoras: SEGANTIN, B.I.; KLEIN DA ROSA, E.P.; FONSECA, F.S.; YOSHIDA, M.; FONSECA, F.S.; KARSCH, U.M.

Na história da humanidade, muitos atos suicidas, voluntários ou não, foram mencionados e estudados, tanto em séculos passados, como na atualidade. A Bíblia Sagrada (apud Sansano, 1992, p. 63) historicamente nos relata alguns casos de suicídio: Abimeleque se suicidou por orgulho, descrito em Juízes 9:53, 54; Saul o 1º rei de Israel se suicidou por temor, referido em I Crônicas 10: 3,5; Judas Iscariote, se suicidou por remorso, relatado em Mateus 27: 3,5; Sansão se suicidou por culpa delineado em Juízes 13 e 16.

O tema da morte tem sido tratado por muitos filósofos e escritores, um deles foi William Shakespeare, o famoso inglês que escreveu o amor impossível e o suicídio de Romeu e Julieta. Sêneca cortou as pernas e, como não teve resultado, solicitou a seu médico uma dose de veneno. Como também ela não surtiu efeito, pediu que o levasse para um banho de vapor e ali morreu sufocado. Os suicídios de Sêneca e de Sócrates foram decisões do Estado. As ações dos Kamikazes eram ações suicidas feito por pilotos japoneses aos navios inimigos.

Na atualidade podemos observar esse fenômeno nos atentados que ocorrem em decorrência do fanatismo religioso, onde os chamados “homens bomba” se suicidam e provocam a morte de muitos. Em 1954, o então presidente da República Federativa do Brasil, Getúlio Dornelles Vargas, 72 anos, suicidou-se com um tiro no coração. O fato ocorreu em sua residência oficial, o Palácio do Catete, causando um grande impacto popular (Teixeira, 2009).

Segundo dados da OMS (Organização Mundial da saúde, 2003, p. 7), todos os dias 60 mil pessoas tentam tirar a própria vida, e a cada 30 segundos alguém consegue. Se a cada dia 3 mil pessoas se matam no mundo, por ano acontecem um milhão e cem mil suicídios. E a estimativa é que em 2020, mais de um milhão e meio de pessoas morrerão desta forma. Um caso a cada vinte segundos. Em 2002 foram 887 mil casos. O aumento será de 74% em 18 anos.

No Brasil, o suicídio se encontra entre os jovens e adultos de 15 a 34 anos, e entre os anos de 1980 e 2000 a taxa de suicídio no Brasil era de 4/100.000 habitantes. Atualmente, essa taxa é de 6,5/100.000 habitantes. Na última década, a proporção de brasileiros que cometeram suicídio cresceu 15%. Cada suicídio consumado corresponde a 20 tentativas frustradas. Nos últimos 50 anos, a média de suicídios aumentou 60%, principalmente nos países em desenvolvimento. Contudo, a terceira idade tem o maior índice (OMS, 2003, P.10).

Ezzel (2010, p.80) alertou que nos Estados Unidos, o suicídio é a 11ª causa de morte, com 1,2% de todos os óbitos e a cada 18 minutos uma pessoa morre por suicídio e a cada um minuto alguém tenta cometê-lo. Quatro homens morrem por suicídio por cada mulher, mas pelo menos duas vezes mais mulheres que homens tentam o suicídio. O suicídio das mulheres acima de 85 anos de idade, aumentou repentinamente nos Estados Unidos.

Apenas 5% das tentativas de suicídio são bem sucedidas, e a OMS instituiu o dia 10 de setembro como o Dia Mundial de Prevenção ao Suicídio, com o

objetivo de alertar para a maior causa de morte evitável e pedir aos governos que desenvolvam estratégias nacionais de prevenção. Para cada suicídio há, em média 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas; 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano de 2002 foi devido a tentativas de suicídio, e estima-se que chegará a 2,4% em 2020 (OMS, 2003, P. 7).

De acordo com Teixeira (2009, p.37) a qualidade de informações das declarações de óbito pode ser considerada limitante. Imprecisões na declaração da intencionalidade da ocorrência (homicídio, suicídio, acidente) condicionam o aumento da proporção de causas externas de intenção não determinada e, além disso, alguns campos não preenchidos afetam sua qualidade.

O Ministério da Saúde declarou que os registros oficiais sobre tentativas de suicídio são mais escassos e menos confiáveis do que os de suicídio. Estima-se que o número de tentativas de suicídio supere o número de suicídios em pelo menos dez vezes (Brasil, 2006, p.9).

Ezzel (2010, p.78) escreveu que os cientistas estão descobrindo indícios e explorando pistas que levam a diferenças anatômicas e químicas entre o cérebro dos suicidas e daqueles que morrem por outras causas. Se essas alterações puderem ser detectadas por escaneamento de imagens, ou através de exames de sangue, talvez algum dia se consiga identificar os que correm o maior risco de morrer por suicídio e, também, evitar que a tragédia aconteça. Esse objetivo ainda não está a vista: muita gente com tendência suicida ainda vai tirar a própria vida.

Método

Redigimos uma pesquisa teórica, original e bibliográfica com abordagem quantitativa baseada em estatísticas sociais, e qualitativa baseadas em literatura específica sobre o fenômeno da fragilidade e suicídio em pessoas idosas. Para a construção deste artigo, realizamos um encontro interdisciplinar, para oferecermos uma visão dilatada sobre a abordagem proposta, nosso grupo de estudo foi composto por: 1 Fisioterapeuta, 1 Fonoaudióloga, 1 Professora de Português e Literatura Estrangeira, 1 Médica Geriatra e 1 Assistente Social. Para tal nos ancoramos em autores de diferentes formações, como: Antropólogos, Filósofos, Historiadores, Jornalistas, Médicos, Psicólogos, Sociólogos, Teólogos, etc.

Utilizamos as referências apresentadas pela literatura sobre suicídio em pessoas idosas, coletadas em formas de jornais, livros, artigos, internet e revistas, no período compreendido entre 1992 até o ano de 2010. As palavras chaves utilizadas na busca revisão foram: “suicídio no idoso”; “suicídio do

idoso”; “suicídio no Brasil” ;“índice de suicídio”; “suicide and elderly”; “suicide and older people”, “suicide en adultos mayores”. O objetivo geral do artigo é demonstrar através de estatísticas a triste ocorrência do suicídio na velhice, demonstrada por estatística. Surgem objetivos específicos:

1. Definir o conceito de suicídio na atualidade;
2. Refletir sobre: suicídio na velhice;
3. Demonstrar os fatores de risco para a ocorrência de suicídio;
4. Revisar brevemente o suicídio na história;
5. Discorrer sobre as possibilidades de correlação entre a fragilidade social e os índices de suicídio em idosos brasileiros.

Os tópicos foram sistematizados em três categorias: Suicídio em Idosos; Por Que o Suicídio em Idosos?; Fragilidade Social na Velhice.

A revisão de literatura refere-se à fundamentação teórica adotada para tratar o tema e o problema de pesquisa. Por meio da análise da literatura publicada, com a finalidade de traçar um quadro teórico e estruturação conceitual que dará ratificação ao desenvolvimento da pesquisa. Resultará do processo de levantamento de trabalhos publicados, onde os conteúdos fundamentam uma discussão teórica, articulada com um nível de análise crítica e reflexiva.

Suicídio em idosos

Durkheim (2000, p. 356) disse que, sem dúvida, o suicídio é sempre feito de um homem que prefere a morte à vida. Cada suicídio confere ao seu ato uma marca pessoal que expressa seu temperamento, as condições especiais em que ele se encontra, e que, por conseguinte, não pode ser explicada pelas causas sociais e gerais do fenômeno.

Hillman (2009, p.14) definiu suicídio como todo caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato, positivo ou negativo, realizado pela própria vítima e que ela sabia que produziria esse resultado. A tentativa é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte.

Para Sansano (1992, p.45) o suicídio é a parada abrupta da vontade de continuar vivo e, como extermínio de si, corta todas as possibilidades de um desenvolvimento. No mesmo artigo cita que Schopenhauer emitiu uma análise de que a pessoa que liquida consigo mesmo é a vitória da vontade absoluta, porém a crítica Nietzscheana sobre sua filosofia é a de que ele acaba negando a realidade do humano em enfrentar-se, pois viver é sofrer.

A etimologia do suicídio foi descrita por Sansano (1992, p. 34) sui - significa de si mesmo; occidio - significa matança, morte, extermínio, matar até o fim. Tais pensamentos suicidas são algo comum quando alguém sofre de depressão, quando o sujeito se vê sem saída e a vida não tem sentido.

Durkheim (2000, p. 506) confere à família do suicida uma virtude profilática e indubitável. Se hoje as pessoas se matam mais do que outrora [...] O mal estar

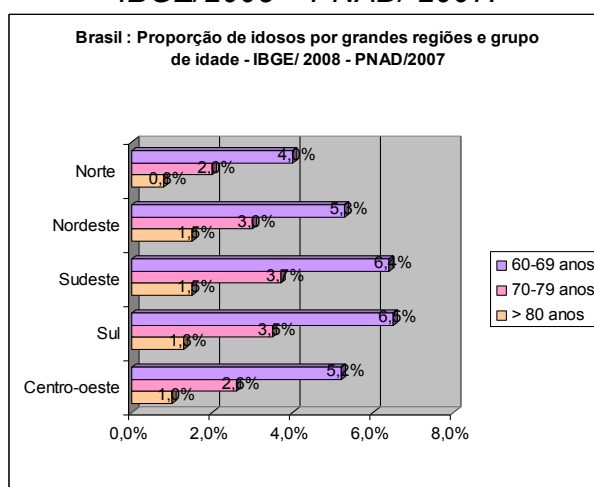
de que sofremos não decorre, de que as causas objetivas de sofrimento tenham aumentado em número ou intensidade, ele atesta, não uma miséria econômica, mas uma alarmante miséria moral.

Sansano (1992, p. 36) descreveu que a morte suicida coincide com o cessar dos 03 sistemas fundamentais à vida: respiratório; circulatório e neurológico. O suicida que morre por enforcamento age na função respiratória, morrendo por asfixia e se ocorrer o estrangulamento, morre por lesão neurológica cervical. O suicida que morre por arma de fogo age na função cardiocirculatória, originando hemorragia e descontinuidade da função cerebral.

Durkheim (2000, p. 356) afirmou que cada povo tem seu tipo de morte preferido, e a ordem de suas preferências dificilmente muda. É até mais constante do que o número total de suicídios, e os acontecimentos que, às vezes, modificam passageiramente esse número nem sempre modificam a ordem. O mesmo autor (2000, p. 432) relatou que o suicídio é reprovado por transgredir o culto à pessoa humana no qual repousa toda a nossa moral, ele nos escandaliza pelo simples fato de violar o caráter sacrossanto que há em nós, e que devemos respeitar tanto em nós como nos outros. O sociólogo levantou a hipótese de que o suicídio não é concretizado por motivações de atos autodestrutivos; o contexto social é quem determina a motivação ao ato suicida.

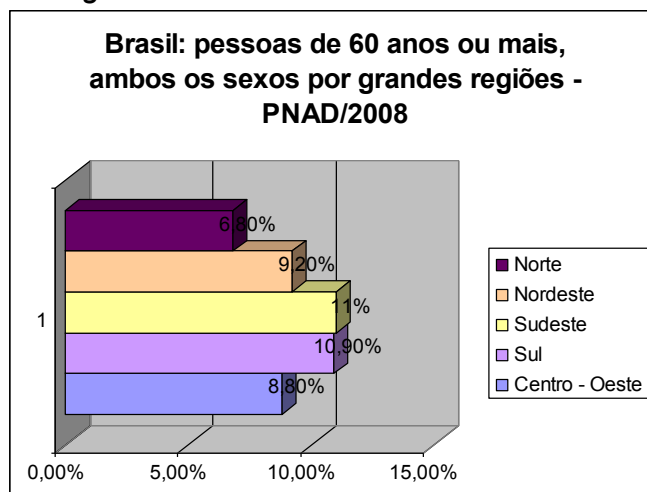
De acordo com IBGE/2008 – PNAD / 2007, a população com mais de 60 anos corresponde a cerca de 21 milhões dos brasileiros. De 1998 e 2008, a proporção de pessoas nesta faixa etária aumentou de 8,8% para 11,1%. Rio de Janeiro (14,9%) e Rio Grande do Sul (13,5%) são os Estados com maior percentual de idosos, o que podemos observar nos respectivos gráficos 1 e 2.

Gráfico 1- Brasil: Proporção de idosos por grandes regiões e grupos de idade – IBGE/2008 – PNAD/ 2007.



Fonte: IBGE/2008 – PNAD/ 2007

Gráfico 2-Brasil: pessoas de 60 anos ou mais, ambos sexos por grandes regiões - IBGE/2008 – PNAD/ 2007.



Fonte: IBGE/2008 – PNAD/ 2007.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006, p.9) os dados evidenciam que para determinadas faixas etárias e regiões do país as taxas de suicídio já podem ser consideradas moderadas e elevadas. O Rio Grande do Sul possui os índices mais altos: 11 para cada grupo de 100 mil habitantes. É o que demonstra a tabela 1 abaixo:

Tabela 1- Taxas de suicídio, por faixa etária, por regiões brasileiras no ano de 2004.

Idade	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80+	Total
Brasil	0,56	3,38	6,14	6,41	7,18	7,55	7,00	8,14	4,84	4,46
Norte	0,76	3,91	6,13	4,7	4,42	5,30	4,44	7,69	4,31	3,17
Nordeste	0,41	2,75	4,64	5,53	6,01	5,60	5,14	5,10	5,46	3,30
Sudeste	0,35	2,49	5,35	5,49	5,81	6,63	5,40	6,58	5,12	3,89
Sul	0,84	5,56	9,94	10,78	12,96	13,51	13,42	16,84	21,46	8,16
Centro-Oeste	1,58	6,31	9,00	7,88	9,39	8,50	12,62	12,92	12,61	6,25

Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006

A depressão talvez seja o exemplo mais comum de uma doença com apresentação clínica inespecífica e atípica na população geriátrica. Vários fatores biológicos, psicológicos e sociais predisõem os indivíduos idosos à depressão. Dentre os quais destacamos as perdas físicas, de memória, de funções executivas, do emprego, do padrão de renda, de suportes sociais e

reduções sensoriais profundas, que podem levar o indivíduo idoso à privação e depressão evidentes (Kane, Ouslander e Abrass, 2004, p. 138).

De acordo com Pires et al (2009, p.23) mesmo diante do crescente envelhecimento da população, o suicídio em idosos não tem recebido a mesma atenção que outros grupos etários. Para melhor compreensão e prevenção do problema, os estudos nessa população deveriam ter um papel prioritário, o que proporcionaria melhores oportunidades e eficiência para intervenção e prevenção desse comportamento.

Luft (2006, p. 27) afirmou que as ferramentas para executarmos a tarefa de viver podem ser precárias. Isso quer dizer: algumas pessoas nascem mais frágeis que outras.

As palavras de Joaquim Nabuco (apud Almeida, 1990, p.11) dizem respeito às muitas pessoas que ainda jovens desistem de viver para apenas arrastarem até a velhice, uma existência vazia, trazem-me à memória o que alguém disse que deveria ser escrito no epitáfio de alguns mortos: “morto aos trinta enterrado aos setenta”. Joaquim Nabuco se referiu aos suicídios parciais, quando destruímos as melhores partes de nós mesmos e não necessariamente a interrupção da vida biológica.

Hillman (2009, p.24) refletiu que é na vida que surge o suicídio e, contrariamente às crenças populares, há maior probabilidade de o suicídio ocorrer no lar do que no hospício. Ele acontece com as pessoas famosas sobre quem lemos, perto de nós na família, não é uma síndrome nem sintoma. Somente quando o sentimento é distorcido, ele pode tomar forma de uma síndrome psicótica e, nesse caso, é que o suicídio torna-se um risco e deve-se, urgentemente, procurar um psiquiatra. O suicídio é o problema mais alarmante da vida. É uma das possibilidades humanas, onde a morte pode ser escolhida.

Durkheim (2000, p.14), afirmou que o suicídio é o paradigma de nossa independência de todo mundo.

Luft (2006, p.133) discorreu em seu livro: “Perdas e Ganhos” um questionamento muito persistente:

Ter 80 anos ou mais será realmente uma condenação ou o coroamento de uma vida. Verdade que para haver um “coroamento” é preciso uma estrutura razoável para ser “coroadado”. Generosa de conquistas e perdas, mas igualmente de elaboração e acúmulo. Vivida com gosto e dor, com afetos bons e outros menos bons.[...] nem sempre o velho fica isolado porque os filhos são ingratos. Muitas vezes ele é quem afasta os demais. O velho sempre bonzinho é um mito, a velhinha doce pode ser comum nos livros de história, mas na realidade é muito diferente. O velho pode ser um algoz, exercendo sobre a família a famosa tirania do mais fraco, da criança mimada.

Algumas pessoas não conseguem se desvencilhar do passado, e da aparência, algumas pessoas não aceitam a sua velhice.

Por que o suicídio em idosos?

Pesquisas de Pires et al. (2009, p. 23) revelam que a tentativa de suicídio em idosos, tende a ser mais eficaz do que em adultos e adolescentes, o que pode estar associado a uma menor probabilidade de socorro, diante do isolamento social. Identificar pacientes com comportamento suicida é tarefa difícil, haja vista que vários fatores clínicos podem correlacionar, ou apenas estar associado, ao risco de suicídio.

Pires et al (2009, p. 24) notou em sua revisão de artigos científicos sobre os fatores de risco para tentativa de suicídio como: a verbalização do desejo de morte, a doação de bens, acumulação de medicamentos, falta de cuidados com a higiene, desinteresse em se alimentar e bem estar diminuído, pedido de internação voluntária entre outros.

Em participação decrescente nos casos de suicídio:

Transtornos Mentais: Transtornos do humor (ex: depressão); Transtornos mentais e do comportamento decorrentes do uso de substâncias psicoativas (ex: alcoolismo); Transtornos de personalidade; Esquizofrenia; Transtornos de ansiedade; Comorbidade potencializa riscos (ex: alcoolismo + depressão.)

Sociodemográficos: Sexo masculino; faixas etárias entre 15 e 35 anos e acima de 75 anos; Extratos econômicos extremos; Residentes em áreas urbanas; Desempregados (principalmente quando há perda recente do emprego); Aposentados; Isolamento social; Solteiros e separados; Migrantes.

Psicológicos: Perdas recentes; perdas de figuras parentais na infância; Dinâmica familiar conturbada; Datas importantes; Reações de aniversário; Personalidade com traços significativos de impulsividade, agressividade, humor lábil.

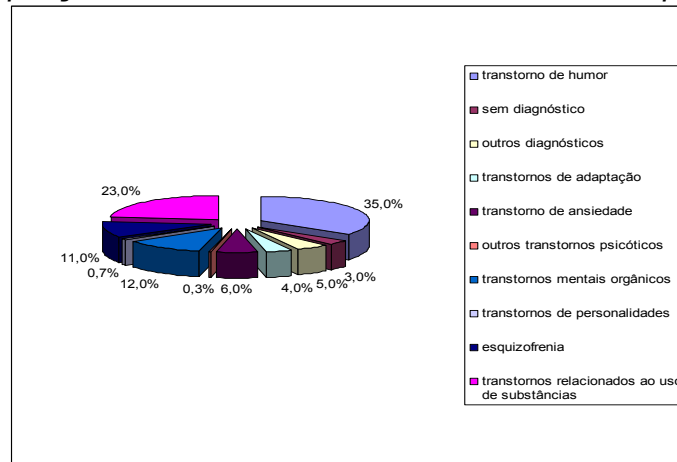
Condições Clínicas Incapacitantes: Doenças orgânicas incapacitantes; Dor crônica; Lesões desfigurantes perenes; Epilepsia; Trauma medular; Neoplasias malignas; AIDS.

Etnia: De uma forma geral, os artigos pesquisados referem que a raça branca é a mais preditora do fator de risco para tentativa de suicídio em idosos que em outras raças (Pires et al, 2009).

Estado Civil: Não ser casado, ser viúvo, divorciado ou nunca ter estabelecido um relacionamento marital configura fator de vulnerabilidade para o comportamento suicida (Pires et al, 2009).

Elementos Facilitadores; A disponibilidade de benzodiazepínicos, antidepressivos, barbitúricos e antipsicóticos é ressaltada como fator de risco para a tentativa de suicídio na população estudada (Pires et al, 2009).

Gráfico 3: compilação de 15.629 casos de suicídio realizada pela OMS, 2004.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS, 2006.

Fragilidade social na velhice

A sociedade é o conjunto de pessoas que compartilham propósitos, gostos, preocupações e costumes, e que interagem entre si constituindo uma comunidade. Nossa sociedade está imbricada em torno da idade que carregamos, idades estas que precisam seguir alguns papéis sociais ou categorias sociais, é o que nos faz sermos socialmente velhos, adultos, adolescentes, ou crianças.

O sociólogo francês Robert Castel (1998), ao revisar historicamente os termos utilizados na maioria das sociedades ocidentais para designar a pessoa em idade avançada, encontra, por exemplo, o uso de "velho" ou "velhote", na França, a partir do século XIX, para identificar indivíduos que não possuíam bens ou eram indigentes, enquanto o termo "idoso" era reservado para aqueles que tinham certa posição social, administravam bens e desfrutavam de respeito social. Note que aí está um dos fundamentos sobre os quais se alicerçaram a estigmatização da condição de velho no interior das organizações sociais contemporâneas: - uma nomeação diferente, dentro do mesmo grupo etário, para posições sociais diferentes. O modelo capitalista contribuiu muito para que a velhice (uma condição existencial humana) seja, marcada pela marginalização social. Beauvoir no livro: "A velhice", escrito no ano de 1970 e reeditado em 1990, escreveu:

“A sociedade impõe à imensa maioria dos velhos um nível de vida tão miserável que a expressão ‘velho e pobre’ constitui quase um pleonasmo [...] O fato de que um homem nos últimos anos de sua vida não seja mais que um marginalizado evidencia o fracasso de nossa

civilização: esta evidência nos deixaria engasgados se considerássemos velhos como homens, com uma vida atrás de si, e não como cadáveres ambulantes”. (p. 13)

A longevidade pode ser explicada, segundo os demógrafos, pelos avanços na saúde pública e saneamento básico, o surgimento da previdência social, e à regulamentação do trabalho nas principais regiões do Brasil, a partir dos anos 30. Esses fatores institucionais, juntamente com os avanços da indústria químico-farmacêutica, concorreram para o controle e a redução de várias doenças, principalmente as infectocontagiosas e pulmonares, que até então tinham forte incidência na sociedade brasileira e respondiam por altos níveis de mortalidade.

A velocidade de ocorrência da transformação social tem servido de alerta para a necessidade de reconhecer que sem um planejamento estratégico, para enfrentar os desafios impostos pela nova estrutura etária emergente, de fato, uma conquista pode se tornar um problema social.

Na importante análise que realizou a respeito da condição do idoso no Brasil no fim do século XX, Chaimowics (1997 p. 188) atentou para o fato de que “viver mais” aqui era fenômeno marcado pela desigualdade socioeconômica e geográfica. O pesquisador fez ver que o aumento da expectativa de vida na região sudeste, entre 1940 e 1984, superava em 10 anos o registro da região nordeste, no mesmo período e, também, os grupos mais pobres da região nordeste (com renda até 1 salário mínimo) apresentavam um índice similar ao do estado do Rio Grande do Sul (52 anos) em 1930.

Vale registrar que passados mais de 20 anos, a expressão de diferença entre essas regiões não se modificou substancialmente. É o que se lê no documento publicado pelo IBGE (2009): “os desníveis regionais, embora tenham diminuído de intensidade, ainda persistem”. A diferença absoluta entre os valores das esperanças de vida entre o Distrito Federal e Alagoas, em 1998, era de 9,7 anos, enquanto que, em 2008, decresceu para 8,4 anos.

Discussão

Convidamos que o leitor reflita sobre algumas questões essenciais na temática - suicídio e velhice: Pertenceriam os idosos uma categoria socialmente excluída e por isso a correlação com o suicídio? Seria por serem idosos em virtude da fragilidade social e do baixo nível de renda que os atingiram a vida toda?

É sabido que o impacto do suicídio na sociedade ainda é um tabu: será que esses idosos quando jovens já tiveram ideação ou tentativas suicidas? Será que o número de idosos suicidas, com ou sem a presença de doença mental, foram sempre excluídos ou fragilizados socialmente? Será que esses idosos foram atravessados por perdas, não elaboração do luto, e depressão não diagnosticada devido à dificuldades de recursos de saúde?

Não podemos negar que a velhice é uma condição humana para quem está vivo, desafiando nosso sistema social em alguns de seus pilares. Os velhos nos mostram que grande parte da fragilidade da velhice não é imposta pelo corpo com limitações ou dependências, mas por valores e práticas sociais pouco sensíveis à diversidade, uma relação complexa entre corpo e sociedade.

Desde a revolução industrial, o rápido aumento da população com mais de 60 anos, virou um “problema social”, onde a incapacidade funcional para o trabalho conduziu à solidão, exclusão, desengajamento e declínio, devido as consequências econômicas das empresas e do estado. As exclusões são de uma forma geral, dificuldades ou problemas sociais que levam ao isolamento, e até à discriminação de um determinado grupo. O termo exclusão social teve origem na França e relacionado, especificamente, às pessoas ou grupos desfavorecidos.

Considerações finais

Diante da nova representação da sociedade brasileira, observamos que ela não está preparada para a mudança no perfil populacional, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução. Gostaríamos de considerar que a fragilidade nessa faixa etária não é somente resultado de limitações ou dependências instauradas pela condição física e fisiológica, mas, também, por valores e práticas sociais pouco sensíveis à diversidade.

Foram citados os fatores de risco para o fator suicida em idosos, como: depressão, tentativas de suicídio anterior, dependência, isolamento social, doença mental. As estatísticas apontam a necessidade de focar políticas públicas voltadas ao suicídio e a face da fragilidade social na velhice. Averiguamos que pouco se produz sobre os temas no Brasil. Sugerimos a produção de estudos sobre a temática para que seja possível a diminuição dessa ocorrência.

Para o idoso deprimido viver passa a ser desamparador. O idoso melancólico está sempre rodeado de sensações de medo e desamparo. Viver em um estado melancólico faz com que o indivíduo se feche às possibilidades do mundo, passando a pautar-se em desesperança, e que na impossibilidade de direcionar sua libido a um objeto, volta-a para si, fantasiando pensamentos autodestrutivos, podendo chegar ao suicídio.

Ressaltamos a importância do contato social, cultivo de amizades e relacionamento. O suicídio pode ocorrer com qualquer família, em qualquer grupo social. Na faixa etária de idosos o grupo acima de 70 anos é o que mais se envolve com pensamentos, ideação e suicídios. A falta de significado existencial pode mexer muito com o equilíbrio emocional no fim da vida. Sugerimos a reflexão sobre os sentimentos que ressignificam a vida, inerentes à idade. Sugerimos uma reflexão sobre a complexa relação da velhice na sociedade.

Referências

- ALVES, L. “Faz algum sentido?”. *Revista Vida Simples*. São Paulo, Edição 96, Setembro. P.20-27, 2010.
- BEAUVOIR, S. *A Velhice*. Editora Nova Fronteira: Rio de Janeiro. 1970/1990.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia Nacional de Prevenção de Suicídio: *Manual dirigido à profissionais das equipes de saúde mental*. Organização Pan Americana da saúde (OPAS). Campinas: Unicamp, 2006. 74p.
- CASTEL, Robert. *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis, Vozes, 1998.
- CHAIMOWICZ, F.; “A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas”. *Revista de Saúde Pública* 31(2):184-200. 1997.
- DURKHEIM E.; *O Suicídio: Estudo de sociologia*. (1858). São Paulo: Martins Fontes, 2000.513 p.
- EDLER S.; *Luto e melancolia: A sombra do espetáculo*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2008.
- EZZEL, C.; “Por que ???”. *Revista Scientific American. Edição especial*. Duetto Editorial, n.40, Brasil, p. 78- 82, 2010.
- FALEIROS, Vicente de Paula. “Desafios do Serviço Social na era da globalização”. *Revista Serviço Social e Sociedade* nº 61. São Paulo: Cortez, 1999. p.153-186.
- HILLMAN, J.; *Suicídio e alma*, 3ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009, 223p.
- IBGE/PNAD – Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, In Estudos e Pesquisas, Informações Demográficas e Sócio-Econômicas, nº 26. IBGE: Rio de Janeiro. 2008.
- IBGE/PND – Dinâmica Demográfica e a mortalidade no Brasil no período 1998-2008. IBGE: Rio de Janeiro. 2008
- INÁCIO, T.; “Futuro Interrompido”. *Revista Mais Destaque*. Ano 6. n.28.Setembro/Outubro, 2009. p. 20-21,
- KANE, R.L.; OUSLANDER, J.G.; ABRASS, I.B. *Geriatría clínica*. 5ª ed. Rio de Janeiro: McGraw- Hill Interamericana do Brasil, 2004. 505p.
- KOVÁCS, M. J. *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.
- LUFT, L. *Perdas e ganhos*. 32ª Ed. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- MINAYO, M.C.S.; CAVALCANTE, F.G. “Suicídio entre pessoas idosas”. *Revista de Saúde Pública*. v.44, n.4, 2010. p. 750 – 757.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da área de saúde em atenção primária*. Genebra, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. The World Health Report: *Shaping The Future*. Genebra, 2003.

PIRES, M.C.; KURTINAITIS, L.C.L.; SANTOS, M.S.P.; PASSOS, M.P.; SOUGEY, E.B.; FILHO, O.C.B. "Fatores de risco para tentativa de suicídio em idosos". *Revista de Neurobiologia*, v.72, n.4, 2009. p.21-28

SASANO, R.; *El suicídio "buscando alternativas"*. Viladecavalls .Espanha: Editorial Clie, 1992.

SEVERINO, A.J. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª ed, São Paulo: Cortez Editora, 2007. 304p.

TEIXEIRA, J.B. *Suicídio no Idoso: Uma abordagem epidemiológica nos estados Brasileiros de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Rio Grande do Sul, período de 2000 a 2005*. Dissertação (Mestrado de Gerontologia), PUC Campus Monte Alegre, São Paulo. São Paulo, 2009.

Ana Elisa Sena Klein da Rosa - Fisioterapeuta, Mestranda em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). E-mail: anaelisasena@yahoo.com.br

Bianca Isis Segantin - Fonoaudióloga, Mestranda em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). E-mail: bianca_isis@yahoo.com.br

Ester Paes Klein da Rosa - Professora de Português, Inglês e Respectives Literaturas, Especialista em Língua Inglesa pelo UNASP, E.C. E-mail: ester.klein@unasp.edu.br

Fabiana Santos da Fonseca - Médica Geriatria. Mestranda em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). E-mail: fabiana_fonseca@hotmail.com

Úrsula Margarida Karsch - Assistente Social. Doutora em Saúde Pública. Docente do Programa de Estudos Pós Graduated em Gerontologia da PUC/SP. E-mail: ulakar@uol.com.br