



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

Suicídio em idosos na área judicial da Covilhã

Mariana Moreira Leão Figueira

Dissertação para obtenção do Grau Mestre em
Medicina
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Professor Doutor Duarte Nuno Vieira
Coorientador: Professor Doutor Francisco Manuel Corte-Real Gonçalves

Covilhã, maio de 2018

*“We've all got both light and dark inside us. What matters is the part we choose to act on.
That's who we really are.” J.K.Rowling*

Dedicatória

Aos meus pais, por todo o carinho, encorajamento e constante apoio. Por me deixarem seguir o meu caminho e me ajudarem a navegar por entre os meus erros e triunfos.

Devo-vos tudo.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Duarte Nuno Vieira por toda a disponibilidade e apoio demonstrados.

Ao Dr. Carlos Abreu e Sónia Simões do GML da Covilhã, pelas horas e toda a simpatia dispensadas.

Aos meus pais por nunca me deixarem desistir.

Aos meus avós pelo orgulho genuíno e encorajamento constante.

Aos meus amigos por se manterem sempre tão perto nesta longa jornada.

Resumo

O suicídio é atualmente considerado como um marcante problema de saúde.

Vários estudos têm demonstrado que a população idosa tem uma taxa elevada de suicídios comparativamente aos restantes grupos etários. Não existe um fator causal único para o suicídio nestes indivíduos, sendo a etiologia geralmente complexa e multifatorial.

Portugal seguindo a tendência expectável dos países desenvolvidos, tem no grupo etário de indivíduos maiores de 65 anos a percentagem mais significativa de suicídios.

Vários estudos referem que até dois terços dos indivíduos contactam o seu médico de família um mês antes de cometerem uma tentativa de suicídio criando uma oportunidade única para sinalizar estes indivíduos, permitindo o seu tratamento preventivo.

Este estudo tem como objetivo analisar a realidade dos suicídios, em idosos autopsiados no Gabinete Médico-Legal da Covilhã. Visou-se conhecer, nomeadamente, o método de suicídio, características (hora, local, mês), os perfis dos indivíduos (sexo, idade, estado civil, etc.), suscetível de proporcionar, assim, um melhor conhecimento das características gerais desta população específica.

Foi um estudo documental e retrospectivo, por revisão dos relatórios de autópsia relativos a suicídios em indivíduos com 65 ou mais anos autopsiados no GML da Covilhã no período entre 2006 e 2016. Os dados foram posteriormente tratados estatisticamente com análise descritiva e inferencial não paramétrica.

Em 522 autópsias realizadas no GML da Covilhã durante o período de tempo do estudo, 39 foram registadas como suicídios em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. O perfil do idoso suicida nesta região é maioritariamente homem, com idade média de setenta e cinco anos de idade, na maioria das vezes casado e que geralmente concretiza este ato em casa, mais comumente através de enforcamento, frequentemente nos meses de abril, novembro e fevereiro. A facilidade de acesso parece ser importante para a escolha dos meios de suicídio.

A informação recolhida pode ajudar a criar um “perfil” que, em conjunto com a melhoria dos registos de autópsia, ajude a detetar os idosos que se encontram potencialmente nesta situação e a melhorar os planos de prevenção na região.

Palavras-Chave

Suicídio; Idosos; Covilhã

Abstract

Suicide is currently considered a major health problem.

Several studies have shown that the elderly population has a high suicide rate compared to the remaining age groups. There is no single causal factor for suicide in these individuals, and the etiology is usually complex and multifactorial.

Portugal, following the expected tendency of developed countries, has the most significant percentage of suicides in the age group of individuals over 65 years of age. Several studies report that up to two-thirds of individuals contact their family doctor one month before committing suicide, creating a unique opportunity to signal these individuals, allowing their preventive treatment.

This study aims to analyse the reality of suicides in elderly autopsied in the Medical-Legal Office of Covilhã. The purpose was to know the suicide method, characteristics (time, place, month), the profiles of the individuals (gender, age, marital status, etc.), so as to provide a better knowledge of the general characteristics of this population.

It was a retrospective and documentary study, by review of the autopsy reports, on suicides in individuals aged 65 years and older autopsied in the Covilhã GML in the period between 2006 and 2016. The data were later treated statistically with descriptive and nonparametric inferential analysis.

In 522 autopsies performed at the Covilhã Medical-Legal Office during the time period of the study, 39 were recorded as suicides in individuals aged 65 years or over. The profile of the suicidal elderly in this region is mostly male, with an average age of seventy-five years, most often married and usually performing this act at home, most commonly through hanging, often in the months of April, November and February. Ease of access seems to be important for the choice of means of suicide.

The information collected can help to create a "profile" that, together with improved autopsy records, helps to detect the elderly potentially in this situation and to improve prevention plans in the region.

Key-Words

Suicide; Elderly; Covilhã.

Índice

Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	v
Palavras-Chave	v
Abstract.....	vi
Key-Words	vi
Lista de figuras	viii
Lista de tabelas	ix
Lista de Acrónimos.....	x
Introdução.....	1
Objetivo do Estudo	2
Materiais e Métodos	3
Tipo de estudo e critérios de inclusão	3
Procedimento.....	3
Tratamento estatístico dos dados	3
Resultados.....	4
Discussão	18
Conclusão e perspectivas futuras	21
Referências Bibliográficas	22
Anexos	24
Anexo 1-Teste Kolmogorov-Smirnov	24
Anexo 2-Parecer do INMLCF.....	25

Lista de figuras

Figura 1: Distribuição dos suicídios em idosos e na população geral autopsiados no GML da Covilhã entre os anos de 2006 e 2016	4
Figura 2: Distribuição percentual por sexo dos idosos que cometeram suicídio.	5
Figura 3: Distribuição por idades dos indivíduos em estudo	6
Figura 4: Distribuição da idade em classes dos indivíduos idosos em estudo em função do género	7
Figura 5: Distribuição percentual do método de suicídio usado pela população em estudo	8
Figura 6: Distribuição do método de suicídio em função do sexo	9
Figura 7: Distribuição percentual por estado civil da população em estudo	13
Figura 8 Distribuição percentual do concelho de residência dos indivíduos em estudo	14
Figura 9 Distribuição percentual do local de óbito dos indivíduos em estudo	14
Figura 10: Distribuição percentual por mês do óbito dos indivíduos em estudo	15
Figura 11: Distribuição percentual dos suicídios por estações do ano	16
Figura 12: Distribuição percentual dos suicídios ao longo do dia	16

Lista de tabelas

Tabela 1: Estudo descritivo da idade dos indivíduos idosos que cometeram suicídio	6
Tabela 2: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sexo e idade	7
Tabela 3: Testes exato de Fisher e V. de Cramer para a relação entre o sexo e o método suicídio	9
Tabela 4: Estudo descritivo das requisições toxicológicas	10
Tabela 5: Características das requisições pedidas nas autópsias da população em estudo	10
Tabela 6: Teste exato de Fisher e V. de Cramer para a relação entre o sexo e a taxa de alcoémia	11
Tabela 7: Teste exato de Fisher para a relação entre o sexo e a prescrição de medicamentos	12
Tabela 8: Teste exacto de Fisher para a relação entre o sexo e a análise para pesticidas	12
Tabela 9: Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov	24

Lista de Acrónimos

OMS- Organização Mundial de Saúde

GML- Gabinete Médico Legal

TAS Taxa Álcool no Sangue

INMLCF- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses

Introdução

O suicídio em indivíduos idosos constitui uma problemática que, pelos seus contornos particulares e face ao substancial crescimento deste setor populacional, vem assumindo um papel cada vez mais relevante. Apesar disso, continua a ser menor alvo de estudos e de estratégias preventivas quando comparado com os suicídios em indivíduos mais jovens (1)(2).

Segundo a OMS, o suicídio representou 1,4% de todas as mortes em 2015, tornando-o a 17ª causa de morte mais relevante mundialmente, sendo atualmente considerado como um marcante problema de saúde pública (3).

Vários estudos têm demonstrado que a população idosa tem uma taxa elevada de suicídios comparativamente aos restantes grupos etários, apresentando ainda um risco mais elevado de comportamentos suicidas repetitivos associada a uma menor probabilidade de reportar pensamentos suicidas e pensamentos depressivos (4) (5).

Estas tentativas de suicídio são mais intencionais e mais letais, recorrendo frequentemente a mais do que um método em combinação, aumentando a probabilidade de um desfecho fatal (4)(6).

Sabe-se que não existe um fator causal único para o suicídio nestes indivíduos, sendo a etiologia geralmente complexa e multifatorial (3)(7). Múltiplos artigos referem a depressão major e as perturbações afetivas como um dos fatores mais importantes(4)(7)(8), sendo também referida a importância da doença física, das tentativas de suicídio prévias, das multimorbilidades e da fragilidade, como fatores influentes (1)(3)(4).

No panorama nacional, a população portuguesa de forma semelhante ao resto da população ocidental, face ao aumento da esperança média de vida está a tornar-se cada vez mais envelhecida, com um aumento significativo do número de idosos. Segundo os últimos números disponíveis no Instituto Nacional de Estatística (que remontam a 2011), 19,0% da população residente em Portugal tem 65 ou mais anos (9).

A análise estatística dos suicídios no nosso país esta dificultada pelo elevado número de casos com causa de morte indeterminada, sendo dos países Europeus com mais elevada percentagem destes casos.(10)(11) Ainda assim, e seguindo a tendência expectável dos países desenvolvidos, Portugal tem no grupo etário de indivíduos maiores de 65 anos a percentagem mais significativa de suicídios.(12)

Vários estudos referem que até dois terços dos indivíduos contactam com o seu médico de família um mês antes de cometerem uma tentativa de suicídio e até metade fazem-no uma semana antes da tentativa(13)(14)(15), criando uma oportunidade única para, ao reconhecer as características desta população específica, sinalizar estes indivíduos, analisando quer fatores de risco, quer possíveis fatores protetores, permitindo uma abordagem preventiva, protegendo melhor este aglomerado populacional.

Objetivo do Estudo

Este estudo teve por objetivo conhecer a realidade das mortes violentas, especificamente suicídios, em idosos autopsiados no Gabinete Médico-Legal da Covilhã, entre 2006 e 2016, a partir de um estudo retrospectivo documental. Visou-se conhecer, nomeadamente, o método de suicídio, características (hora, local, mês), os perfis dos indivíduos (sexo, idade, estado civil, etc.), suscetível de proporcionar, assim, um melhor conhecimento das características gerais desta população específica.

Materiais e Métodos

Tipo de estudo e critérios de inclusão

Este foi um estudo documental e retrospectivo. No total este estudo inclui 39 indivíduos cuja seleção se baseou na seguinte premissa: Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, que cometeram suicídio, autopsiados no Gabinete Médico Legal da Covilhã entre os anos de 2006 e 2016.

Procedimento

Para iniciar o estudo foi pedida autorização ao INMLCF, a qual posteriormente foi enviada para o GML da Covilhã, para que fosse possível recolher os dados.

O levantamento dos processos e análise dos dados foram realizados entre Janeiro e Fevereiro de 2018 através do acesso aos relatórios de autópsia do GML da Covilhã. Mediante a análise dos relatórios foi possível apurar o ano e mês em que ocorreu a morte, características relacionadas com os indivíduos que cometeram suicídio (como o género, a idade e estado civil), características ambientais (como a estação do ano em que ocorreu o suicídio, local da morte/de descoberta do cadáver), o método de suicídio aplicado e a presença e resultados de exames complementares toxicológicos.

Tratamento estatístico dos dados

O tratamento estatístico dos dados recolhidos foi realizado recorrendo ao *software SPSS, Statistical Package for the Social Science - SPSS (versão 23.0)*. Foi feita a sua avaliação e interpretação através de métodos estatísticos descritivos e análise inferencial a partir dos testes não paramétricos de Teste de Mann-Whitney, Teste exato de Fisher e teste de V-Cramer. A utilização de testes não paramétricos foi decidida em função do teste de Kolmogorov-Smirnov (anexo 1). Definiu-se como estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Resultados

Entre os anos de 2006 e 2016, intervalo de tempo referente à investigação em causa, foram realizadas 522 autópsias no GML da Covilhã s. Destas, 110 foram registadas como suicídios, 39 dos quais foram cometidos por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos.

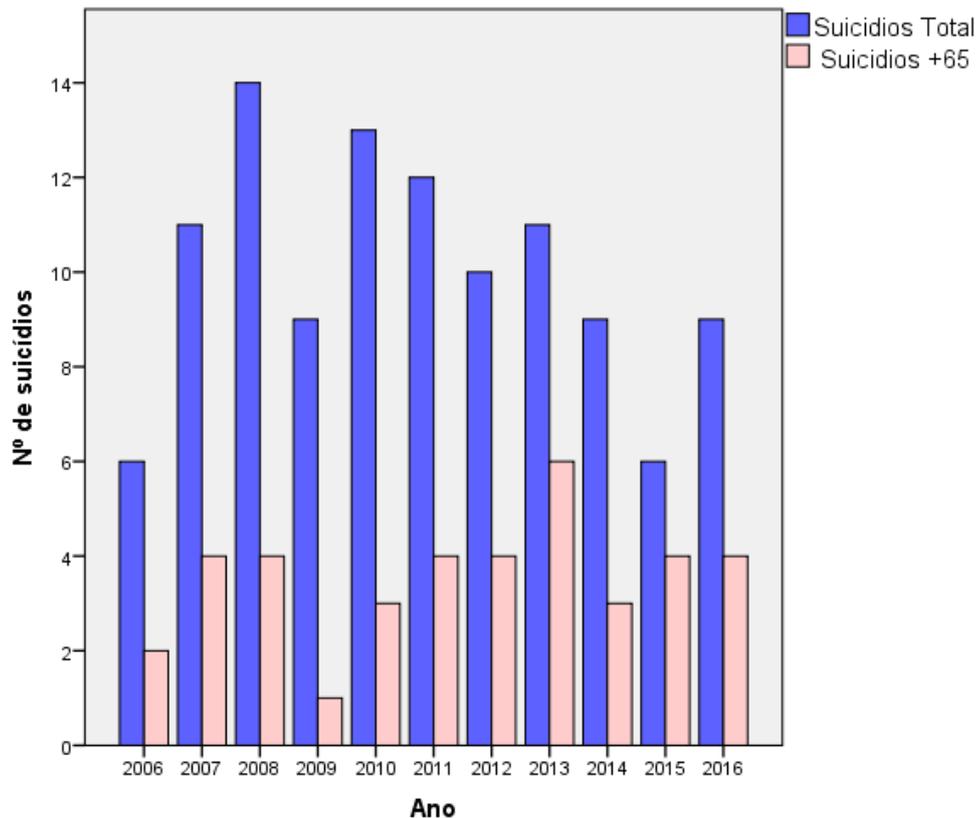


Figura 1: Distribuição dos suicídios em idosos e na população geral autopsiados no GML da Covilhã entre os anos de 2006 e 2016

No gráfico acima está apresentada a comparação entre o número total de suicídios e o número de suicídios em idosos para cada um dos anos de estudo. Em média 35,45% dos suicídios autopsiados pertencem a sujeitos idosos. Em 6 dos 10 anos estudados o número de autópsias de suicídios em idosos é de quatro.

Verifica-se que apesar de o maior número de suicídios ter ocorrido no ano de 2008 (com catorze casos), foi contudo em 2013 que se registou o maior número de casos de suicídios em idosos, com seis casos reportados. Foi ainda no ano de 2013 que se verificou uma maior proporção de suicídios em idosos comparativamente aos suicídios totais, com 54,54% das autópsias declaradas.

Os anos com menor incidência de suicídios no GML da Covilhã foram 2006 e 2015 com seis casos cada. Já em relação aos suicídios em idosos, foi no ano de 2009 que se registou um menor número, com apenas um caso.

Sexo

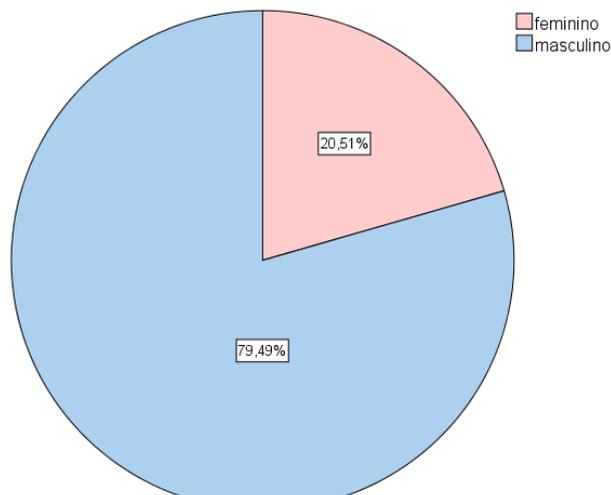


Figura 2: Distribuição percentual por sexo dos idosos que cometeram suicídio.

Analisando o número de suicídios por sexo pode concluir-se, como se observa na figura acima que nos indivíduos idosos que cometem suicídio, se verifica existir uma predominância de 79,49% do sexo masculino. O sexo feminino comporta apenas 20,51%.

Idade

A idade apresentada pelos indivíduos do estudo está demarcada entre os 65 anos (no seu valor mínimo) e os 85 anos (valor máximo) como notado na tabela e figura abaixo expostos.

A média de idades apresentada é de 74,97 anos e o desvio padrão é 6,90723.

Tabela 1: Estudo descritivo da idade dos indivíduos idosos que cometeram suicídio

	Nº	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	39	65	87	74,9744	6,90723

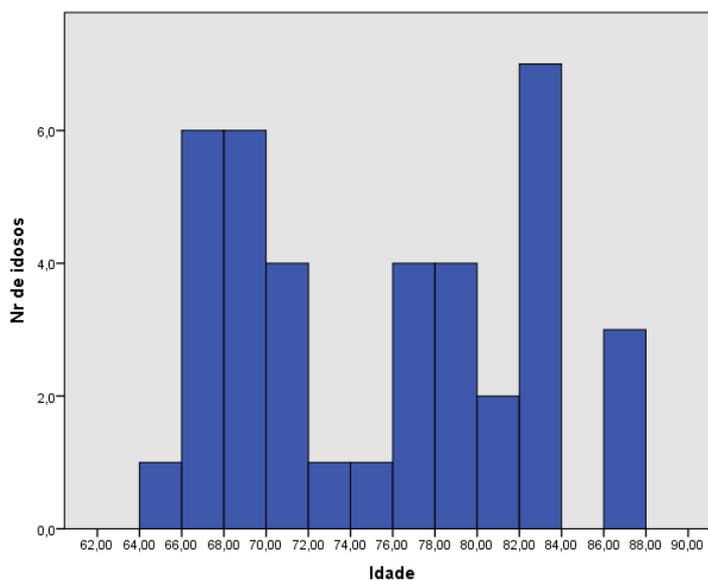


Figura 3: Distribuição por idades dos indivíduos em estudo

Pode ainda observar-se na figura acima que não se verificaram autópsias no grupo de idades compreendidas entre os 84 e os 86 anos e ainda, que as idades que mais prevalecem se situam entre os 82 e os 84 anos.

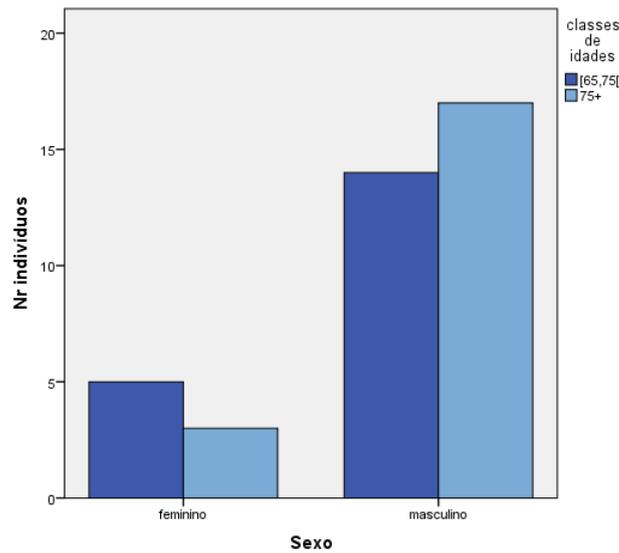


Figura 4: Distribuição da idade em classes dos indivíduos idosos em estudo em função do género

Para desenvolvimento da análise foi feito o agrupamento de idades em dois intervalos de 10 anos, considerando as idades acima dos 75 como um único intervalo de estudo em função do sexo. Esta opção foi tomada uma vez que os casos que estavam acima desta faixa etária eram insuficientes para criar um intervalo que permitisse uma leitura estatística apreciável.

Verificou-se, assim, que relativamente ao sexo feminino, existem mais sujeitos com idade entre os 65 e 74 anos que com 75 anos ou mais. Pelo contrário, no sexo masculino, a maioria dos indivíduos tem idade igual ou superior a 75 anos. Como se constata na figura apresentada acima (figura 4).

Tabela 2: Teste de Mann-Whitney entre as variáveis sexo e idade

	Média±desvio padrão	p-value
Feminino	72,5± 7,0102	0,261
Masculino	75,6129± 6,84922	0,285

Foi realizado o Teste de Mann-Whitney para a igualdade de médias entre o sexo e a idade (tabela 2), constatando-se que não existe associação estatisticamente significativa entre as variáveis (p.value=0,261/0,285>0,05).

Método de Suicídio

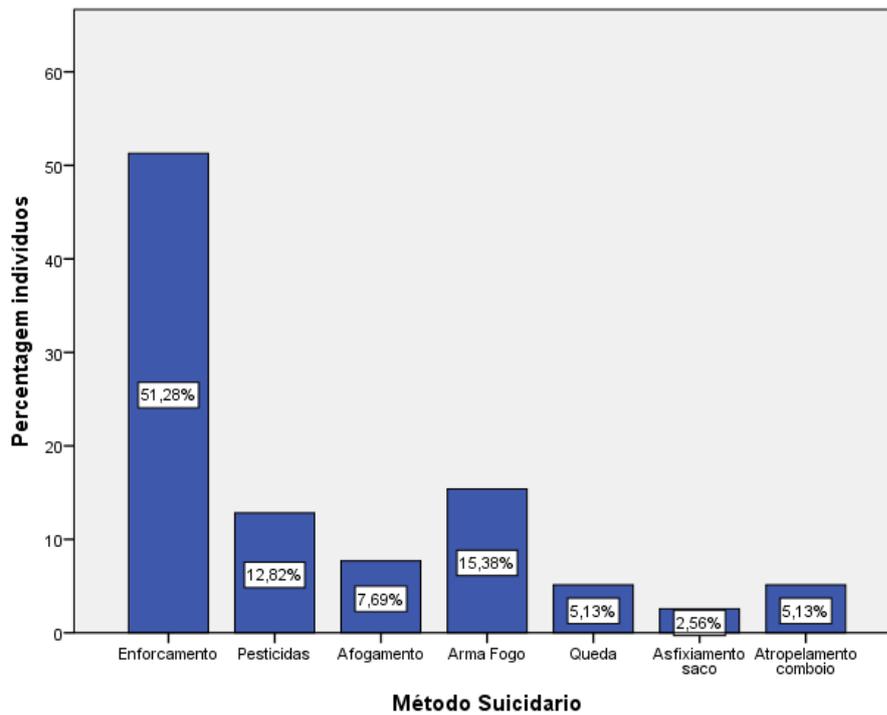


Figura 5: Distribuição percentual do método de suicídio usado pela população em estudo

Quanto ao método de suicídio, o enforcamento é manifestamente o meio mais utilizado, correspondendo a 51,28% dos casos. A predominância do enforcamento é tão marcante que, sendo o uso de arma de fogo o segundo método mais usado, correspondeu apenas a 15,38%.

A asfixia por sufocação (com uso de saco) foi o meio menos empregado, em apenas 2,56% dos casos.

Para enriquecer a observação foi analisado o modo de suicídio de acordo com o sexo, obtendo-se os resultados apresentados na figura abaixo.

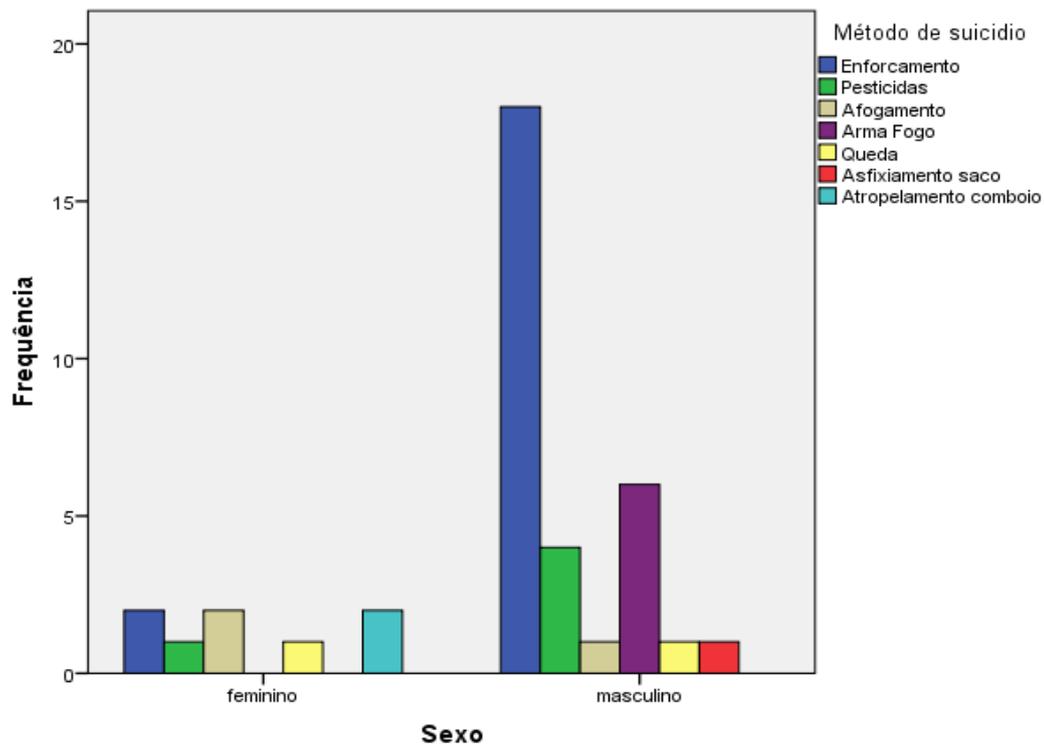


Figura 6: Distribuição do método de suicídio em função do sexo

O método de suicídio mais utilizado pelo sexo masculino foi o enforcamento ($n=18$), sendo que neste grupo não existe nenhum caso de trucidação por comboio.

No sexo feminino não se verificou nenhuma predominância, sendo igual o número de casos em que o método usado foi enforcamento, afogamento e trucidação por comboio ($n=2$). De notar ainda que, neste grupo não se declarou nenhum caso de suicídio por arma de fogo nem por asfixia mecânica com saco plástico.

Tabela 3: Testes exato de Fisher e V. de Cramer para a relação entre o sexo e o método de suicídio

		Método de suicídio							p-value	V Cramer	
		Enforcamento	Pesticidas	Afogamento	Arma Fogo	Queda	Asfixiamento saco	Atropelamento comboio			
Sexo	Feminino	Contagem	2	1	2	0	1	0	2	0,011 [#]	0,638
		% Em Sexo	25,00%	12,50%	25,00%	0,00%	12,50%	0,00%	25,00%		
	Masculino	Contagem	18	4	1	6	1	1	0		
		% Em Sexo	58,10%	12,90%	3,20%	19,40%	3,20%	3,20%	0,00%		

(#) Teste exato de Fisher

Foram usados os testes de Fisher e de V de Cramer para testar a significância da relação entre o sexo e o método de suicídio.

Existe entre estas variáveis uma associação estatisticamente significativa ($p=0,011 < 0,05$) e o grau de associação entre as duas variáveis é forte ($V=0,638 > 0,6$).

Estudos complementares toxicológicos

Tabela 4: Estudo descritivo das requisições toxicológicas

Requisição toxicológica		
Requisição	Frequência	Porcentagem
Realizada	28	71,8
Não Realizada	11	28,2
Total	39	100

Foram realizados exames complementares toxicológicos em 71,8% das autópsias analisadas.

Dos exames realizados, 25% correspondem a indivíduos do sexo feminino e 75% a indivíduos do sexo masculino. Cada requisição incluiu pedido para, pelo menos, uma substância das registadas na tabela número 5.

Tabela 5: Características das requisições pedidas nas autópsias da população em estudo

Substancia	Requisições	Resultados	Frequência
Alcool	27(69,2%)	TAS=0	24
		TAS≤0,5	2
		0,5<TAS≤0,8	0
		0,8<TAS≤1,2	0
		TAS>1,2	1
Medicação prescrita	13(33,33%)	Negativo	5
		Antidepressivos	6
		Benzodiazepinas	2
Pesticidas	7(17,9%)	Negativo	3
		Paraquato	2
		Organofosfatos	2
Drogas ilícitas	2(5,13%)	Negativo	2
		Opiáceos	0
		Canabinóides	0
		Cocaína e metabolitos	0
		Anfetaminas	0
		Metanfetaminas	0

Etanol

Dos casos analisados 69.2% incluíam um pedido de pesquisa de etanol. Decorrente da análise, 88.9% destes pedidos apresentaram uma TAS igual a 0g/L (negativa). Apenas 11,1% tiveram resultado positivo: 2 casos em que a taxa de alcoolémia no sangue era inferior a 0.5g/L e um em que a TAS era superior a 1.2g/L, sendo todos os resultados positivos referentes a indivíduos de sexo masculino.

Foram utilizados os testes de Fisher e de V de Cramer para testar a significância da relação entre o sexo e a taxa de alcoolémia (tabela 6). Entre estas variáveis não existe qualquer associação estatisticamente significativa ($p=1,00>0,05$).

Tabela 6: Teste exato de Fisher e V. de Cramer para a relação entre o sexo e a taxa de alcoolémia

			Análise etanol			P value
			Negativo	TAS<0.5	TAS>1.2	
Sexo	Feminino	Contagem	6	0	0	1,00 [#]
		% em Sexo	100,00%	0,00%	0,00%	
	Masculino	Contagem	18	2	1	
		% em Sexo	85,70%	9,50%	4,80%	

(#)Teste exato de Fisher

Medicamentos

Havia sido solicitada análise da presença de medicação em 33,3% dos casos estudados. Destes pedidos, 38,5%, foram feitos em vítimas do sexo feminino e 61,5% em homens. A análise foi negativa em 38,5% dos pedidos.

Relativamente aos resultados positivos o maior número de casos é relativo à presença de antidepressivos (46,2%) sendo a percentagem de casos positivos para benzodiazepinas de apenas 15,4%. Importante realçar que todos os resultados positivos se encontravam em doses terapêuticas. Para além disso, através da tabela 7 é ainda possível notar que existiram mais resultados positivos no sexo masculino para a presença de medicação, sendo que apenas nos homens aparecem resultados positivos para benzodiazepinas.

As mulheres, por sua vez, apresentaram mais resultados negativos (23,10%) que resultados positivos (15,4%) para medicação.

Segundo o teste exato de Fisher (tabela 7) não existe uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis ($pvalue=0,456>0,05$).

Tabela 7: Teste exato de Fisher para a relação entre o sexo e a prescrição de medicamentos

Medicação prescrita		Sexo		P value
		Feminino	Masculino	
Negativo	Contagem	3	2	0,456 [#]
	% do Total	23,10%	15,40%	
Antidepressivos	Contagem	2	4	
	% do Total	15,40%	30,80%	
Benzodiazepinas	Contagem	0	2	
	% do Total	0,00%	15,40%	

(#)Teste exato de Fisher

Pesticidas

Dos casos estudados 17,9% envolveram a realização de exames para pesquisa da presença de pesticidas. Os pedidos em mulheres representam 28,57% e em homens 71,4%. Destes pedidos 42,9% foram negativos.

Apenas os indivíduos do sexo masculino apresentam resultados positivos, não existindo predomínio de um tipo específico de pesticida, sendo os organofosfatos usados o mesmo número de vezes que o paraquato.

Observando a tabela 8, verifica-se que não existe relação entre as variáveis sexo e uso de pesticidas ($p= 0,238 > 0,05$)

Tabela 8: Teste exacto de Fisher para a relação entre o sexo e a análise para pesticidas

Sexo		Análise pesticidas			P value
		Negativo	Paraquato	Organofosfatos	
Feminino	Contagem	2	0	0	0,238 [#]
	% em Sexo	100,00%	0,00%	0,00%	
	% do Total	28,57%	0%	0%	
Masculino	Contagem	1	2	2	
	% em Sexo	20,00%	40,00%	40,00%	
	% do Total	14,29%	28,57%	28,57%	

#teste exato fisher

Drogas ilícitas

Os pedidos de análise para drogas ilícitas representaram o menor número de pedidos realizados, em apenas 5,1%. Estes pedidos foram feitos somente em indivíduos do sexo masculino e nenhum caso evidenciou resultados positivos.

Estado Civil

Relativamente ao estado civil e de acordo com o esquematizado na figura abaixo, a maioria dos idosos era casado, numa percentagem de 64,10. Os idosos viúvos perfazem o segundo maior grupo nesta variável com 20,51%.

Os grupos de indivíduos solteiros e divorciados tiveram distribuição igual, com uma percentagem de 5,13%.

É importante referir que, em 5,13% dos casos envolvidos neste estudo, não existia qualquer menção nos relatórios de autópsia relativamente ao estado civil dos sujeitos.

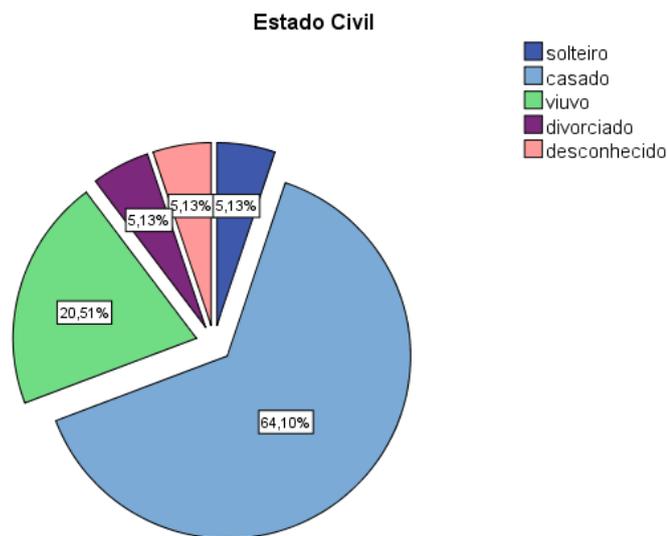


Figura 7: Distribuição percentual por estado civil da população em estudo

Concelho de Residência

A maioria dos indivíduos que cometeram suicídio residia no Concelho da Covilhã (41,03%). Os outros locais de residência eram o Fundão - 30,77% dos casos, seguido do Sabugal, com 20,51%, e Belmonte, com 7,69%, sendo este último o concelho de residência menos predominante.

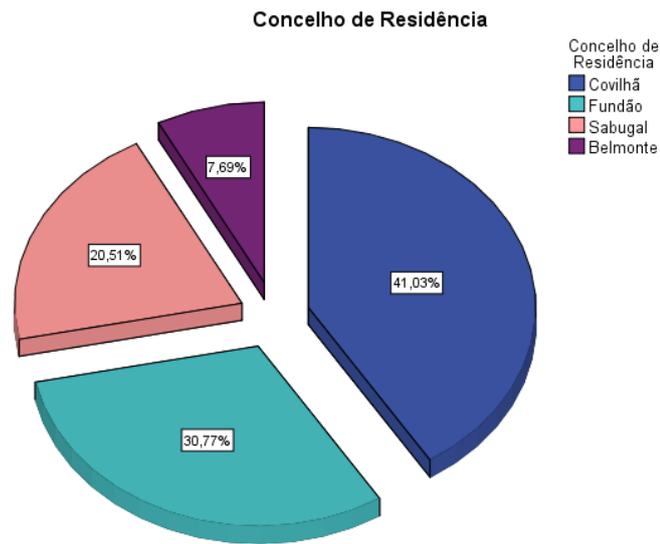


Figura 8 Distribuição percentual do concelho de residência dos indivíduos em estudo

Local do óbito

Quanto ao local onde foi registado o óbito, a maioria dos casos é descrito como tendo ocorrido no domicílio de residência, com uma percentagem de casos de 66,67%. O hospital foi o local de óbito em 12,82% dos casos.

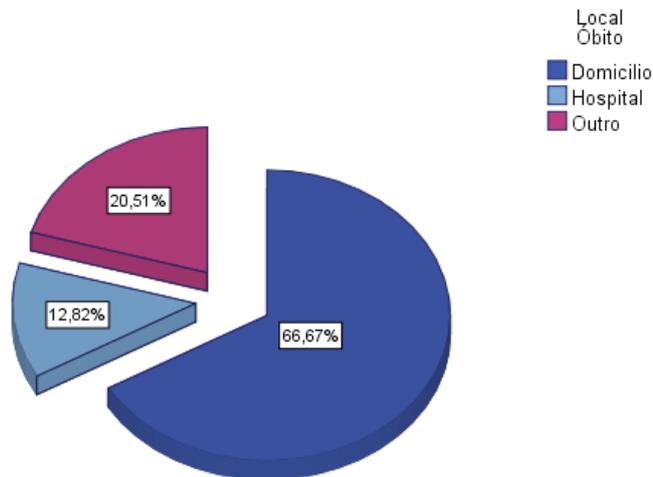


Figura 9 Distribuição percentual do local de óbito dos indivíduos em estudo

Os restantes locais de óbito foram agrupados num único sector da figura acima e incluem um caso em que óbito se deu na Barragem de Nossa Senhora da Graça, 4 casos em que o local do óbito era um terreno pertencente ao próprio e três casos em que o suicídio se concretizou na via pública.

Mês do óbito

Relativamente ao mês do óbito, pode-se observar na figura 10 que o mês de abril é o mês com maior número de casos de suicídio (15,38%). Surgem, seguidamente, fevereiro e novembro, ambos com 12,82%.

Durante o mês de outubro não foi registado nenhum caso, tornando-se por isso este o mês com menor prevalência.

Os meses de junho e julho seguem outubro como os meses em que se registaram menos casos com 5,13% cada.

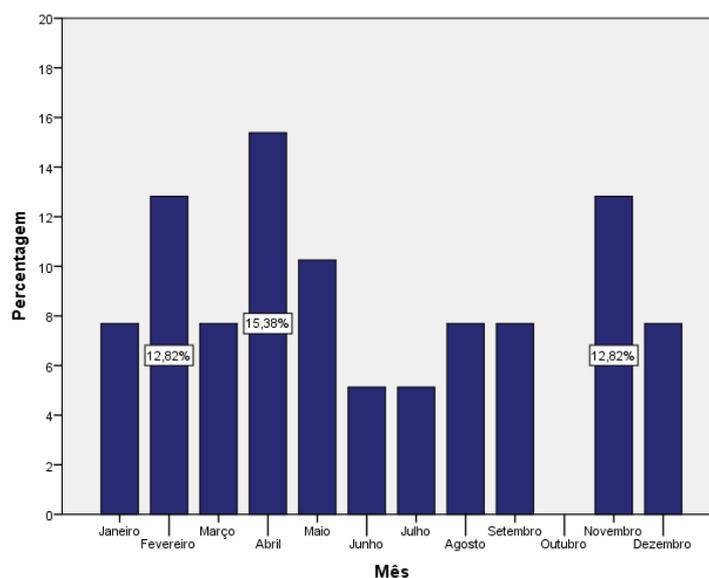


Figura 10: Distribuição percentual por mês do óbito dos indivíduos em estudo

Estação do Ano

Analisando a figura 11 pode-se inferir que a estação em que se verificaram mais suicídios em idosos foi no inverno, seguida da primavera, com 30,77% e 28,21% dos casos, respetivamente. O outono apresenta-se como a estação com menor número de casos (17,95%)

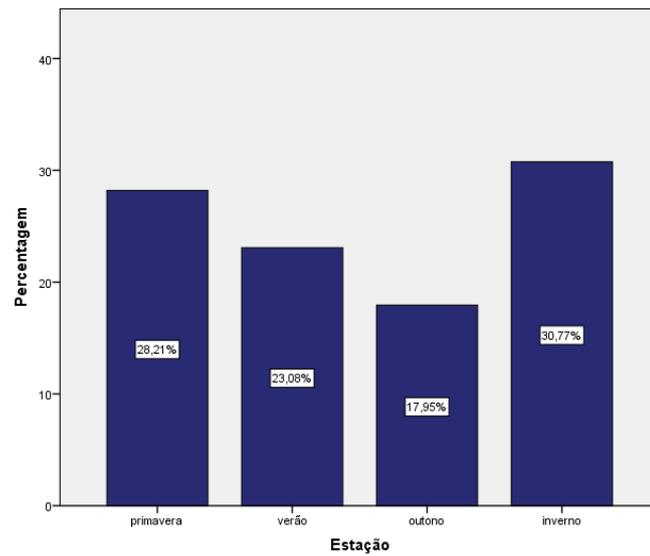


Figura 11: Distribuição percentual dos suicídios por estações do ano

Hora de Morte

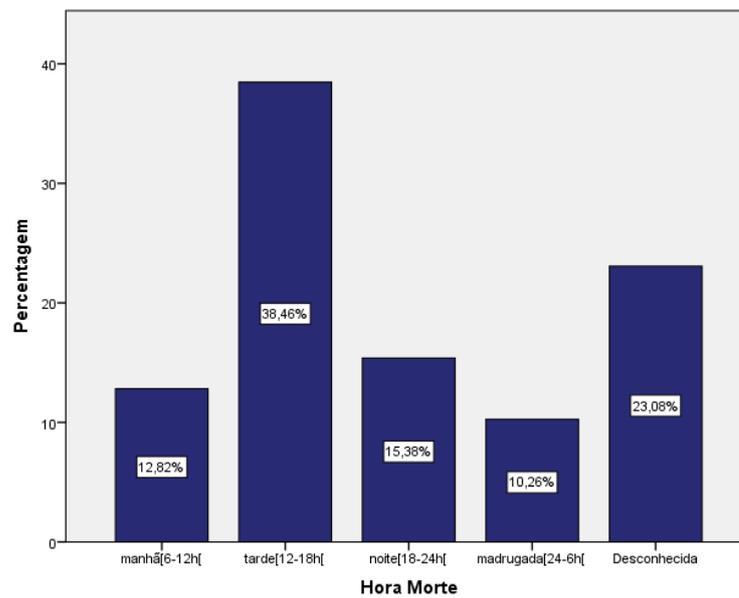


Figura 12: Distribuição percentual dos suicídios ao longo do dia

A recolha de dados relativos à hora da morte foi feita maioritariamente pelos relatórios de autópsia (61,54%). Em 15,38% dos casos, os dados de hora de morte foram recolhidos através do certificado de óbito sendo que nos 23,08% restantes não foi possível apurar a hora de morte.

A análise da hora de morte disponível revela que o intervalo com mais suicídios foi no período da tarde entre as 12:00 e as 17:59, com 38,46% dos casos, seguida do período da

noite, entre as 18:00 e as 23:59, com 15,38%. O menor número de suicídios ocorreu durante a madrugada, entre as 00.00 e as 5:59, com 10,26%.

Discussão

Ao longo dos anos que compõem este estudo foi observada uma ligeira variação nas taxas de suicídio em idosos, representando 11,11% (um caso) dos suicídios totais em 2009 e chegando a um máximo de 54,54% (6 casos) em 2010. Ainda assim, na maioria dos anos estudados, o número de suicídios em idosos está estabilizado em torno de 4 por ano, com uma média, nos dez anos de estudo, de 35,45%. Este valor é indicador de que a Covilhã não foge aos valores apresentados em diversos estudos, que rondam também estes um terço, confirmando que uma proporção substancial dos indivíduos que cometem suicídio são idosos(16)(17)(18).

A generalidade dos idosos no estudo era do sexo masculino, o que está em concordância com vários estudos europeus e portugueses (11)(19)(20)(21). Efetivamente, apesar de existir uma prevalência maior no número de tentativas por mulheres, os métodos aplicados pelos homens levam a que estas tenham um desfecho comumente mais letal (21). Existem ainda outros fatores que levam a que este número seja superior nos homens, como o maior isolamento e perda de vida social, o facto de serem mais afetados pela deterioração física e a sensação de perda do seu papel na sociedade (22).

Contrariamente a vários estudos existentes sobre suicídio que definem o casamento como elemento protetor (16)(17), os sujeitos casados compõem o estado civil mais prevalente neste estudo. Uma meta-análise de 2018 sobre o “*status*” marital e o suicídio refere que o possível efeito protetor não é observado em indivíduos idosos, possivelmente justificando os resultados obtidos neste estudo (23).

Relativamente ao método de suicídio, o enforcamento foi o método mais usado pelos homens e um dos mais usados pelas mulheres. Um estudo de 2008 sobre especificidade por género do método de suicídio nos países da “Aliança Europeia Contra a Depressão”, refere também o enforcamento como o método mais comum quer para homens quer para mulheres (21). Esta realidade pode deve-se quer à segurança do resultado definitivo quer à facilidade de acesso ao meio (17). Também coincidindo com outros estudos publicados nesta mesma área, o método mais frequentemente usado por mulheres foi o enforcamento(11).

Nas mulheres, a trucidação por comboio e o afogamento encontram-se neste estudo com as mesmas percentagens, que o enforcamento, o que provavelmente se deve ao facto de na Covilhã existir uma linha férrea ainda ativa e ser uma zona com uma grande vertente rural, na qual existe um fácil acesso a poços o que torna estes métodos mais facilmente acessíveis.

O envenenamento por pesticidas representa uma percentagem menor de casos nesta análise com 15,38%, sendo o terceiro método mais usado. O último estudo sobre suicídio na zona centro em Portugal, relativo aos anos de 2003 a 2009, refere que o uso de pesticidas em Portugal diminuiu bastante, deixando de ser o primeiro método de escolha nesta zona por toda a população, descendo para uma segunda posição. Este estudo refere, ainda, que esta mudança se pode dever à facilidade de acessos a outros meios comparativamente a aquisição de pesticidas que tem vindo a ser mais regulada (11).

Foram requisitadas análises toxicológicas na maioria dos suicídios (71,8%). Os casos de morte violenta compelem muitas vezes à requisição destas como exame complementar à autópsia para melhor clarificar o contexto do suicídio (11). A pesquisa de álcool foi a análise mais pedida, tendo proporcionado resultados positivos em apenas 11,1%. Este resultado é contraditório a vários estudos que referem a presença de álcool como uma característica proeminente em mortes por suicídio (11)(24)(25). A justificação pode dever-se, mais uma vez, à idade dos indivíduos em estudo, já que um estudo realizado na Suécia sobre achados toxicológicos no suicídio refere uma diminuição, quer da percentagem de resultados positivos para álcool, quer da média da TAS, em indivíduos a partir dos 55 anos (26) Os resultados toxicológicos para medicação prescrita (benzodiazepinas e antidepressivos) revelaram que 61,6% dos pedidos de análise a estas substâncias deram positivos, o que pode reforçar uma ligação entre suicídio e doenças mentais. (11)(26).

O domicílio é o local onde a maioria dos idosos passa mais tempo, quer pelo isolamento social, quer por restrições à movimentação, o que justifica o facto de a maioria dos idosos neste estudo se ter suicidado em casa.

A primavera é a estação mais problemática com o maior número de casos, 30,77%. A sazonalidade dos suicídios está documentada em vários estudos que consideram a primavera a estação com o maior pico de suicídios, principalmente em homens e sujeitos idosos (27)(28).

Existe neste estudo uma clara preponderância diurna, com o maior número de casos a ocorrer durante o período da tarde. Contrariamente aos resultados obtidos, vários estudos referem um pico matinal nos suicídios, principalmente em sujeitos idosos (27)(29). Esta variação pode dever-se ao facto de os registos periciais consultados se encontrarem incompletos, com mais de 20% dos relatórios a não mencionarem a hora de morte, sendo mais de 15% dos resultados obtidos através de certificado de óbito, que não assinalada com exatidão a hora de morte.

Existiram algumas limitações que devem ser apontadas. Apesar de a amostra ser estatisticamente significativa, envolve apenas 39 casos, o que pode dificultar quer a análise deste, quer possíveis inferências.

O número de casos pode ter sido limitado pelas dispensas de autópsia no GML da Covilhã, já que no intervalo de tempo estudado foram isentos de autópsia pelo tribunal, 100 casos, sendo

88 das dispensas em indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Essa decisão é assegurada na lei portuguesa, que permite a não realização de autópsia remetendo essa deliberação aos tribunais (11), podendo ainda estar também relacionado com o número de mortes indeterminadas em Portugal (11)(30).

Os relatórios de autópsia nem sempre possuem todos os dados que foram analisados neste estudo, já que dependendo dos casos, estes podem não estar disponíveis ou ser impossíveis de determinar. A análise das variáveis hora de morte e estado civil foi a mais afetada pelo não preenchimento total do relatório.

Conclusão e perspetivas futuras

O objetivo deste estudo era conhecer as características dos suicídios de idosos autopsiados na Covilhã e o perfil dos indivíduos que o cometem.

Concluiu-se que os idosos compõem uma fração substancial dos suicídios na região e que o idoso que se suicida nesta zona geográfica é mais frequentemente um homem, com uma idade média de setenta e cinco anos de idade, na maioria das vezes casado e que geralmente concretiza este ato em casa.

A facilidade de acesso parece ter um papel importante nos meios escolhidos pelos idosos, sendo que o meio de suicídio mais utilizado é o enforcamento, seguida pelo uso de arma de fogo.

Os registos periciais, e nomeadamente a informação constante dos relatórios de autópsia do Gabinete Médico-Legal e Forense da Covilhã, apresentam manifestas insuficiências que seria relevante corrigir, tendo em vista o desenvolvimento de futuros estudos neste e noutros âmbitos.

A informação recolhida pode contribuir para a criação de um “perfil” que, em conjunto com a melhoria dos registos de suicídio (estudos referem que as autópsias psicológicas ajudam a clarificar fatores que levam ao suicídio como por exemplo, doenças físicas, distúrbios psiquiátricos e solidão), ajude a detetar os indivíduos potencialmente nesta situação mais cedo e a melhorar os planos de prevenção na região.(5)(11).

Referências Bibliográficas

1. Sampaio D, Telles-Correia D. Suicídio nos mais velhos: Fundamental não esquecer! *Acta Med Port.* 2013;26(1):1-2.
2. De Leo D, Draper BM, Snowdon J, Kölves K. Suicides in older adults: A case-control psychological autopsy study in Australia. *J Psychiatr Res.* 2013;47(7):980-8.
3. Özer E, Gümüş B, Balandiz H, Kırıcı GS, Aydoğdu Hİ, Tetikçok R. Evaluation of geriatric suicides in Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2016;44:158-61.
4. Suominen, Kirsi; Isometsä, Erkki; Lönnqvist J. Elderly suicide attempts with depression are often diagnosed only after the attempt. *International J Geriatr Psychiatry.* 2004;19(September 2003):35-40.
5. Yang G, Sau C, Lai W, Cichon J, Li W. Issues in Research on Aging and Suicide. *Aging Ment Health.* 2016;(20):240-51.
6. Szanto K, Prigerson HG, Reynolds III CF. Suicide in the elderly. *Clin Neurosci Res.* 2001; 1(5):366-76.
7. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. In: *Biological Psychiatry.* 2002. p. 193-204.
8. Conwell Y, Rotenberg M, Caine ED. Completed suicide at age 50 and over. *J Am Geriatr Soc.* 1990;38(6):640-4.
9. Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 Resultados Definitivos [Internet]. Vol. 26, Censos 2011. 2012. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf
10. Chishti P, Stone DH, Corcoran P, Williamson E, Petridou E. Suicide mortality in the European Union. *Eur J Public Health.* 2003;13(2):108-14.
11. Dias D, Mendonça MC, Real FC, Vieira DN, Teixeira HM. Suicides in the Centre of Portugal: Seven years analysis. *Forensic Sci Int.* 2014;234(1):22-8.
12. Sociedade Portuguesa de Suicidologia [Internet]. [citada 2017 Dec 20]. Disponível em: <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>
13. Suominen KH, Isometsä ET, Ostamo AI, Lönnqvist JK. Health care contacts before and after attempted suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(2):89-94.
14. MORGAN HG, BURNS-COX CJ, POCOCK H, POTTLE S. Deliberate Self-Harm: Clinical and Socio-Economic Characteristics of 368 Patients. *Br J Psychiatry.* 1975;127(6):564-74.
15. Stenager EN, Jensen K. Attempted suicide and contact with the primary health authorities. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;90(2):109-13.
16. Paraschakis A, Douzenis A, Michopoulos I, Christodoulou C, Vassilopoulou K, Koutsaftis F, et al. Late onset suicide: Distinction between “young-old” vs. “old-old” suicide victims. How different populations are they? *Arch Gerontol Geriatr.* 2012;54(1):136-9.

17. Karbeyaz K, Çelikel A, Emiral E, Emiral GÖ. Elderly suicide in Eskisehir, Turkey. *J Forensic Leg Med.* 2017;52:12-5.
18. Zhong BL, Chiu HFK, Conwell Y. Rates and characteristics of elderly suicide in China, 2013-14. *J Affect Disord.* 2016;206:273-9.
19. Almeida L, Quintão S. Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *TT - [Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal]. Acta Med Port.* 2012;25(6):350-8.
20. World Health Organization. Preventing suicide. *CMAJ.* 2014;143(7):609-10.
21. Värnik A, Kõlves K, Van Der Feltz-Cornelis CM, Marusic A, Oskarsson H, Palmer A, et al. Suicide methods in Europe: A gender-specific analysis of countries participating in the “European Alliance Against Depression.” *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(6):545-51.
22. Aslan M, Hocaoglu C. Suicidal Behavior in Elderly. *Psikiyatr Guncel Yaklasimlar - Curr Approaches Psychiatry.* 2014;6(3):1.
23. Kyung-Sook W, SangSoo S, Sangjin S, Young-Jeon S. Marital status integration and suicide: A meta-analysis and meta-regression. *Soc Sci Med.* 2018;197(June 2017):116-26.
24. San Nicolas AC, Lemos NP. Toxicology findings in cases of hanging in the City and County of San Francisco over the 3-year period from 2011 to 2013. *Forensic Sci Int.* 2015;255:146-55.
25. Darke S, Duflou J, Torok M. Toxicology and circumstances of completed suicide by means other than overdose. *J Forensic Sci.* 2009;54(2):490-4.
26. Jones AW, Holmgren A, Ahlner J. Toxicology findings in suicides: Concentrations of ethanol and other drugs in femoral blood in victims of hanging and poisoning in relation to age and gender of the deceased. *J Forensic Leg Med.* 2013;20(7):842-7.
27. Benard V, Geoffroy PA, Bellivier F. Seasons, circadian rhythms, sleep and suicidal behaviors vulnerability. *Encephale.* 2015;41(4 Suppl 1):S29-37.
28. Christodoulou C, Douzenis A, Papadopoulos FC, Papadopoulou A, Bouras G, Gournellis R, et al. Suicide and seasonality. Vol. 125, *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2012. p. 127-46.
29. Preti A, Miotto P. Diurnal variations in suicide by age and gender in Italy. *J Affect Disord.* 2001;65(3):253-61.
30. Värnik P, Sisask M, Värnik A, Laido Z, Meise U, Ibelshäuser A, et al. Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Sci Int.* 2010;202(1-3):86-92.

Anexos

Anexo 1-Teste Kolmogorov-Smirnov

Para a realização de testes paramétricos é necessário provar que a variável em estudo tem uma distribuição normal, testado através do teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov.

Tabela 9: Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov

Idade	Kolmogorov-Smirnov	N	Significância
	,200	39	,000

A análise exploratória dos dados revela não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos. Assim a análise estatística de resultados será feita através de testes não paramétricos.

Anexo 2-Parecer do INMLCF



Parecer do Diretor/Coordenador de Serviço:

Não vemos qualquer objecção ao projecto de investigação, sendo certo à pesquisa dos dados.

Parecer do RAI (Responsável pelo Acesso à Informação): A finalidade do pedido é legítima e ostenta previsão legal na lei orgânica do INMLCF, enquadrando-se nas atribuições do INMLCF no domínio da actividade de ensino e de investigação científica em colaboração com as instituições de ensino superior. Considerando a dependência procedente da informação pessoal a que se pretende aceder, a consulta dos dados só deverá ser feita sem que se identifique o concreto processo judicial ou processo administrativo correspondente ao processo médico-legal, e com absoluto rigor e reserva relativamente à identificação da pessoa falecida e de outros parentaria referidos no processo. Os dados deverão, pois, ser disponibilizados ao acidente de modo anonimizado, assim sendo, é possível activizar o pedido. 30/11/2017

Parecer da CE (Comissão de Ética):

Despacho do Diretor da Delegação/Presidente do CD:

Autorizado Não Autorizado, nas condições referidas no parecer do RAI

Data: 07.12.2017

Assinatura:

Carlos Dias

Vice-Presidente do Conselho Diretivo
Diretor da Delegação do Norte
INMLCF, I.P.