

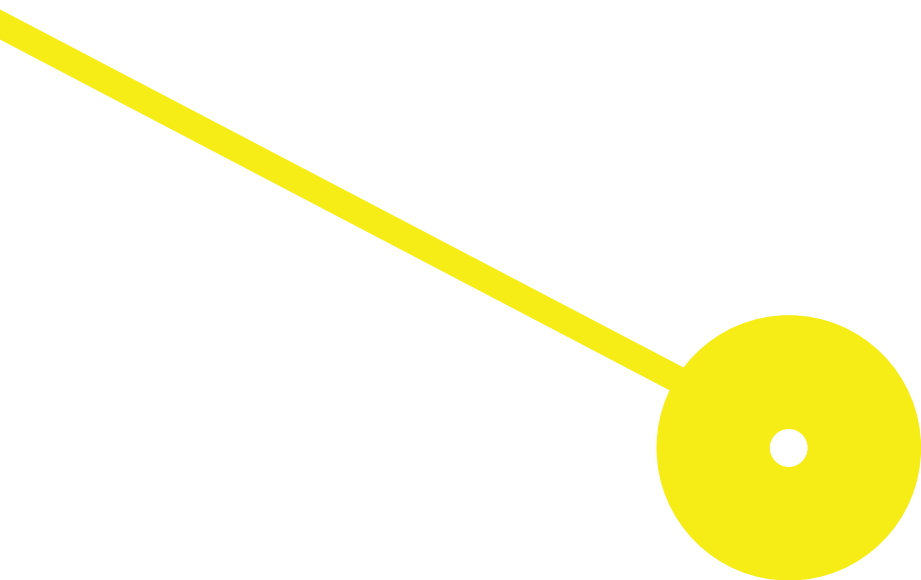
M

MESTRADO
Terapia Ocupacional

Percursos de vida e perspetiva de morte em idosos com risco de suicídio

Ana Sofia Romão Nunes

12/2018



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO PORTO

INSTITUTO POLITÉCNICO DO PORTO

Ana Sofia Romão Nunes

**Percursos de vida e perspetiva de morte em
idosos com risco de suicídio**

Dissertação submetida à Escola Superior de Saúde do Porto para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia Ocupacional, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Paula Portugal, Professora Adjunta na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto e do Professor João Viana, Professor Adjunto na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico do Porto.

Dezembro, 2018

Agradecimentos

Agradeço à minha família e aos meus amigos que estiveram presentes e me apoiaram ao longo de toda esta caminhada. Um agradecimento especial à minha irmã, que me deu força nos momentos mais difíceis. Agradecer também ao Professor Doutor Ricardo Pocinho por toda a disponibilidade demonstrada e pela ajuda que me deu na elaboração deste trabalho. Agradeço ainda à orientadora e coorientador. E por último agradecer a todos os entrevistados por me permitirem explorar temas tão pessoais das suas vidas, sem eles este trabalho não se teria sido possível.

Resumo

O suicídio e os comportamentos suicidários são um problema de saúde pública e representam anualmente cerca de um milhão de mortes (Daolio & Silva, 2009, citado por Costa 2013), prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020 (Costa, 2010, citado por Costa, 2013).

No entanto McAuliffe (2002) refere que é comumente aceite na literatura científica que a ideação suicida é um fenómeno mais frequente que os comportamentos suicidas.

Mas tal como Oliveira acrescenta (2003) a ideação suicida nem sempre se torna no ato efetivo, por vezes passa apenas por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos de autodestruição. O extremo sofrimento, desalento e a insatisfação levam a uma sensação de fracasso, que fazem acreditar no suicídio como a única solução para a resolução de tamanho mal-estar (Sampaio, 2006).

De acordo com Saraiva (2006) numa fase da vida avançada em que a situação de dependência a vários níveis vai aumentando, o suicídio surge como uma libertação da condição de decadência, dependência e fragilidade.

Deste modo, este estudo teve como objetivo dar um contributo para aumentar o conhecimento sobre as questões relativas a este tema, o suicídio. Nomeadamente na perspectiva de pessoas que apresentam risco de ideação suicida. Procura-se sobretudo perceber de que forma o percurso de vida e a forma como a pessoa encara esse percurso poderão influenciar as questões relativas à ideação suicida.

Foi realizado um estudo qualitativo junto de idosos institucionalizados. Visto que se pretendia realizar este estudo em idosos com ideação suicida foi necessário aplicar o *Questionário de Ideação Suicida (QIS)* que é a versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire*, elaborado originalmente por Reynolds e traduzido por Ferreira e Castela (Moreira, 2010). Os resultados do questionário permitiram-nos selecionar três pessoas que fizeram parte da presente investigação, visto serem as que apresentavam risco de ideação suicida. Para recolha de dados aplicou-se uma entrevista semi-estrutura em que se explorou o percurso de vida dos participantes. Desta entrevista resultaram um conjunto de dados

importantes, pois apesar de se tratarem de três percursos de vida completamente distintos, têm pontos em comum que nos fazem refletir sobre a relação entre percurso de vida e as questões relacionadas com o suicídio. Fatores emocionais, físicos, sociofamiliares, as perdas e a própria situação de dependência contribuem para uma maior fragilidade do indivíduo colocando-o em risco.

Palavras-chave: Envelhecimento, Percurso de vida, Suicídio, Ideação Suicida, Morte.

Abstract

Suicide and suicidal behavior are a public health problem and account for about one million deaths annually (Daolio & Silva, 2009, quoted by Costa 2013), and this figure is expected to rise to 1.5 million by 2020 , 2010, quoted by Costa, 2013).

However McAuliffe (2002) states that it is commonly accepted in the scientific literature that suicidal ideation is a more frequent phenomenon than suicidal behavior.

But as Oliveira adds (2003) suicidal ideation does not always become the actual act, sometimes it only passes through thoughts, desires, feelings or plans of self-destruction. The extreme suffering, discouragement and dissatisfaction lead to a sense of failure, which makes suicide believe as the only solution to the resolution of such discomfort (Sampaio, 2006).

According to Saraiva (2006) in an advanced stage of life in which the situation of dependence at various levels is increasing, suicide appears as a liberation from the condition of decay, dependency and fragility.

Thus, this study aimed to contribute to increase knowledge about the issues related to this topic, suicide. Especially in the perspective of people who are at risk of suicidal ideation. It is mainly sought to understand how the way of life and the way the person faces this course may influence the issues related to suicidal ideation.

A qualitative study was carried out with institutionalized elderly. Since it was intended to conduct this study in the elderly with suicidal ideation, it was necessary to apply the Suicidal Ideation Questionnaire (QIS), which is the Portuguese version of the Suicide Ideation Questionnaire, originally written by Reynolds and translated by Ferreira and Castela (Moreira, 2010). The results of the questionnaire allowed us to select three people who were part of the present investigation, since they were those that presented risk of suicidal ideation. To collect data, a semi-structured interview was applied in which the participants' life trajectory was explored. From this interview resulted a set of important data, because although they are three completely different life paths, they have points in common that make us reflect on the relationship between life course and issues related to suicide. Emotional, physical, socio-familial factors, losses and the own situation of dependence contribute to a greater fragility of the individual putting him at risk.

Key words: Aging, Lifetime, Suicide, Suicidal Ideation, Death.

Índice

Introdução.....	- 1 -
Capítulo I - Enquadramento teórico.....	- 3 -
1. Processo de Envelhecimento.....	- 3 -
2. Suicídio na Terceira	- 6 -
2.1. Ideação Suicida	- 10 -
2.2. Tentativas de Suicídio	- 12 -
2.3. Fatores de Risco e Fatores Protetores.....	- 13 -
3. Institucionalização e Suicídio	- 16 -
Capítulo II - Metodologia.....	- 18 -
1. Desenho do Estudo.....	- 18 -
2. Participantes	- 19 -
3. Métodos de Recolha de Dados	- 20 -
4. Procedimentos.....	- 22 -
Capítulo III – Análise Interpretativa	- 23 -
1. Grupo Estudado.....	- 24 -
3. Limitações do Estudo	- 48 -
Conclusão	- 49 -
Bibliografia	- 53 -
Anexos	- 61 -

Introdução

O envelhecimento da população é um fenómeno que transcende vários países, devendo-se especialmente à redução do número de nascimentos e ao aumento da esperança média de vida. Este aumento da população com mais idade exige um estudo sobre o processo de envelhecimento e suas consequências pessoais, sociais e sob o ponto de vista da sustentabilidade económica. As estimativas apontam para um agravamento desta situação nos próximos anos tornando o envelhecimento uma realidade preocupante nas diferentes sociedades mundiais e que carece de respostas adequadas (Powell, 2014).

O facto das pessoas durarem mais anos deve-se a vários fatores nomeadamente aos avanços da ciência e da tecnologia, principalmente na área da medicina, da farmacologia e da bioquímica permitiram o aumento da qualidade de vida e a resistência face às doenças. (Imaginário, 2008)

O prolongamento dos anos de vida é vivido de forma diferente de pessoa para pessoa, a literatura ressalva a subjetividade do processo de envelhecimento, mas sublinha o facto de este processo ser um desafio para a pessoa que envelhece, pois acarreta inúmeras mudanças que acabam por potencializar o risco para a estabilidade do indivíduo ((Pinheiro & Lebres, 1998, citado por Sequeira & Silva, 2002).

É deste modo uma fase que vai depender diretamente da capacidade de adaptação e resiliência do idoso, segundo Freitas (2015) dificuldades de adaptação a esta fase da vida poderão colocar o idoso numa situação de maior fragilidade que em casos de maior gravidade poderá contribuir para aumentar o risco de ideação suicida junto dos mais velhos. Deste modo torna-se pertinente que se desenvolvam mecanismos adequados e eficazes de forma a identificar os fatores que protegem e precipitam a ideação suicida nos indivíduos mais velhos (Feitas, 2015)

De acordo com Piteira (2016) Dentro dos fatores que precipitam a ideação suicida destacam-se as fragilidades associadas ao estado psicológico mas também questões relacionadas com a incapacidade sentida em tarefas básicas da vida diária, em que surgem situações de maior dependência e com ela a perceção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença (O'Keefe et al., 2014, citado por Piteira, 2016), ou seja, aqueles que se percecionam como sendo um fardo para os outros ou que não apresentam sentimentos de

pertença são mais propensos a apresentar ideação suicida (Cukrowicz et al., 2011, citado por Piteira, 2016).

Os comportamentos suicidários são já considerados um grave problema de saúde pública, tendo repercussões não só para o indivíduo, mas também para a família e sociedade. Importa perceber os fatores de risco que tornam estes comportamentos mais frequentes, nomeadamente aspetos socioculturais, relacionais e ligados ao próprio indivíduo (WHO, 2014).

Este tipo de comportamentos engloba inúmeras manifestações nomeadamente: a ideação suicida, a tentativa de suicídio e o suicídio que acaba por ser o término (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

Importa ter consciência que nem sempre estas três manifestações ocorrem de forma linear, existem pessoas que podem ter pensamentos suicidas, mas nunca chegar a cometer o suicídio, assim como nem todas as pessoas que cometem o suicídio tem história de tentativas de suicídio (Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

No entanto as tentativas de suicídio é sem duvida a principal variável preditiva da morte por suicidio, o que faz com que de facto se torne importante intervir nestas situações de forma atempada para prevenir o pior desfecho, que é a morte. Existem ainda poucos dados estatísticos relativamente a esta questão das tentativas de suicidio ou até mesmo de ideação suicida (WHO, 2014).

A OMS vem corroborar esta questão alertando para a falta de sistemas de recolha de dados sobre as tentativas de suicídio nos diversos países, justificando esta situação, entre outras razões, com a falta de um método normalizado aceite internacionalmente (WHO,2014).

A presente investigação pretende dar um contributo para aumentar o conhecimento sobre as questões relativas a este tema, o suicídio. Nomeadamente na perspectiva de pessoas que apresentam risco de ideação suicida. Procura-se sobretudo perceber de que forma o percurso de vida e a forma como a pessoa encara esse percurso poderão influenciar as questões relativas à ideação suicida.

Capítulo I - Enquadramento teórico

1. Processo de Envelhecimento

O envelhecimento populacional é algo preocupante e que se tem agravado nas últimas décadas, marcado pelo aumento significativo da esperança média de vida e pela diminuição da taxa de natalidade (Simões, 2006). Isto significa que as gerações não se renovam e as pessoas duram cada vez mais anos, levando a uma situação de risco no que toca à sustentabilidade económica e social.

Evidentemente que estas previsões nos levam a pensar em estratégias de intervenção de forma a responder às necessidades de uma população, que já é, e irá ser em proporções mais elevadas muito envelhecida. Segundo Oliveira (2010) este fenómeno acarreta várias consequências, nomeadamente a nível da saúde, dos sistemas políticos, sociais e económicos, sendo que a elevada esperança média de vida faz com que os idosos careçam de maior apoio por parte dos familiares, de mais serviços e instituições especializadas. Este autor menciona também que o aumento do número de pensionistas acarreta elevados custos, bem como as necessidades relativas aos cuidados de saúde desta faixa etária, além de que as repercussões económicas e sociais já se começam a fazer sentir devido aos momentos difíceis que o país atravessa.

A tendência aponta para o facto de os idosos serem cada vez mais autossuficientes, pelo menos até uma certa idade. Sousa (2011) acrescenta dizendo que este facto lhes permite permanecer mais tempo nas suas casas, mas por outro lado poderá levar ao fenómeno do isolamento e da solidão.

Simões (2006) defende que a forma como a pessoa envelhece depende diretamente da sua biologia e de fatores genéticos, mas também dos vários contextos em que vive, e das atitudes que tem durante o seu percurso de vida.

Deste modo, associam-se inúmeras características como a diminuição da auto-estima, dificuldade de adaptação a novas condições de vida, mudanças físicas, falta de motivação, tendência para a depressão, medo da morte, problemas cognitivos e a solidão (Oliveira, 2005). O mesmo autor refere que estas são características que muitas vezes não correspondem à realidade e criam uma visão errada do envelhecimento.

Ainda assim, é preciso clarificar que o envelhecimento é um processo normal onde ocorrem inevitavelmente alterações físicas, psicológicas e sociais. É desse modo um processo universal e irreversível cujas alterações levam a uma maior vulnerabilidade e variam em função de fatores genéticos e estilo de vida de cada um (Martín, 2005). Existem perdas inerentes a todo este processo e as depressões surgem muitas vezes perante uma incapacidade da pessoa em gerir estas perdas, causando um conjunto de sentimentos profundos que prejudicam a sua vida em todas as áreas – intelectual, física e social (Zimerman, 2000).

Segundo Haynal, Pasini, & Archinard, (1998) esta dificuldade em lidar com as diversas perdas que vão surgindo caracteriza-se pelo envelhecimento patológico, responsáveis pelo surgimento de numerosas perturbações. Estes autores referem por outro lado que quando a pessoa integra esta fase da vida como outra qualquer, entra na dimensão do envelhecimento normal ou saudável em que o indivíduo se adapta de forma resiliente às dificuldades que vão surgindo à medida que os anos avançam, procurando manter a saúde física, psíquica e social, encarando esses obstáculos como necessários e ultrapassáveis para se adaptar às novas condições de vida.

Para que isso não aconteça é crucial que a pessoa mantenha um envolvimento social ótimo uma vez que as relações sociais detêm um papel fundamental na prevenção do suicídio. Capitanini (2000) e Figueiredo (2007) defendem que o contacto social, o envolvimento com os pares e o estabelecimento de novas amizades contribuem de forma significativa para o bem-estar não só físico, mas também psicológico. Oliveira (2008) acrescenta dizendo que isto possibilita que a pessoa crie estratégias pessoais para ultrapassar os obstáculos com que se vai deparando, prevenindo a perceção de sentimentos de solidão e o isolamento. Sequeira & Silva (2003) mencionam ainda o facto de fomentar a satisfação com a vida e aumentar a qualidade da mesma.

De acordo com Fonseca (2004) existem mitos e estereótipos, acerca dos idosos, que transmitem uma ideia de menor capacidade de evolução e desenvolvimento, revelando uma imagem do idoso como incapaz, mesmo que este não apresente doença física. Na perspectiva de Cerqueira (2010) tendemos a olhar para a velhice como o fim da vida, desprezando as suas potencialidades, assim velhice e morte são assumidas como quase equivalentes, não deixando espaço para que se possa investir de forma ativa e positiva nesta fase da vida.

A atualidade é marcada por uma ideia de conseguir a juventude eterna como se todos tivéssemos de conseguir encontrar essa fórmula mágica. Viver em função da juventude eterna, numa sociedade cada vez mais materialista, é negar o próprio processo de envelhecimento.

Socialmente, esta perspectiva dá origem a rótulos negativos e discriminatórios que colocam os idosos à margem da sociedade e ao mesmo tempo criam uma futura atitude de pessimismo face ao envelhecimento, Kotter-Grühn, Kleinspehn-Ammerlahn, Gerstorff, & Smith (2009) acrescentam referindo que situações como estas podem desenvolver ideias suicidas.

Sequeira & Silva (2002), mencionam que a marginalização do envelhecimento, causa um grande impacto na forma como a pessoa se posiciona sobre o próprio processo de envelhecimento, dificultando a adaptação e aceitação de todas as transformações que vão ocorrendo, tendo impacto na qualidade de vida e satisfação pessoal. Os mesmos autores indicam ainda que a perceção sobre o próprio estado de saúde também parece ter influência, sendo que uma pior perceção tende a originar atitudes negativas face ao envelhecimento.

Aceitar o envelhecimento e vivê-lo de forma positiva parece relacionar-se também com o nível de atividade do idoso em que, sentir-se capaz e útil aumenta a autoestima e valorização pessoal e promove a integração social (Fisher & Shaffer, 1993, citado por Sequeira & Silva, 2002).

Erikson (1987) desenvolveu uma teoria do ciclo de vida, em que existem diversos estágios, denominados por ele como estágios psicossociais. Segundo este autor quando as pessoas chegam à terceira idade ultrapassam um estágio denominado como Integridade vs Desespero, ou seja, nesta fase da vida a pessoa faz uma retrospectiva de tudo o que viveu ao longo da sua vida, refletindo sobre todas as escolhas e acontecimentos. Segundo o mesmo autor este olhar sobre o passado pode ser encarado de duas formas pela pessoa, por um lado de uma forma positiva, em que a pessoa sente que de facto tudo valeu a pena e que a sua missão foi cumprida, por outro lado pode encará-lo de forma nostálgica, de que nada foi como esperava e acabando por entrar em desespero pela proximidade com a morte e o pouco tempo que resta.

Fernandes (2001), diz-nos que hoje chegar aos 65 anos já não é sinónimo de declínio de capacidades físicas e mentais, as condições foram se alterando e o marco da reforma como um período de incapacidade ou inaptidão deixa de fazer sentido. Hoje as pessoas chegam à

idade da reforma ainda com capacidade, autonomia e com uma boa percepção do envelhecimento.

De acordo com Paúl & Fonseca (2005) a realidade do envelhecimento está a mudar, não só a forma como se envelhece mas também a expressão que este envelhecimento tem em todos nós enquanto sociedade. Os mesmos autores referem que em Portugal, nos últimos 45 anos tem vindo a assistir-se a um aumento abismal de pessoas com 65 ou mais anos, em 1960 esta faixa etária representava 8% no total da população, passando para 17% em 2005.

Dados apontados pelo Instituto Nacional de Estatística (2009) apontam para que em 2060, a percentagem de jovens e de adultos diminua e a percentagem de idosos continue a aumentar, numa proporção de três idosos para um jovem, Portugal será o quarto país da UE com uma percentagem mais elevada de pessoas idosas.

2. Suicídio na Terceira

Este aumento de pessoas de maior idade que já se faz sentir e que se perspetiva ser ainda mais significativo obriga-nos a fazer uma reflexão sobre os sucessivos desafios, mudanças e adaptações que colocam em risco o equilíbrio da pessoa na fase de envelhecimento (Pinheiro & Lebres, 1998, citado por Sequeira & Silva, 2002). Todos os acontecimentos colocam à prova a pessoa e a sua capacidade de lidar com eles, a capacidade de resiliência e adaptação irão depender de recursos internos e externos, sendo que uma má adaptação poderá levar ao aumento de ideação suicida, adianta Sequeira & Silva (2002).

Torna-se prioritário identificar fatores que desencadeiam as ideações suicidas, mas também fatores protetores que possam ser trabalhados para diminuir o risco em idosos. Segundo Caldeira (2015) verifica-se que a taxa de suicídio tem um aumento diretamente proporcional ao aumento da idade, sendo que os maiores valores se verificam em pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, havendo uma maior prevalência no sexo masculino, que apresentam uma taxa de 21.2 e as mulheres de 9.2.

Trata-se de um problema de saúde pública, que afeta maioritariamente os países com mais dificuldades económicas, por consequência a uma maior dificuldade em dar resposta às mais variadas necessidades populacionais (Vijayakumar, Pirkis, & Whiteford, 2005). O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes (Daolio & Silva, 2009, citado

por Costa 2013), prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020 (Costa, 2010, citado por Costa, 2013), segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS).

De acordo com a OMS (2000), por ano morrem em todo o mundo cerca de um milhão de pessoas vítimas de suicídio, sendo já considerado um problema de saúde pública á escala mundial conforme refere Costa (2013).

Dados avançados pelo INE (2013) demonstram que em cada ano um milhão de pessoas se suicida por todo o mundo, a *World Health Organization* (WHO, 2012), considera que por dia em todo o mundo aproximadamente 3000 pessoas se suicidam, sendo que por cada pessoa que comete o suicídio, 20 ou mais cometem tentativas. Portugal tem registado os valores mais baixos no que respeita ao suicídio, comparando com os restantes países da União Europeia, ainda assim estes valores poderão alterar-se, sofrendo um aumento, se considerarmos as mortes cuja causa é desconhecida. Campos (2016), acrescenta dizendo que existe uma expressão significativa de suicídios em idades pós reforma (65 ou mais anos), muito associado ao facto de viverem sozinhos e às doenças crónicas.

Em idade pós reforma a proporção é de 4 tentativas para 1 suicídio, sendo que em pessoas com mais de 75 anos pode atingir valores muito mais elevados (Center for Disease Control and Prevention, 2012; Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Waern (2003) acrescenta que em 2020 se prevê que o suicídio se torne na decima causa de morte, a nível mundial.

Drago & Martins (2012), referem que a taxa de suicídio em Portugal tem sofrido um aumento significativo ao longo dos últimos anos, sendo superior à média europeia em ambos os sexos (Campos, 2016).

Segundo Risch et al. (2009, citado por Stein, Chiu, Hwang, Kessler, Sampson, Alonso, & Nock, 2010) esta conjuntura económica que o nosso país atravessa acaba por ter repercussões ambientais negativas que contribuem de forma mais significativa para estados psicológicos negativos (por exemplo, depressão, comportamento suicida) revelando a necessidade de olhar os comportamentos suicidários do indivíduo num contexto ambiental, para além de outros fatores individuais e sociais que se apresentam como relevantes nos comportamentos autodestrutivos.

A WHO (2014), acrescenta que para a prevenção do suicídio torna-se imprescindível identificar as tentativas de suicídio, certo é que a recolha destes dados torna-se muito complicada pela falta de um método normalizado que seja aceite a nível internacional.

A proximidade com a morte, não só a própria morte, mas também com a realidade da perda de pessoas significativas cria muitas vezes a sensação de incapacidade em dominar algo que o transcende, e também com a perda de ligações com significado, a solidão, o desanimo e a depressão acabam por se instalar na vida do idoso, e por consequência aumentar a sua fragilidade (Mitty & Flores, 2008; Silva et al. 2015).

Estas situações causam sofrimento extremo, que acaba por precipitar ideações suicidas que surgem como pedidos de ajuda mas também podem ser fatais (Cassorla, 1984/1992).

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), o envelhecimento caracteriza-se por um período de mudanças e dificuldades pelas quais o ser humano tem de passar e que nem sempre o consegue fazer da melhor maneira: as doenças que causam dor e limitam a autonomia, a fragilidade social, perda de papéis e estatuto social, isolamento social e familiar, a perda de mobilidade, situação de dependência, as limitações cognitivas, entre outras mudanças que nem sempre são fáceis de ultrapassar. Esta dificuldade e incapacidade em lidar com as diversas alterações que vão surgindo levam a pessoa muitas vezes a ponderar colocar fim à vida, encarando a morte como uma libertação da condição de fragilidade que estão a viver (Holmes, 1997).

Wasserman (2001), define suicídio como um fenómeno complexo que tem múltiplos fatores na sua origem, biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, ambientais e situacionais. Daolio & Silva (2009, citado por Costa, 2013) acrescentam o fator cultural e político que se encontram acumulados na biografia do individuo.

Conforme Caldeira (2015) a definição de suicidio tem sido abordada por vários autores desde Shneidman em 1985, passando por Beachler em 1980, e Durkheim em 2000, todas as definições vão ao encontro do cerne de toda esta problemática, traduzindo-se num ato multidimensional em que a pessoa coloca fim à própria vida como única solução a algum problema.

Leo et al. (2006, citado por Caldeira, 2015) acrescentam a estas definições a da OMS, que sublinha a intenção e desejo de mudança que estas pessoas enfrentam e cuja morte serve como meio para o conseguir.

Segundo o *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017* o suicídio consumado surge pelo desejo de colocar fim à vida e em que o indivíduo desenvolve o seu comportamento com esse objetivo, a intenção muitas vezes está ligada a problemas psicopatológicos (PNPS, 2013/2017).

Este desejo de colocar fim à vida surge como forma de resolver e lidar com algumas questões da própria vida, ou com emoções que o próprio não consegue enfrentar, e que Sakinofsky (2000) denomina como sendo uma resposta de *coping mal-adaptativa*, traduzindo a dificuldade de adaptação e ajustamento (Baumeister, 1990; Pollock & Williams, 2001; Chiles & Strosahl, 2004; Chapman, Gratz & Brown, 2006).

Segundo Scocco & Leo (2002), quando falamos em comportamento suicidário temos forçosamente de distinguir a ideação suicida, a tentativa de suicídio, para-suicídio e suicídio consumado. Sendo que todos eles têm em comum um sofrimento profundo, com diferentes motivações, onde nem sempre a intenção é a morte.

Os mesmos autores referem que numa fase da vida avançada em que a situação de dependência a vários níveis vai aumentando, o suicídio surge como uma libertação da condição de decadência, dependência e fragilidade.

O suicídio continua a ser algo muito difícil de compreender, não só por todas as questões que envolve, como pelo sofrimento extremo que marca toda a situação e acaba por se tornar desesperante e intolerável e que envolve toda a família e também a comunidade (Saraiva, 2006; World Health Organization [WHO], 2009).

Trata-se de um comportamento complexo, que envolve várias variantes e dependem diretamente de circunstâncias e fatores diversos como socioculturais, genéticos, psicológicos, filosófico-existenciais, psiquiátricos e ambientais (OMS, 2000; WHO, 2003; Marques & Ramalheira, 2006),

Segundo a DGS (2013) existem determinados acontecimentos, circunstâncias, condições físico-psico-sociais, e de personalidade que podem potencializar comportamentos suicidas e mesmo suicídio. Franks, Burnett, & Evans (2012), distinguem fatores de risco individuais, relacionais, comunitários e sociais.

De acordo com uma perspectiva sociológica o suicídio deve ser visto de acordo com a realidade pessoal, social e econômica. Guerrero (2005) refere que a interação e integração na sociedade permitem o reconhecimento das suas capacidades e a satisfação das suas necessidades, que são essenciais para a qualidade de vida, bem-estar e satisfação pessoal. Deste modo o contexto em que a pessoa está inserida, os valores, as ideias e as crenças vão influenciar o seu comportamento, mas a percepção do próprio em relação aos mesmos também tem influência, tal como refere Guerrero (2005).

Isto acontece pois segundo Durkheim (citado por Braz Saraiva 2010) o indivíduo vê-se obrigado a responder a diversas obrigações sociais, as quais tem de integrar e regular, mas nem sempre consegue responder da forma como espera criando um sentimento de insatisfação e incapacidade que leva em alguns casos ao surgimento de pensamentos suicidas (Braz Saraiva 2010).

Abordar a temática do suicídio obriga-nos não só a abordar a tentativa de suicídio e o suicídio consumado, mas também os desejos de morte e a ideação suicida (Scocco & Leo, 2002). Minayo & Cavalcante (2010) corroboram acrescentando que dados recentes salientam a relação de proximidade entre ideação suicida, tentativas e suicídio consumado, em que na sua gênese estão fatores de caráter físico, mental, neurológico e social.

2.1. Ideação Suicida

Segundo Oliveira (2003), a ideação suicida nem sempre se torna no ato efetivo, por vezes passa apenas por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos de autodestruição. Estes sentimentos surgem pela situação de sofrimento extremo, associado a sentimentos de desesperança, distúrbios afetivos, problemas de saúde, depressão e prejuízo funcional (Alexopolous, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuuma, 1999).

Costa (2010) refere que por vezes as ideias e pensamentos autodestrutivos passam a atos efetivos, na tentativa de acabar com a própria vida, adianta ainda dizendo que a tentativa de suicídio apesar de não resultar na morte, representa um risco acrescido para uma segunda tentativa que pode ser fatal. Nestes casos existe a intenção de acabar com a própria vida, enquanto que no para-suicídio essa intenção ponderada não existe, causando muitas vezes danos na própria integridade física (Costa, 2010).

Sampaio (2006) acrescenta referindo que o extremo sofrimento, desalento e a insatisfação levam a uma sensação de fracasso, que fazem acreditar no suicídio como a única solução para a resolução de tamanho mal-estar.

Este autor menciona assim a necessidade de falar na subjetividade do suicídio, obrigando a olhar para todos os casos de forma individualizada, apesar de existirem fatores externos ao indivíduo que são transversais a todos os casos.

Segundo Oliveira (2003) a ideação suicida existe sempre que o indivíduo apresente pensamentos, desejos, sentimentos ou planos que tenham como finalidade a sua autodestruição, sendo que nem sempre ocorrem tentativas, por vezes não passam apenas de planos e desejos de acabar com a vida (Bertolote et al. Citado por Costa, 2010).

O sentimento de inutilidade e a falta de sentido de vida, fazem com que surjam ideias suicidas em que a pessoa deseja estar morta, no entanto por vezes o sofrimento é de tal ordem que para além da inutilidade que se instala uma desesperança e essas ideias acabam por conter a intenção de morte e muitas vezes um plano suicida bem elaborado (Fleischmann, 2005; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Vijayakumar, 2005; Bertolote et al., s.d.; Suominen, Isometsa & Lonnqvist, 2004; Deslandes, 2002; cit. *in* Costa, 2010).

A ideação suicida acaba por ser um indicador fundamental para o risco de suicídio, importa no entanto perceber a gravidade destas ideias pois poderão ser pensamentos gerais sobre a morte ou em casos de maior risco idealizações mais sérias em que a pessoa pensa em maneiras concretas de cometer o suicídio. A ideação suicida não é por si só sinónimo ou determinante de comportamento suicida, no entanto é o fator de alerta, no sentido de assinalar pessoas em risco (Ferreira e Catela, 1999; Taylor, Dal Grande, Gill, Fisher, & Goldney, 2007).

De acordo com Chamberlain, Goldney, Delfabbro, Gill, & Dal Grande (2009) torna-se fundamental não desvalorizar a presença de ideias de autodestruição, sintomas depressivos, a falta de apoio social e a dificuldade em realizar atividades da vida diária pois são fatores potenciadores e muito associados à ideação suicida e consequentemente aumentam o risco de suicídio. Grek (2007) acrescenta dizendo que a Ideação suicida é muito mais prevalente que o comportamento suicida.

Por outro lado, Raue, Meyers, Rowe, Heo & Bruce (2007) realizaram um estudo com 539 idosos com 65 ou mais anos, que tinham iniciado recentemente o acompanhamento

pelos serviços de enfermagem domiciliar, e encontraram 11,7% de ideação suicida no momento da avaliação. Estes autores verificaram ainda que a depressão severa mostrou estar associada à ideação suicida nesta amostra.

É comumente aceite na literatura científica que a ideação suicida é um fenómeno mais frequente que os comportamentos suicidas, contudo também é relatado que nem todas as pessoas com ideias suicidas se envolvem em comportamentos autolesivos (McAuliffe, 2002). Apesar disso, a investigação tem demonstrado a utilidade da ideação suicida na predição das tentativas de suicídio (Posner, Brodsky, Yershova & Mann, 2014). De facto, a ideação suicida severa e persistente tem-se revelado um bom preditor de futuras tentativas de suicídio (Wichstrom, 2000) e de mortes por suicídio em adolescentes e adultos (Brown, Beck, Steer & Grisham, 2000).

2.2. Tentativas de Suicídio

Segundo Silverman (2006) a tentativa de suicídio tem vindo a ser discutida por inúmeros autores, acabando por levar a diversas abordagens e atuações. Existem autores que designam as tentativas de suicídio como “parasuicídio”, outros como “comportamentos suicidas não fatais” e outros ainda por “automutilação deliberada” (Kreitman, 1977; Canetto & Lester, 1995; Zahl & Hawton, 2004). De acordo com Silverman (2006) esta disparidade de termos acaba por criar alguma confusão não só na hora de interpretar fatos mas também aquando a intervenção.

Leo e colaboradores (2006, citado por Caldeira, 2015, p.16), definiram a tentativa de suicídio como um “ato não habitual, sem desfecho não fatal, que o indivíduo, esperando ou correndo o risco de morrer ou infligir lesão corporal, iniciou e levou a cabo, com o propósito de obter as mudanças pretendidas”.

Em Portugal, o *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017* definiu como tentativa de suicídio o “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, geralmente alheias ao indivíduo, resulta frustrado” (PNPS 2013-2017, p.14)

A OMS define a tentativa de suicídio como atos e gestos auto-destrutivos que não conduzem à morte, mas cuja intenção é a morte. Sendo uma atitude extrema, que surge na

tentativa de resolução de um problema, e em que a morte é encarada como a última hipótese vista (Rapeli & Botega 1998; Desviat, 1999; Rapeli & Botega, 2003).

Os estudos feitos nesta área das tentativas de suicídio permitem-nos tirar algumas conclusões no que toca a fatores desencadeadores de comportamento suicidário. Esses estudos referem que em 50% das precipitações de tentativas de suicídio estas associam-se a variados fatores, entre os quais, fatores stressantes ou problemas psico-sociais crónicos, as questões jurídicas, perda de ente queridos, doenças físicas e crónicas, desemprego, presença de perturbações depressivas; e os conflitos interpessoais, tais como agressões físicas desentendimento e divórcios (Botega N. J., *et al.*, 2005).

Lebret, Perret-Vaille, Mulliez, Gerband, & Jalenques, (2006) destacam um estudo realizado em França com 51 idosos que estavam internados por tentativa de suicídio, com idades superiores a 60 anos e cujas conclusões retiradas pelos autores foi clara, a maioria das tentativas de suicídio tinha como método a intoxicação medicamentosa, especialmente nas mulheres. concluíram também que ao nível do estado civil, a maioria dos homens que realizaram pelo menos uma tentativa de suicídio eram casados ou tinham uma união de facto (66%), enquanto as mulheres tinham maior probabilidade de serem viúvas (48.5%). Segundo os mesmos autores na maioria dos casos, houve vários motivos para a tentativa, mas a doença física do idoso ou do cônjuge (20,4%), os conflitos com o cônjuge ou familiar próximo (22,1%) e o isolamento social e/ou solidão (8,5%) mostraram ser os maiores fatores de risco para a realização do ato. Estes autores acrescentam ainda que no caso das mulheres, estas parecem sofrer mais de isolamento, enquanto os indivíduos do sexo masculino tendem a ser influenciados por uma doença física, o que eles consideram mais difícil de lidar.

2.3. Fatores de Risco e Fatores Protetores

Segundo a DGS (2013) fatores de risco apresentam-se como circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade com potencial para aumentar a probabilidade de suicídio.

Campos, & Holden, (2014) assumem que de existem fatores de risco que na população mais envelhecida acabam por ser mais relevantes e merecem especial atenção. Fatores como idade avançada; sexo masculino; estado civil (solteiro, viúvo, separado ou

divorciado); isolamento social; doenças psiquiátricas; saúde física debilitada e incapacidade física; perdas de capacidades funcionais, acontecimentos de vida de impacto negativo; histórias familiares de suicídio, solidão e conflitos interpessoais (Rosenman, 1998; Serby e Yu, 2003; Carter e Nicholas, 2003; Ortiz & Fernández, 2006; Grek, 2007; Almeida, 2011). Burnett & Evans (2012), distinguem fatores de risco individuais, relacionais, comunitários e sociais.

De acordo com Saraiva (2006) numa fase da vida avançada em que a situação de dependência a vários níveis vai aumentando, o suicídio surge como uma libertação da condição de decadência, dependência e fragilidade. O sofrimento extremo vivido acaba por se tornar desesperante e intolerável, envolvendo a própria família e a comunidade (World Health Organization [WHO], 2009).

Costa (2013) acrescenta dizendo que determinados acontecimentos como a morte de cônjuge, amigos ou familiares, o prolongamento da vida sem dignidade que acarreta problemas económicos e emocionais aos familiares, mudanças de papéis sociais ou situações de dependência física ou emocional, nos quais o idoso se sente humilhado e por isso sem vontade de viver, são acontecimentos que poderão levar ao suicídio.

A literatura comprova que a psicopatologia é um fator de risco predominante, com grande expressão no que toca à depressão, estudos realizados através de autópsia psicológica de suicídios em idosos, revelam que entre 71% a 95% das vítimas de suicídio, com 65 ou mais anos, apresentava doença mental no momento da morte (Conwell, Duberstein, Cox, Herrmann, Forbes, & Caine, 1996; Minayo & Cavalcante 2010). Conwell et al. (2011) destacam o facto da depressão surgir nesta faixa etária muito associada não só ao estado mental inerente ao processo de envelhecimento mas também ao próprio estado físico deficitário que acabam por influenciar as diferentes áreas de vida do idoso, fazendo com que a vivência desta fase de vida seja marcada por sentimentos de tristeza e angústia. O Suicídio acaba por ser a única forma de acabar com a incapacidade de adaptação e Medeiros (2010) refere que a institucionalização agrava a situação no que respeita aos quadros depressivos podendo variar de 12 a 14%. Almeida & Quintão (2012) acrescentam referindo que o risco de suicídio em idosos deprimidos duplica em relação aos não deprimidos (Beautrais, 2002; Conwell, & Thompson, 2008).

A presença de doença física acaba por ser também fator de risco principalmente se a ela estiverem associados outros défices ou perturbações que pressuponham a dependência de terceiros.

No entanto Conwell & Thompson (2008), referem que pessoas idosas com sete ou mais doenças apresentam aproximadamente nove vezes maior risco de suicídio, a presença de doenças físicas parece aumentar o risco para o suicídio, comparando com pessoas em que nenhuma doença física foi diagnosticada. As condições neurológicas são as que têm maior impacto (Scott, Hwang, Chiu, Kessler, Sampson, Angermeyer, Beautrais, Borges, Bruffaerts, De Graff, Florescu, Fukao, Haro, Hu, Kovess, Levinson, Posada-Villa, Scocco, & Nock, 2010).

Freitas (2015) ressalva que na fase de envelhecimento as questões sociais, como o suporte familiar e social ganham uma expressão diferente sendo que a ausência de relações significativas e redes de apoio levam a uma maior fragilidade e desamparo, daí que quando falamos em suicídio se considerem os fatores sociais e culturais fatores determinantes. A falta de interações sociais leva a situações de solidão que de acordo com Angerami-Camon (1922, citado por Freitas, 2015) revela-se uma das principais causas de morte por suicídio.

Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário (2015) acrescentam ainda que no que o suporte social a família é fator essencial nesta fase da vida, e por isso a falta de apoio familiar pode pois ser um fator preditivo para o comportamento suicida. Segundo estes autores a pessoa acaba por se sentir desamparada emocionalmente e sem uma retaguarda que a possa servir de suporte nos momentos de maior fragilidade (Krüger & Werlang, 2010; American Association of Suicidology citado por Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário, 2015).

Minayo & Cavalcante (2010) dão especial atenção também à viuvez e à morte de familiares e pessoas próximas e significativas que acabam por ter grande impacto no dia a dia levando a situações extremas em que a pessoa pensa que mais nada vale a pena.

Costa (2013), vem corroborar estas perspectivas explicando qua e na gênese dos fatores de risco sociais que levam a ideação suicida ou mesmo ao suicídio, reside numa insatisfação em relação às relações que o indivíduo estabelece com os outros mas também consigo próprio.

Mas para além dos fatores de risco que potenciam situações de suicídio ou tentativa é necessário conhecer também os fatores protetores, o PNPS (2013, p.50) define “*Os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais, coletivas e socioculturais que, quando presentes e/ou reforçados, estão associadas à prevenção dos comportamentos autolesivos e atos suicidas. Uma estratégia de prevenção deve identificar as vias suscetíveis de estabelecer, manter e reforçar estes fatores.*”

Pocinho (2017) refere alguns exemplos de fatores que acabam por fortalecer o indivíduo e evitar que situações de maior fragilidade ocorram, são eles questões que envolvem características pessoais e de personalidade, como a capacidade para resolver conflitos e a noção de valor pessoal, o empenho em projetos e sentido de vida, mas também questões que dizem respeito à satisfação de suporte social e familiar, à facilidade de acesso a serviços de apoio e saúde, fatores genéticos e também pertença a religião.

Torna-se fundamental conhecer e entender os fatores de risco e perceber que existem fatores de risco que não são alteráveis como é o caso da tentativa de suicídio prévia, mas que é possível e necessário intervir de forma a minimizar os fatores de risco, o suicídio no envelhecimento é sem dúvida um desafio de saúde pública (Pocinho, 2017).

3. Institucionalização e Suicídio

Quando abordamos os fatores de risco facilmente percebemos que existem contextos e ambientes em que a pessoa está inserida que acabam por ter interferência na forma como ela encara a vida e a satisfação com a mesma. São ambientes que levam a uma insatisfação extrema e que podem desencadear situações em que a pessoa sente vontade de colocar termo à própria vida.

Calenti (2002) e Vaz (2009) referem o facto de se tratarem de ambientes pouco estimulantes onde o indivíduo não se reconhece no espaço nem se sente satisfeito com as relações que estabelece com os outros, estando permanentemente insatisfeito. Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu (2010) realizaram um estudo em que se compararam idosos institucionalizados e não institucionalizados e verificou-se que os idosos institucionalizados apresentam risco mais elevado para a existência de depressão e são também os idosos institucionalizados que declararam com mais frequência a presença de pensamentos suicidas do que os não-institucionalizados.

Os mesmos autores ressaltam que muitas vezes procurar uma instituição acaba por ser uma alternativa viável quando a pessoa apresenta alguma incapacidade não tendo autonomia nem independência para realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária e por isso recorre à instituição. A pessoa passa de uma situação em que tinha completo poder e domínio na sua vida, e passa a estar dependente de terceiros para realização de tarefas básicas para a sua sobrevivência (Sequeira, 2010; Van Orden, & Conwell, 2011).

Drago, & Martins (2012) e Park (2014) destacam que esta situação de dependência, e o facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda dos outros acaba por estar associada com a ideação suicida em idosos, daí que a dependência funcional seja considerada um fator de risco.

Falar em Institucionalização obriga-nos a refletir sobre o conceito de pertença, conceito abordado por Durkheim (1951), que acreditava que os suicidas são indivíduos que não estão bem integrados na sociedade. Relativamente à efetividade ou sensação de competência, quando não satisfeita, contribui também para o risco de suicídio (Cornette, DeRoon-Cassini, Fosco, Holloway, Clark, & Joiner 2009).

Um indivíduo com sentimentos de não pertença reporta experiências de alienação ou desconexão social não se sentindo como parte integrante de qualquer grupo (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, & Rudd, 2009). Joiner (2005), acrescenta referindo que esta desconexão poderá ser causada por uma insatisfação do próprio em relação às interações que estabelece ou mesmo relacionamentos que são desagradáveis, instáveis, pouco frequentes, ou com falta de proximidade afetiva irão contribuir para sentimentos de não pertença (Cornette et al., 2009). (Hill, & Pettit, 2014; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010) acabando por sentir um baixo sentimento de conexão social, isolamento ou solidão. (Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Para que possa existir este sentimento de pertença são necessários dois princípios básicos como a interação com os outros e o sentimento de ser cuidado, sendo que estas interações para além de frequentes devem ser positivas (Van Orden, & Conwell, 2011).

Para além desta questão da institucionalização e do suicídio importa abordar uma realidade primordial, nestas fases de maior dependência, que é a perceção de ser um fardo, normalmente surge quando um indivíduo desenvolve ódio dirigido a si mesmo (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Van Orden et al., 2010), existe uma visão do sujeito de que a sua própria existência acarreta encargos para os familiares, amigos e/ou sociedade de forma estável e permanente, sendo a morte a única solução para o problema (Joiner, 2007; Joiner et al., 2005; Joiner et al., 2009). Tendo subjacente a ideia de que, para terceiros, a sua morte é preferível relativamente à continuação da sua vida (Marty, 2011; O'Keefe et al., 2014; Van Orden, & Conwell, 2011).

Segundo o PNPS (2013/2017) torna-se necessário atuar de forma preventiva, através da sinalização de idosos que vivem sozinhos, através de uma maior vigilância do estado de

saúde desses idosos, da promoção de atividades de combate ao isolamento e também através da melhoria das redes de suporte e apoio para que estas pessoas possam desenvolver as atividades de vida diária.

Existe uma ideia socialmente enraizada relativamente ao tema do suicídio, não se fala sobre o tema, tenta-se ao máximo evitar abordar um tema que é uma realidade pensando que deixar de falar por si só resolve o problema. De acordo com o PNPS (2013/2017, p. 34), *“Não se causam comportamentos suicidas por se falar com alguém sobre isso. Na realidade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real e tentar normalizar a situação induzida pelo stresse são componentes importantes para a redução da ideação suicida”*.

Torna-se necessário abordar o tema e considera-lo, tal como Freitas (2015) denomina, uma realidade pessoal, social e económica, para que se possa intervir de forma a minimizar e evitar fatores de risco, evitando desfechos trágicos como o suicídio.

A fragilidade do tema é de facto algo que acaba por interferir, mas não deverá ser por si só motivo para que se deixe de discutir e refletir sobre este tema. Procurou-se com este trabalho conhecer a perspetiva de quem um dia passou por uma situação extrema e que colocou a hipótese de atentar contra a própria vida.

Capítulo II - Metodologia

1. Desenho do Estudo

Neste estudo foi usada uma metodologia qualitativa, através da recolha de narrativas. O foco da pesquisa qualitativa está nos significados das ações e relações humanas e tem como objetivo compreender o sentido que as pessoas dão às suas experiências e vivências (Minayo & Sanches, 1993, Merriam, 2009).

A investigação qualitativa está inserida no domínio das Ciências Sociais e pretende perceber como ocorrem determinados fenómenos, focando-se nas causas e impacto que têm na vida das pessoas que os vivenciam (Guerra, 2006).

Neste tipo de investigação não se pretende generalizar, daí que o objetivo não seja estudar muitos casos, mas sim a qualidade dos relatos e seu significado (Guerra, 2006, Dawson, 2007; Merriam, 2009).

Nesta investigação optou-se pelas histórias de vida que segundo Brandão (2007) são carregadas de subjetividade, mas sobretudo carregadas de fatores emocionais em que o próprio narrador recorda momentos muito pessoais. No fundo, é esta subjetividade que acaba por fazer com que o sujeito consiga conferir um sentido diferente aos eventos da sua vida e consiga encarar de forma diferente os papéis sociais que foi desempenhando (Brandão, 2007). Ribeiro (1995, p.133) acrescenta dizendo que a visão subjetiva oferece-nos a oportunidade de perceber “o sentido que os indivíduos dão às suas ações e às dos que se situam no mesmo campo de interação e historicidade”.

2. Participantes

O presente estudo foi realizado com pessoas em contexto institucional, numa Instituição localizada em São Martinho do Bispo, situada no distrito de Coimbra.

De forma a diminuir existência de vieses nos resultados foram definidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão considerados foram: ter idade igual ou superior a 65 anos, ausência de défices auditivos, de défice cognitivos, doenças neurodegenerativas e cerebrovasculares. Exclui-se do estudo todas as pessoas que apresentassem psicopatologia diagnosticada, patologias neurodegenerativas em estadio avançado, patologia neurológica, e problemas graves de comunicação, ou défices de audição.

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos pela investigadora a Psicóloga da instituição selecionou e indicou as pessoas que deveriam integrar o estudo, tratando-se assim de uma amostra não probabilística por conveniência (Hill & Hill, 2009). Optou-se por esta forma de seleção da amostra pois a Psicóloga aplicava com regularidade o teste de Avaliação Breve do Estado Mental e assegurou que as 20 pessoas selecionadas se enquadravam no perfil pretendido.

Dos 20 idosos apenas 3 deles seguiram para a fase da entrevista semiestruturada, pois eram os que apresentavam risco de suicídio. A avaliação do risco de suicídio foi feita pela investigadora, através da aplicação do Questionário de Ideação Suicida (QIS). Na tabela 1 podemos observar uma breve caracterização dos participantes:

Tabela 1. Caracterização dos participantes no estudo

Entrevistado	Idade	Género	Escolaridade	Estado Civil	Profissão	Satisfação Rendimentos	Crenças/Práticas Religiosas	Dor	Sente-se Deprimido	Resultado QIS
E1	82	F	Ensino Básico	Soteira	Empregada Doméstica	Nada Satisfeito	Com crenças e com práticas (muita frequência)	Dor Intensa	Sim	68
E2	84	F	Ensino Básico	Viúva	Empregada Fabril	Mais ou menos Satisfeita	Com crenças e sem práticas religiosas	Dor Ligeira	Sim	50
E3	88	M	Ensino Básico	Viúvo	Talhante	Mais ou menos Satisfeito	Com crenças e sem práticas religiosas	Dor Intensa	Não	51

3. Métodos de Recolha de Dados

Como métodos de recolha de dados utilizou-se numa primeira fase um Questionário Sociodemográfico (Anexo 3) para colheita dos dados pessoais dos participantes e o Questionário de Ideação (QIS) (Anexo 4) que permitiu selecionar os idosos em risco que passariam para a fase seguinte do estudo.

O *Questionário de Ideação Suicida (QIS)* é a versão portuguesa do *Suicide Ideation Questionnaire*, elaborado originalmente por Reynolds e traduzido por Ferreira e Castela (Moreira, 2010). O QIS foi concebido, com a intenção de que os seus itens avaliassem uma hierarquia de pensamentos relacionados com o suicídio, que oscilam entre pouco graves e muito graves (Ferreira & Castela, 1999). O QIS é constituído por 30 itens, sendo disponibilizado para cada item 7 possibilidades de resposta, numa escala tipo Lickert, que oscilam entre “Nunca pensei”, até “Pensei sempre”, num sentido crescente de gravidade.

Para efeitos de gravidade cada item é cotado de 0 a 6. A pontuação total oscila entre 0 e 180. Reynolds, defende que uma pontuação **igual ou superior a 41 pontos**, pode ser de significativa psicopatologia e de **potencial risco de suicídio** (1998, citado por Moreira, 2010). Na versão utilizada ao nível da consistência interna o alfa de Cronbach encontrado foi de .96.

Na segunda fase do estudo teve como objetivo explorar a história de vida dos idosos que apresentaram risco de suicídio. Este método escolhido das histórias de vida permite compreender os acontecimentos, os contextos dos episódios de vida, as emoções, durante o percurso de vida, tal como a pessoa os vivenciou (Atkinson, 1998; Berraux, 2005).

O método utilizado foi a entrevista semiestruturada (Anexo 5), que foi elaborada pela investigadora com questões abertas, permitindo que o entrevistado relatasse acontecimentos, episódios importantes e marcantes da sua vida (Garland & Garland, 2001). A opção em utilizar um guião contribuiu de forma positiva facilitando a narrativa e evitando a dispersão para assuntos que não seriam relevantes para a presente investigação. Neste caso o guião foi elaborado respeitando o facto de se tratarem de pessoas com ideação suicida. Daí que as questões para além de abordarem o percurso de vida, também abordarem a questão das perdas, da morte, religião, fraquezas, principais dificuldades, forças, redes de apoio, satisfação e pessoas significativas. Numa perspectiva de olhar o passado, o presente mas também o futuro.

Segundo Fraser & Gondim-(2004, p. 140) *“A entrevista na pesquisa qualitativa, ao privilegiar a fala dos atores sociais, permite atingir um nível de compreensão da realidade humana que se torna acessível por meio de discursos, sendo apropriada para investigações cujo objetivo é conhecer como as pessoas percebem o mundo. Em outras palavras, a forma específica de conversação que se estabelece em uma entrevista para fins de pesquisa favorece o acesso direto ou indireto às opiniões, às crenças, aos valores e aos significados que as pessoas atribuem a si, aos outros e ao mundo circundante”*.

A utilização de uma entrevista semi-estruturada permite respeitar a temática central e conhecer opiniões, crenças e valores sobre o mundo e as suas experiências (Dawson, 2007; Fraser & Gondim, 2004; Merriam, 2009). O papel do pesquisador neste tipo de entrevistas torna-se fundamental, devendo ser um bom ouvinte e estar preparado para eventuais pausas provocadas por sentimentos e emoções ligados às memórias (Atkinson, 1997). Segundo Tavares (2000) este tipo de entrevistas é utilizado quando o investigador tem objetivos claros acerca do tipo de informação que é necessária obter, utilizando perguntas padronizadas ou que de certa forma levem a conseguir explorar determinados temas relevantes para a investigação.

Resultado destas entrevistas surge informação que deve ser interpretada pelo investigador. Bogdan e Biklen (1994) referem que os dados acarretam o peso de qualquer interpretação, ou seja o investigador deve conseguir ser o mais imparcial possível omitindo as suas opiniões pessoais. Deve ser rigoroso na abrangência da recolha e análise dos dados, e considerar a contextualização teórica (Bogdan & Biklen, 1994).

4. Procedimentos

Numa primeira fase foi feito um contacto presencial, numa reunião com a diretora técnica da Instituição em Maio de 2017, a quem foram explicados os objetivos da investigação. Desde logo se mostrou bastante interessada pelo tema, que considerou pertinente e essencial de abordar, sendo de imediato formalizado o pedido de autorização do presente estudo por e-mail (Anexo 2), onde apresentamos o estudo, bem como os objetivos e materiais a utilizar.

Em Junho de 2017, obtivemos a aprovação por parte da Direção e autorização para dar início à investigação.

Foi-nos sugerido por parte da Instituição que coordenasse o meu trabalho em parceria com a Psicóloga da instituição, por se tratar de um tema difícil de abordar.

O estudo decorreu por duas etapas, sendo que a primeira delas decorreu de 12 de Junho 2017 a 29 de Junho 2017. Nesta primeira etapa antes de aplicar os instrumentos às pessoas idosas, deu-se a conhecer o objetivo do estudo em questão e garantiu-se a confidencialidade das respostas. Para que todos estivessem devidamente esclarecidos assinaram o consentimento informado, garantindo a participação no estudo por vontade própria. Cada sessão foi realizada numa sala, que reunisse as condições adequadas, não só no que toca às condições ambientais mas também de privacidade. Todos os participantes foram questionados individualmente e em condições que permitiam manter a confidencialidade. As questões foram feitas oralmente e os questionários foram lidos e preenchidos pela investigadora. A sessão iniciava com o preenchimento do questionário sociodemográfico (Anexo 3) não só para recolher dados pessoais, mas também para estabelecer alguma ligação de confiança, visto se tratar de um tema delicado. Depois de responder ao questionário cada pessoa idosa teve de responder ao Questionário de Ideação Suicida. O preenchimento dos questionários foi feito pelo investigador, para evitar a falta de compreensão das questões.

No final de questionados os 20 participantes que incluíram o estudo, fez-se uma análise dos resultados obtidos no QIS (gráfico 1). Verificou-se que apenas 3 idosos poderiam avançar para a fase das narrativas de vida, pois eram os únicos que apresentavam uma pontuação igual ou superior a 41 pontos, ou seja, potencial risco de suicídio (1998, citado por Moreira, 2010).



Gráfico 1 - Resultado do Questionário de Ideação Suicida

A segunda etapa do estudo teve início dia 7 de Julho de 2017 e final dia 12 de Julho de 2017. Nesta fase procedeu-se às narrativas de vida, onde se utilizou uma entrevista semiestruturada. Os dias foram agendados de acordo com a rotina da instituição e a disponibilidade dos idosos em questão, pois requeriam o tempo necessário, para que os idosos estivessem com tempo para falar de forma livre e sem restrições.

Todo o procedimento de recolha de informação foi gravado em áudio e a gravação foi transcrita na íntegra para papel, constituindo o corpus do trabalho. Posteriormente procedeu-se à análise qualitativa da informação recolhida com as entrevistas, através da técnica de análise de conteúdo. Durante a transcrição das entrevistas, considerou-se não só as falas, mas também as pausas no discurso foram verificadas e consideradas as repetições e recorrências, a fim de se delinear eixos comuns de classificação dos dados colhidos (Guerra, 2006).

Capítulo III – Análise Interpretativa

Neste capítulo faz-se a apresentação descritiva e interpretativa dos dados obtidos, de forma a apresentar e descrever o grupo em estudo e os dados recolhidos nas entrevistas aplicadas. Em primeiro lugar procedeu-se à análise do grupo estudado de forma a permitir a caracterização da mesma e seguidamente procedeu-se à análise e discussão das categorias resultantes da entrevista, definindo-se o sistema categorial à posteriori.

1. Grupo Estudado

Tratando-se de um estudo qualitativo não interessa a quantidade mas a representatividade e particularidades tendo em conta o tema principal da investigação, o suicídio (Guerra, 2006).

As pessoas incluídas no estudo, foram os que apresentaram um score igual ou superior a 41 pontos no QIS, isto porque segundo Reynolds, uma pontuação **igual ou superior a 41 pontos**, pode ser **potencial risco de suicídio** (1998, citado por Moreira , 2010).

Na tabela 1 apresentamos as principais características das pessoas que fizeram parte do presente estudo:

Sujeito	Idade	Sexo	Escolaridade	Estado Civil	Satisfação Rendimentos	Crenças/ Práticas Religião	Dor	Deprimido	Resultado QIS
E1	82	F	Ensino Básico	Solteira	Nada Satisfeito	Com crenças e com práticas	Dor Intensa *	Sim	68
E2	84	F	Ensino Básico	Viúva	Mais ou menos Satisfeita	Com crenças e sem práticas religiosas	Dor Ligeira *	Sim	50
E3	88	M	Ensino Básico	Viúvo	Mais ou menos Satisfeita	Com crenças e sem práticas religiosas	Dor Intensa *	Não	51

*Avaliação subjetiva feita por cada uma das pessoas que integraram o estudo, não tendo sido utilizada nenhuma escala de avaliação.

De acordo com os dados observáveis na tabela verificamos que a idade média da amostra é de 84,6 anos. Os dados da literatura apontam para o facto de determinadas características demográficas como sendo fator de elevado risco de suicídio, a idade avançada é uma delas (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen, & Kupfer, 1997).

O sexo também é considerado fator de risco para o suicídio, esta amostra é constituída por duas pessoas do sexo feminino e uma do sexo masculino. A literatura demonstra que as taxas de suicídio são mais elevadas nos homens do que nas mulheres, ainda que são as mulheres que apresentam mais ideação de suicídio, há autores que referem o “paradoxo do suicídio”. Isto porque de acordo com Canetto (2008) na maioria dos países, as taxas de suicídio são três a quatro vezes maiores em homens, enquanto que as mulheres apresentam mais ideação e tentativas, este facto que tem sido denominado “paradoxo do suicídio”,

representado pela maior frequência de tentativas em mulheres e de suicídios consumados em homens.

O estado civil é também considerado um fator importante na análise da temática sendo que um risco de suicídio mais elevado tem também sido associado a ser solteiro, viúvo (Borges Angst Nock, Ruscio, & Kessler, 2006), separado ou divorciado (Campos, & Holden, 2014; Cutright, Stack, & Fernquist, 2006; Kposowa, 2002). Na tabela podemos verificar que nas pessoas em estudo temos dois viúvos e um solteiro.

Relativamente às crenças e práticas religiosas neste grupo a presença de crenças religiosas é transversal aos três entrevistados, mas a prática religiosa acaba por não ser uma realidade, na maioria das situações. Há autores que acrescentam a ausência de práticas religiosas, como fatores de risco, juntando os problemas afetivos, insatisfação económica, saúde física e mental e sentir-se deprimido como fatores de risco importantes e a ter em conta (OMS, 2000; Campos & Leite, 2002; Saraiva, 2003).

Um outro fator pertinente é a questão da dor, podemos observar na tabela, que nos três casos apresentados os idosos referem a presença de dor, variando entre dor intensa e ligeira. Apesar de esta avaliação ter sido com base numa avaliação subjetiva em que o próprio indicava entre os vários níveis de dor apresentados no questionário sociodemográfico qual o mais indicado de acordo com a dor que sentia. No entanto esta não deixa de ser uma informação importante. Pois os estudos demonstram que a dor física também contribui para aumentar o risco de ideação e comportamentos suicidas, sendo que no homem esta questão ganha maior relevância (Van Orden, & Conwell, 2011; Hooley, Franklin, & Nock, 2014). A dor física parece estar associada ao desejo de morrer e à ideação suicida em pessoas de maior idade (Fässberg, Cheung, Canetto, Erlangsen, Lapierre, Lindner, Draper, Gallo, Wong, Wu, Duberstein, & Waern, 2016).

2. Análise Qualitativa

A partir da leitura e análise compreensiva do material coletado, foi possível identificar, considerando a repetição de temas, algumas categorias que se consideraram importantes de analisar, tendo em conta o objetivo do trabalho: conhecer os percursos de vida e a perspectiva de morte em idosos com risco de suicídio. A abordagem de narrativa de vida, permitiu-nos obter uma informação muito abrangente relativamente ao percurso de

vida de cada pessoa estudada. Sendo que a individualidade de cada pessoa, faz com que a análise, seja de maior dificuldade. O material conseguido, acaba por ser uma visão do próprio sobre o seu percurso de vida, a forma como encara todos os acontecimentos e a satisfação/insatisfação perante os mesmos. De certo modo, essa auto percepção é também ela importante de considerar num estudo em que se fala de pessoas com risco de suicídio.

Após a análise de conteúdo efetuada consideraram-se algumas categorias que são transversais aos três entrevistados, e acabam por ser temas chave. São elas:

Categoria 1 – Relações Afetivas

Sub-Categoria 1.1 – Família

Categoria 2 – Perdas

Categoria 3 – Limitações Físicas

Categoria 4 – Auto percepção/Autoconceito

Categoria 5 – Institucionalização

Categoria 6 – Morte

Sub-Categoria 6.1 – Religião e Morte

Categoria 7 – Ideação Suicida/Desejo de Morrer

Categoria 8 – Perspetiva de Futuro

Análise das Categorias e Subcategorias:

Categoria 1 – Relações Afetivas

As relações afetivas têm grande impacto na vida das pessoas, à medida que os anos vão passando as relações vão ganhando outra dimensão e significado. No envelhecimento a dimensão afetiva ganha maior relevância servindo de suporte e retaguarda para enfrentar as exigências do dia-a-dia , em que o idoso se depara com diversas mudanças às quais tem de se adaptar.

Nos entrevistados verifica-se que existe ainda uma memória bem marcada das relações afetivas do passado, sendo que muitas dessas relações já se perderam devido às perdas, mas ainda assim tiveram impacto nas suas vidas:

(30:23) E1 – Era, era com os meus pais foi sempre boa...

(30:25) E1 – Com os meus irmãos a partir da a partir de uma certa idade cada um foi para seu lado, tínhamos alturas que só nos víamos de dois em dois anos (...)

(31:12) E1 – Custa-me muito porque vejo o desprezo o desprezo como eles me tem, (...)

(32:38) E1 – Dava dava (Relação com a Avó, então foi praticamente, fugia sempre para casa dela era perto aqui, aqui na Ventosa, era perto da da da nossa da nossa casa era perto e pronto e é assim só queria ir para casa da minha avó, (...)

(1:27:47) E2 –Aaa davaaaa (relação com o marido) agente às vezes tinha coisa porque ele gostava muito da pinguita.

(1:30:04) E2 – Dava, dava, dava! Iamos para excursões iamos pronto, passear e....

(1:30:13) E2 – Foram, fomos (felizes juntos). Olha, baixos e altos eee pronto ele era uma pessoa que trabalhava de carpinteiro porque ele foi, eles foram criados sem pai e sem mãe. Relação com irmão: (1:32:44) E2 – Dava-me bem, dava-me dava. Que o meu irmão andava lá na fábrica depois foi para a tropa depois da tropa foi para a Guarda Republicana ee e ia muita vez a Lisboa.

Relação com a mãe: (1:33:00) E2 – Também dava. A minha mãe tinha assim um feitio porque...a minha mãe tinha que ser era tudo, tudo, queria tudo à maneira dela.

Relação com a esposa: (17:54) E3 – Boa boa, uma relação boa.

(18:00) E3 – Tínhamos as nossas coisas, casa que não é ralhada não é governada.

(18:07) E3 – Mas era aquilo depois passava, danava-se daqui a um bocado já não era nada.

Relembrem os parentes mais próximos como pais e o conjugue, nota-se que existe muito saudosismo de um tempo que não volta e de relações que apesar de não terem sido perfeitas, pelos mais diversos fatores, eram relações significativas e que os faziam sentir o verdadeiro significado de família.

Mais uma vez se comprova a importância desta categoria quando se pede para destacarem os aspetos positivos do percurso de vida os principais aspetos dizem respeito aos contactos sociais e às relações afetivas, não só na infância e durante as brincadeiras de infância, como também as relações que se estabeleciam no trabalho.

(14:04) E1 – As coisas boas que eu tive foi quando estaváa a servir nessa casa porque eles eram do Montijo e de Li de Lisboa também, também ainda estive em Lisboa meio ano, mas isso foi com a Senhora onde estive trinta anos.

(43:57) E2 – Depois ia ia assim para casa então da minha madrinha. Quando me apetecia lá ia mas depois a minha mãe tinha saudades minhas ia me lá buscar, eu ficava tão má quando ela me ia lá buscar, porque eu gostava, pronto, gostava de lá estar.

(10:07) E3 – Coisas boas? Não tinha nenhuma, não tinha nenhuma nunca tive, de resto fui sempre um passarinho sem sem ninho, quer se dizer não tinha ninguém, só os conhecimentos que ia arranjando (espilra)

(10:30) Sofia – Então e ó Sr. E3 mas olhando para trás por exemplo a sua esposa foi uma coisa positiva?

(10:34) E3 – Aiiii foi isso foi positivo!

(10:44) E3 – Tudo, foi um trabalho a que me acostumei e não quis outra coisa.

(11:12) E3 – Não, não! Tive uma boa passagem. Sabe que eu quando era novo acompanhava muito com os velhos.

(11:27) E3 – Velhos num modo de falar, mais velhos do que eu! Eu acompanhava-os sempre ao domingo costumávamos sempre ir passar, numa certa altura a partir de outra já não. Mas íamos ao domingo jogar à sueca.

As relações marcaram muito a vida dos três entrevistados seja se forma positiva ou negativa. É interessante perceber que olham para essas relações como algo de positivo. No entanto a falta de relações significativas, como é o caso do terceiro entrevistado acabam por ter grande impacto, de tal forma que evita falar do passado, pois isso traz-lhe alguma mágoa. E apesar de a relação com a esposa ter sido boa, apenas consegue focar-se nas relações afetivas que lhe causaram tristeza.

Há no entanto relações mais significativas que outras, por exemplo a relação com os filhos, ou família em geral:

(1:41:24) E2 – Os meus filhos foram sempre bons! (1:41:27) E2 – Quer dizer nunca ninguém me veio fazer queixa deles, pronto, nada...nada! (1:43:37) E2 – Pois era! Os meus filhos nunca trataram ninguém mal, nunca nunca nunca nunca! Nunca ninguém me veio fazer “o teu filho tratou-me mal ó ó”, não senhora!

(23:15) E3 – Isso era era, era a família! (23:23) E3 – Exato! Eram as minhas forças.

No entanto a falta de relações sociais significativas acabam por ser motivo para uma insatisfação face ao presente que acaba por deixar a pessoa deprimida, alienada, triste, sem nada que consiga destacar como positivo. Observável em alguns desabafos:

(34:37) E1 – Nessa altura continuava a estar a ter essas coisas pra...mas agora não agora por...agora sinto é que quanto mais....e peço é que nosso senhor me leve porque ando farta desta, ando farta do mundo porque vejo tanta coisa tanta coisa e já passei também por tanta coisa que não me interessa nada andar cá neste mundo. Não tenho os meus pais, não tenho a minha irmã, tenho só uma irmã e dois irmãos, os dois irmãos querem tanto saber de mim como eu quero saber do que vai em São João da Madeira ou Coimbra, quero lá...mas os outros...

Apesar de existir uma insatisfação perante as relações afetivas do passado, e por nos momentos de maior fragilidade se terem sentido sozinhos, acabam por conseguir destacar pessoas significativas e que marcaram as suas vidas, numa comparação entre passado e presente, sendo que no passado existia alguém e hoje não há ninguém:

(54:47) E1 – Eu, sou para além da família talvez os meus pais e eles na altura não eram como são agora, e e as pessoas onde eu trabalhava porque eram eram pessoas que me estimavam e que gostavam de mim.

(55:18) E1 – *Pois exato...sentia-me acarinhada e e e pronto sentia não tenho que dizer de nenhuma e de nenhum de nenhuma por isso.*

(1:55:34) E2 – *(Tosse) Sei lá...os meus filhos (pausa) ...meu marido também foi importante porque vivemos muitos anos não é. E sempre gostei da minha nora do mais velho, da outra gosto dela mas...tenho pouca convivência com ela.*

(32:24) Sofia – *E diga-me uma coisa Sr. E3 as pessoas mais significativas, mais importantes para si quem foram? Foi a sua avó mais alguém?*

(32:34) E3 – *Isso depois acabou está claro, ela morreu, depois deixei de ter família lá em cima.*

(32:40) Sofia – *E havia mais...*

(32:41) E3 – *Tinha sobrinhos, tinha tios...*

(32:44) Sofia – *E eram importantes para si?*

(32:45) E3 – *Eram.*

(32:50) E3 – *Eram só que eu não precisava dele. Eu passei a não precisar deles. E eles deixaram de me ligar também, eu liguei pouco à minha família. Liguei pouco...*

(33:29) E3 – *Importante não sei dizer quem é que foi a pessoa importante.*

Enquanto que para o E1 e E2 existe facilidade para identificar pessoas significativas, para o E3 existe uma dificuldade em nomear alguém que tenha sido importante, num discurso onde se nota uma mágoa imensa e ao mesmo tempo revolta, por se ter sentido tão desamparado nos tempos de juventude, afirmando que “não precisava” do apoio da família, quando no fundo se percebe que este desapego lhe causa grande tristeza.

No presente existe uma ausência de pessoas significativas:

(55:44) E1 – *Assim...À vista larga não vejo nada. (55:49) E1 – É tudo, é tudo muito muito, é tudo muito para si só os outros...*

(56:00) E1 – *Que se lixem...*

(1:58:21) E2 – *Os meus filhos e os meus netos, e os meus bisnetos também gosto muito deles.*

(33:39) E3 – *Hoje tenho, já não tenho mas tinha muita gente, (...)*

(35:26) E3 – *Tenho! Hoje são os netos e a minha filha e o meu genro.*

(35:31) Sofia – *Só uma filha? E as outras?*

(35:34) E3 – *A outra quando falo não é por aqui por ali, agora a outra não falo, agora para mim para mim a minha família chegava é é a Clara, é o Tino...*

Apesar de ainda terem família nota-se um distanciamento e a percepção de que as relações que estabelecem hoje não são as que desejariam, ou pelo menos da forma como desejariam. A integração na instituição acaba por alterar estes contactos familiares, e nem existe uma boa adaptação a esta mudança. No caso do E2 e E3 verifica-se um discurso de profunda tristeza e insatisfação pela ausência de pessoas significativas. No caso particular do E3 esta insatisfação surge pela comparação que o próprio faz com as relações que teve

ao longo da vida. Sendo que no presente, apesar de ter filhas e netos, não se compara com uma vida em que esteve sempre rodeado de pessoas pelo facto de ter tido uma profissão que o fazia contactar com muitas pessoas, e no fundo esse contacto acabava por suprir as necessidades afetivas que tinha, pois sentia o carinho e respeito dos seus clientes.

Um indivíduo com sentimentos de não pertença reporta experiências de alienação ou desconexão social não se sentindo como parte integrante de qualquer grupo (Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, & Rudd, 2009). Joiner (2005), acrescenta referindo que esta desconexão poderá ser causada por uma insatisfação do próprio em relação às interações que estabelece ou mesmo relacionamentos que são desagradáveis, instáveis, pouco frequentes, ou com falta de proximidade afetiva irão contribuir para sentimentos de não pertença (Cornette et al., 2009). (Hill, & Pettit, 2014; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010) acabando por sentir um baixo sentimento de conexão social, isolamento ou solidão. (Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Sub-Categoria 1.1 – Família

A família é um fator importante no que toca às necessidades do ser humano, não só por nos acompanhar desde o momento em que nascemos mas também pelo facto desse momento resultar nos primeiros vínculos afetivos. Ao longo da vida é a família que é responsável por sensações de segurança, apoio e suporte social (Dias, 2000; Carvalho & Almeida, 2003). Estar inserido numa família seja ela primária ou secundária, traz sentimentos de pertença, inclusão, valorização, estima que vão permitir uma melhoria no que respeita à adaptação social mas também no que concerne ao bem-estar geral do indivíduo (Dias, 2000; Carvalho & Almeida, 2003; Inouye, Barham, Pedrazzani, 2010).

Autores referem maior risco de suicídio em sujeitos solteiros ou com rede social precária (Botega, 2015; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014).

Ao pedir que nos falassem do seu percurso de vida verifica-se que a família tem um peso muito importante na vida de cada um dos entrevistados, logo desde os tempos da

infância onde se destacam pessoas significativas ou por outro lado a ausência de laços e vínculos afetivos.

E1 – (0:29) “(...) agente não, agente era brincar na estrada e assim, não foi grande, a partir de que vim para Coimbra não, depois fui com a minha avó que a minha avó foi para Carregal do Sal e depois foi para casa de uns senhores que quando ela estava aqui em Coimbra.”

(18:19) E2 – Olhe a minha infância foi criada pouco mais ou menos aqui na cidade em casa de uns padrinhos não eram meus padrinhos mas eu chamava padrinhos a todos,(...)

(16:28) E3 – Fui criado com os avós, a minha mãe só soube fazer-me mais nada!

(17:43) E3 – Os avós eram os meus melhores amigos.

(3:30) E3 – Fui criado sem ninguém, a partir dos dez anos deixei de ter família porque vim de uma terra Celorico de Bastos, cento e cinquenta quilómetros para mais ou para menos para ao pé de um tio de um tio que me tirou da escola para vir servir eu vim para cá para Coimbra para uma quinta para tratar do gado. (4:49) E3 – Eu vivia só com a minha mãe, não tinha pai fui feito por favor, eu fui feito por favor.

O sentimento de pertença ou a ausência de e acabam por ser preditores de bem-estar para os indivíduos, uma vez que representa um suporte, um grupo que apoia e transmite segurança, sendo que durante a infância adquire características especiais uma vez que existe maior fragilidade e vulnerabilidade (Schenker & Minayo, 2003; Pratta & Santos, 2007; Schlösser, Rosa, & More., 2014). A má qualidade dos vínculos familiares leva a consequências negativas para o bem-estar geral da pessoa (Carvalho & Almeida, 2003).

(25:07) E1 – Na minha infância lembro-me que os meus pais me contavam que eu não tenho ideia nenhuma levantava-me, agente já se sabe que na aldeia é assim, agente levanta-se em fralda de camisa cá fora com o rabo à mostra...

(25:31) E1 – Naquele tempo nas aldeias era assim, eraaa assim! Agora não...e e era assim de perto não havia carros, não havia automóveis agente podia andar à-vontade.

(1:23:07) E2 – Olhe foi uma praia que fizeram em frente ao parque no Mondego.

(1:23:21) E2 – Como o rio levava pouca água e e depois lá o o filho da minha madrinha, pronto que eu lhe chamo lá lá coiso andava de barco lá, e eu era pequenita e dizia assim, “ ai o primo cai à água” e ela às vezes ainda se lembra, a minha madrinha que já morreu.

(15:53) E3 – Aaa quando era mais pequeno isso quando era mais pequeno era o problema que não tinha ninguém.

(16:28) E3 – Fui criado com os avós, a minha mãe só soube fazer-me mais nada!

(16:30) Sofia – E esse tempo com os seus avós, foi um tempo feliz?

(16:36) E3 – Foi foi, foi feliz, eram muito meus amigos.

Os apoios mais uma vez relacionados com a família, sendo que na ausência de um suporte familiar, estes apoios ou não existiram ou foram substituídos por apoios de pessoas, que acabavam por não ser família mas dar o suporte e apoio nas alturas mais complicadas. A falta de apoio nos momentos difíceis do passado acaba por causar mágoa no presente. Porque na altura que mais precisaram quem os ajudou não foi quem eles mais esperavam, a família.

(49:19) E1 – Já tenho tido pessoas que me ajudam e uma dessa é a Saozinha (Senhora para quem trabalhou/serviui) que é a tal senhora...(49:37) Sofia – E da sua família? Não a ajudavam?

(49:41) E1 – Não, não...

(49:59) E1 – Os meus irmãos a lembrança que eu tenho dos meus desse meu irmão mais velho do outro do Augusto não a única lembrança que eu tenho foi isto (um saco) que eles me deram, por isso é que eu tenho de ter isto guardado foi uma faca e um garfo que me deram...(50:25) Sofia – E guarda isso com carinho?

(50:27) E1 – Humm não guardo com muito carinho...

(30:41) E3 – Ninguém me ajudou! (30:44) E3 – Não, nunca ninguém me ajudou.

(30:57) E3 – Não não fui acostumado a ninguém e assim continuei. Continuei a não precisar de ninguém.

Por outro lado quando de facto as relações familiares são significativas o apoio que necessitaram acaba por ter sido dado principalmente pelas pessoas mais próximas:

(1:54:57) E2 – Aaa pelo menos a minha mãe, às vezes pronto ela lavava a roupa no rio, levava levava-me a minha roupa e lavava-ma e enquanto pôde. Depois eu saia da fábrica e ia para o rio.

(1:55:15) E2 – Aaa a quando pôde ajudava, depois também deixou de puder e olhe, eu é que a ajudava a ela.

Categoria 2 – Perdas

A proximidade com a morte não só a própria morte mas também com a realidade da perda de pessoas significativas cria muitas vezes a sensação de incapacidade em dominar algo que o transcende, e também com a perda de ligações com significado, a solidão, o desânimo e a depressão acabam por se instalar na vida do idoso, e por consequência aumentar a sua fragilidade (Mitty & Flores, 2008; Silva et al. 2015).

Estas situações causam sofrimento extremo, que acaba por precipitar ideações suicidas que surgem como pedidos de ajuda mas também podem ser fatais (Cassorla, 1984/1992).

Costa (2013) acrescenta dizendo que determinados acontecimentos como a morte de cônjuge, amigos ou familiares, o prolongamento da vida sem dignidade que acarreta problemas económicos e emocionais aos familiares, mudanças de papéis sociais ou situações de dependência física ou emocional, nos quais o idoso se sente humilhado e por isso sem vontade de viver, são acontecimentos que poderão levar ao suicídio.

Minayo & Cavalcante (2010) dão especial atenção também à viuvez e à morte de familiares e pessoas próximas e significativas que acabam também por ter grande impacto no dia a dia levando a situações extremas em que a pessoa pensa que mais nada vale a pena.

(17:11) E1 – Foi, foi grande mas maior ainda foi foi a da minha irmã que era gêmea comigo....

(17:21) E1 – Isso custou-me muito...

(18:15) E1 – Senti uma saudade maior ainda porque, porque voltei a ver a fotografia, daaa presente, que é tinha sido ela ela morreu fez fez dois anos em dezembro, não sei...foi.

(18:35) E1 – Faz dois anos em Dezembro sim eeee e senti uma dor muito grande eramos muito amigas.

(19:21) E1 – Não tinha mais ninguém de família depois vejo-me assim um bocadinho em posta de lado pelos meus outros dois irmãos.

(50:20) E2 – A do meu neto foi pior, morreu me a, morreu me o meu irmão há treze anos,(...)

(52:28) E2 – Aaaa já há muito tempo que agente não lidava, não é, tive pena do meu irmão não é, (...)

(56:32) E2 – (...)eles morreram o meu marido e a minha mãe diferença de um ano,(...)

(1:02:19) E2 – E depois o meu neto faz agora então dois anos no dia três, foi a morte que me custou mais na vida porque, porque o meu irmão já não lidava com ele háa, já há anos, não é.

(1:17:45) E2 – O meu filho quis se matar como o neto se matou, mas depois lá andaram de volta dele, da davam-lhe então comprimidos, (...)

(12:33) E3 – Com a morte dela lidei mal porque eu fiquei depenado!

(12:40) Sofia – E ficou triste?

(12:41) E3 – Então pois tinha que ficar.

(12:49) E3 – Senti falta da minha mulher. (Silêncio)

(12:54) E3 – Senti, senti tudo! A dor, tudo!

(13:06) E3 – A minha mãe já tinha perdido à muito tempo.

(13:11) E3 – Essa não me custou tanto, porque estava fora dela.

(13:17) E3 – Pois aí é que está não queria dizer, não quer dizer que eu não gostasse da minha mãe, mas aquele afeto verdadeiro não havia.

(13:32) E3 – Pois então se ela não se ela se ela serviu para me fazer e não serviu para me criar evidente que aquela amizade não existia, a amizade de mãe não existia aquele amor verdadeiro...

A viuvez neste último caso teve um impacto muito grande pois era a família que o entrevistado E3 nunca teve. Para uma pessoa marcada pela falta de relacionamentos significativos ao longo da vida, este momento de perda acaba por ter um impacto ainda maior na vida da pessoa, tal como o Sr. E3 refere:

(14:22) E3 – Senti-me outra vez sem ninguém!

A solidão e a tristeza, apesar de ter as filhas, tinha morrido a companheira de uma vida, e a pessoa que de certa forma mantinha a família unida.

Categoria 3 – Limitações Físicas

Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS, 2013), o envelhecimento caracteriza-se por um período de mudanças físicas, que exigem capacidade de adaptação. Por vezes estas mudanças físicas levam a uma situação de dependência que nem sempre são fáceis de ultrapassar. Esta dificuldade e incapacidade em lidar com as diversas alterações que vão surgindo levam a pessoa muitas vezes a ponderar colocar fim à vida, encarando a morte como uma libertação da condição de fragilidade que estão a viver (Holmes, 1997).

A presença de doença física acaba por ser também fator de risco principalmente se a ela estiverem associados outros défices ou perturbações que pressuponham a dependência de terceiros. Cerca de 70% dos idosos que se suicidaram apresentavam algum tipo de doença física na altura da morte (Dorpat, Anderson, & Ripley, 1968), quanto mais limitativa da autonomia e dolorosa for a doença física, maior será o risco para pensamentos e comportamentos suicidas.

Estas limitações físicas acabam por colocar em risco a capacidade funcional dos idosos, ou seja a capacidade de decidirem e atuarem de forma independente em questões essenciais do seu dia-a-dia, questões estas que vão desde Atividades Instrumentais da Vida Diária mas também em Atividades Básicas da Vida Diária (Piteira, 2016).

Esta situação de dependência acaba por levar a uma insatisfação do próprio relativamente às suas necessidades, sentindo-se impossibilitado de realizar tarefas sem a ajuda de terceiros (Drago & Martins, 2012). Park (2014) acrescenta referindo que as limitações em atividades do quotidiano foi associada a ideação suicida em idosos.

(22:36) E1 – Não, não! Não há ninguém que consiga pôr uma fralda a si próprio!

(22:44) E1 – Pois, não posso fazer isso, o resto faço tudo! Ahhh pronto ahhh visto-me se for preciso e e lavo me tomo banho, tomo, banho é que não porque eu não me seguro nas pernas tenho medo de cair. ..(...)

(23:52) E1 – Mas fazia se lá tivesse, tinha-o feito! Depois tudo isto me faz andar triste e olhe e choo...

(24:03) E1 – E chorar, que é um, é um tubo de escape!

(1:19:15) E2 – Tenho, tenho. É as minhas pernas.

(1:19:59) E2 – (...)porque esta perna tem muitos problemas porque eu já tive duas fraturas na bacia, e depois tive que estar um mês de cama, sem me mexer, e depois apanhei a fluvite, depois tive de estar nove dias no hospital fiquei sempre com a perna inchada (...)

Ainda gosta de colaborar com algumas tarefas que a fazem sentir-se capaz:

(1:21:16) E2 – Ai eu lavo, eu eu ao sábado tomo banho, lavo a casa de banho, só não lavo o lavatório nem essas coisas, que elas desinfetam ao sábado desinfetam isso, mas o chão lavo o chão, lavo o meu quarto todo. (1:21:33) E2 – Com uma esfregona lavo tudo, lavo a varanda, acarto água e lavo a varanda e tudo.

(15:00) E3 – Isso limitações físicas, em questão de físico a vida está na mesma agora aaa com respeito à vida, a vida modificou-se.

Verifica-se que as limitações físicas dificultam a realização de algumas tarefas da vida diária e que isso causa alguma tristeza, muito associada ao sentimento de incapacidade. Ainda assim existe no caso da E2 existe uma vontade de continuar a executar tarefas diárias que a fazem sentir-se capaz e útil. No caso do E3 existe uma desvalorização da parte física, uma vez que o que lhe causa verdadeira tristeza são as questões afetivas e a mudança que a sua vida levou, pois era uma pessoa muito ativa e independente.

Categoria 4 – Auto percepção/Autoconceito

Nesta categoria podemos verificar a forma como cada um dos entrevistados percebe o seu passado mas também o seu presente.

Uma percepção de um passado que não foi fácil mas que no presente é visto como algo aceitável, tanto é que quando interrogados sobre o que mudariam no percurso de vida as respostas são claras:

(43:43) E1 – Não sei filha! Não mudaria nada.

(44:00) E1- Fazia igual, num num não sabia fazer mais nada! (silêncio)...Fazia renda e e pronto e num num não tinha ia ia saia ao domingo enquanto a minha irmã lá esteve enquanto não adoeceu, de resto ahh era uma vida uma vida monótona.

(1:52:46) E2 – Ah então nada!

(1:52:49) E2 – Então agente antigamente qualquer coisa agente se...servia! É! Gostava muito era de dançar!

Ainda assim no caso do terceiro entrevistado (E3) existe uma grande relutância em falar do passado, recordá-lo deixa-o triste e revoltado. Pois como o próprio refere:

(27:01) E3 – Hummm hummm não fale muito do passado para trás porque eu tenho muito poucas saudades do passado!

(27:10) E3 – Tenho! Quer dizer tenho um passado mau.

(27:14) E3 – Um passado sem família, um passado de trabalho, eu não tenho nenhum passado, era trabalho e e sem ninguém”

No caso deste entrevistado existe uma dificuldade em responder de imediato à pergunta, porque cada vez que relembra o passado vem-lhe à memória todo o sofrimento por ter crescido sem a ligação afetiva dos pais, no fundo por saber que essa seria uma coisa que mudaria, mas que não depende dele, sente-se impotente, em relação ao passado. No entanto quando questionado pela segunda vez:

*(28:31) Sofia – No seu passado não mudaria nada? Fazia tudo igual?
(28:33) E3 – Não não!*

Esta aceitabilidade do passado não se verifica no presente, os três entrevistados percecionam o presente com tristeza, marcado pela ausência de contactos sociais. Como podemos verificar nos seus discursos:

*59:10) E1 – Sinto-me infeliz, sinto-me triste porque vejo muita coisa. (59:16) E1- Vejo muita coisa triste, e muita coisa má e muita coisa mal feita e coisas que dizem essas coisas todas.
(59:27) Sofia – Então define-se uma pessoa triste D. Helena?
(59:30) E1 – sinto filha...(59:34) E1 – Não tenho alegria nenhuma, às vezes lá estão com, elas às vezes fazem palhaçadas..(59:43) E1 – Mas isso é só instantâneo, humm não sinto alegria nenhuma, nenhuma nenhuma nenhuma nenhuma.*

*(38:39) E3 – Pessoa animada até aos momentos, mas também há há alturas em que aaa aaa vêm coisas à cabeça que não deviam vir!
(38:50) E3 – Passagens da vida. (38:55) E3 – Passagens é o mau não é o bom.
(39:00) E3 – Não me faz sentir aa aaa aaa era era era como é que hei de dizer, era uma vida boa, era uma vida bonita e hoje é uma vida como você vê!
(39:18) E3 – É uma vida sem ninguém (Risos). Eu tinha aqui muita gente, mas não tenho aqui ninguém!*

A falta de interação social, de relações significativas levam a sentimentos de solidão que são preditores de suicídio, a falta de apoio familiar e o sentimento de desamparo emocional e a falta de suporte adequado de pessoas significativas faz com que o idoso se sinta alienado. A falta de apoio e suporte familiar faz com que o idoso se sinta inútil, sem perspectivas futuras e com pouca capacidade e vontade para alterar a situação, encarando a morte como a única saída (Americano of Suicidology, Marques & Sousa, 2012, citados por Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário, 2015)

Existe uma insatisfação latente perante o facto de estarem num lugar (Instituição) onde não são verdadeiramente felizes:

*(58:00) E1 – Olhe estou aqui até que Deus queira e que eu espero que seja bem depressa.
(58:15) E1 – O que eu queria era era morrer não queria mais nada. (58:19) Sofia – Queria morrer?*

(58:20) E1 – *Queria! Ando farta, farta de tudo de tudo de tudo, farta de do mundo farta de pessoas, falta de amizade de muita gente.* (58:34) Sofia – *Sente mais falta de quê D. E1? Da amizade...*

(58:38) E1- *Da amizade pois!*

(1:00:02) E1 – *Olho para a fase da minha vida que quando morrer acaba tudo! E ao menos já estou livre desta dessas coisas todas...*

2:01:44) E2 – *Dou-me bem com toda a gente.*

(2:01:46) Sofia – *Mas sente-se bem aqui com o ambiente que tem?*

(2:01:49) E2 – *Sim sinto sinto.*

(2:01:51) E2 – *Não, não. Se tivesse a minha casa sempre era coiso era diferente não é? Mas, mas estou bem...*

(39:37) E3 – *Enquanto eu mais depressa me for, mais depressa me fico.*

(39:48) E3 – *Feliz e infeliz.*

(39:52) E3 – *Porque vivo sem ninguém porque a minha lamentação toda é a família, não tenho família. Não tenho ninguém.*

40:53) Sofia – *Sente-se sozinho Sr. António?*

(40:56) E3 – *Sinto!*

(41:00) Sofia – *Sente-se deprimido? Triste?*

(41:02) E3 – *Algumas vezes.*

Verifica-se nos três entrevistados que existe uma insatisfação perante as relações afetivas que estabelecem no seu dia-a-dia. Existindo um sentimento de solidão.

Costa (2013), salienta o facto de a insatisfação em relação que o individuo estabelece com os outros mas também consigo próprio, potenciarem a ideação suicida ou mesmo ao suicídio. O discurso dos entrevistados é marcado mais uma vez pelo fator solidão que entre muitas questões faz aumentar o sentimento de inutilidade e de fardo (Freitas, 2015).

Categoria 5 – Institucionalização

A escolha em integrar uma instituição nem sempre é fácil, pressupõe um conjunto de mudanças não só no que toca ao “lugar” mas também no que respeita a questões afetivas, relacionais e questões de carácter emocional e psicológico.

Integrar uma instituição é sinónimo de uma limitada reconstrução de papéis sociais, um novo espaço partilhado por pessoas desconhecidas, com quem nem sempre é fácil estabelecer laços sociais ou afetivos, o idosos depara-se com “ (...) a realidade da finitude, é agora, no espaço e no tempo institucional, que se voltará para os fantasmas de morte, sentidos como cada vez mais próximos” (Cardão, 2009, p.13).

No caso dos entrevistados integrar a instituição foi uma escolha pessoal, sendo que o fator solidão e as questões de saúde estiveram na base da decisão em integrar a instituição:

(10:34) E1 - “mas houve uma essa essa Senhora que conhecia a Casa dos Pobres e conhecia o o que era o dirigente disto, quee dirigente não está a fazer parte.”

(11:22) E1 - “Pronto e eu vim para cá...”

(11:26) E1 - “Inscrevi inscreveu-me e vim para cá, mas quando estava na Praça Velha era muito bom agora aqui...”

(13:25) E1 - “Também está muito mal muito desorganizado isto, podes posso me enganar mas isto não vai levar muitos anos...”

(25:12) E2 – (...) e falei com a Dra. Ana e inscrevi-me mas nem nunca me passou pela ideia de vir para cá.

(25:36) E2 – Nunca me passou pela ideia, foi inscrever por increver. E depois atão um dia isto abriu e ela foi lá a minha casa e depois mais os meus filhos não queriam que eu viesse.

(25:52) E2 – Estava sozinha morava uma irmã da minha nora por cima de mim só tinha outra vizinha por baixo que as outras casas já tinha morrido tudo, já estava tudo vazio.

(34:47) E2 – (...) depois um dia estava em casa da minha nora, (...) fui não sei o que é que me deu cai para trás (...)

(35:16) E2 – (...) Mas mas fosse hoje eu não vinha.

(36:51) E2 – (...) E depois andei uma altura que andei um bocado chateada. Vou assim “Ah, vou-me embora” mas depois comecei assim a pensar “Então eu tenho tantos problemas se se, e e depois se um dia vou já não posso vir, assim olha deixa-me estar eu aqui (...)

(8:09) E3 – Eu vim para cá viúvo. (para a instituição) (8:12) E3 – Depois mais tarde é que é que, entendi, a minha filha, a mãe da Clara, da da Joana pois, a mãe da Joana não queria que eu viesse para cá.

A procura da instituição foi fundamentalmente a fuga à solidão que sentiam.

Categoria 6 – Morte

A morte é algo que temos de mais certo, todos sabemos que desde o momento em que nascemos a morte é o que temos de mais certo, pelas condições normais do próprio ciclo de vida, sabe-se que a velhice é a fase que mais se aproxima do fim (Pessini, 2006). O facto de ser algo que todos conhecemos como garantido, não obriga a ser um tema fácil de abordar, num estudo feito por Soares, Silva, Rosa, Galvão e Ribeiro (2009), sobre questões da morte alguns idosos demonstraram incómodo e tristeza, associados a falas curtas; outros entenderam-na como um processo natural, conscientes do facto de ser algo inevitável.

Os entrevistados demonstraram que de facto a velhice faz com que a proximidade com a morte seja algo inalterável, ainda assim é de salientar que o estado emocional de tristeza, insatisfação e solidão acabam por pesar na forma como cada um responde à questão:

(1:00:13) E1 – *Eu acho que sim mas ela já devia ter vindo há muito tempo, ela não quer nada comigo.*

(41:28) E3 – *Então pois, então a pessoa quando chega a essas idades está sempre a ver quando batem à porta (Risos).*

No caso da segunda entrevistada, que ainda está a atravessar o processo de luto do neto, pensa na morte como algo que pode acontecer sendo que quer ser enterrada na cova do neto, nota-se que é algo que tem muito pensado, quase como um objetivo de vida:

(2:02:45) E2 – *Ahh não! Eu queria morrer daqui a quatro anos.* (2:02:52) E2 – *Porque eu quero cá ficar em São Martinho na cova do meu neto.* (2:03:01) E2 – *Porque já posso ser enterrada lá. Aos quatro aa....o meu filho já tratou de tudo!* (2:03:15) E2 – *Pois quando a morte vier...pode vir antes, se vier antes tenho que ir para a Conchada.* (2:03:20) E2 – (...) *mas eu gostava que quando eu morresse ficasse na cova do meu neto, pronto é uma ideia que eu tenho.*

os pensamentos sobre a morte são frequentes, existe um discurso marcada de vontade expressa de morrer. Mas pensar sobre a morte não significa necessariamente pensar em acabar com a própria vida. Neste caso existe na primeira entrevistada esse desabafo:

(1:00:24) E1 – *Penso!*

(1:00:27) E1 – *Eeee até já pensei ee e em fazer pelas minhas mãos.* (1:00:40) E1 – *Pensar olhe em fazer uma coisa qualquer que eu morresse.* (1:00:46) Sofia – *Mas acha que tinha coragem para o fazer?*

(1:00:46) Sofia – *Mas acha que tinha coragem para o fazer?*

(1:00:48) E1 – *Pois Às vezes Às vezes, em certos momentos fazia.* (1:00:54) E1 – *Fazia! Mas lá outros, mas mesmo assim ainda não está descartado.* (1:01:03) E1 – *Não! Ainda não está. Pode ser que às vezes faça-o.* (1:01:11) E1 – *Pode ser...que apareça uma oportunidade e ato um lenço ao pescoço, até até numa bacia de água.* (1:01:24) E1 – *No caso das galinhas podem-se afogar, desde que tenha água desde que tenha o nariz e a boca na água pronto...*

(41:42) E3 – *Penso que já cá não devia estar.*

(41:50) E3 – *Porque tenho alturas que vivo aborrecido.*

(41:57) E3 – *Depois tenho aqui tenho pouca ligação.*

(42:00) E3 – *Tenho pouca ligação porque é tudo é tudo falso.*

(42:10) E3 – *Porque não são pessoas iguais, são pessoas diferentes.*

(42:20) E3 – *Não me faz confusão porque eu ponho de parte, porque é que você veio e não me viu? Se você fosse ao quarto você via-me.*

42:38) E3 – *Sinto-me sozinho! Tenho alturas de tudo isto aa aa a vida tem fases não é? E eu tenho fases. Fases de bom e fases de mau.*

O discurso da entrevistada dois é contraditório, diz não pensar na morte mas no entanto tem tudo meticulosamente pensado como objetivo de vida:

(2:03:43) E2 – Não! (2:03:47) E2 – Não, eu já disse ao meu filho, o meu filho já tratou de tudo, se ele estiver em ação de ser alevantado, vou para lá.

Segundo Oliveira (2003), a ideação suicida nem sempre se torna no ato efetivo, por vezes passa apenas por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos de autodestruição. Estes sentimentos surgem pela situação de sofrimento extremo, associado a sentimentos de desesperança, distúrbios afetivos, problemas de saúde, depressão e prejuízo funcional (Alexopolous, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuuma, 1999).

No que respeita ao suporte social a família constitui-se como fator essencial nesta fase da vida, a falta de apoio familiar pode pois ser um fator preditivo para o comportamento suicida. A pessoa acaba por se sentir desamparada emocionalmente e sem uma retaguarda que a possa servir de suporte nos momentos de maior fragilidade (Krüger & Werlang, 2010; American Association of Suicidology citado por Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário, 2015).

Ao serem questionados de como seria uma boa morte acabam por ir todos ao encontro de que uma boa morte seria aquela em que se acaba-se o sofrimento, uma morte sem sofrimento:

(1:01:43) E1 – Humm não sei eu...não desejo não, não me quero matar por causa de não morrer, eu não quero acabava tudo pronto. (1:01:58) E1 – Acabava-se o meu tormento, acabava de atormentar os outros, que as vezes também há pessoas que se chateiam e eu e eu até tenho até têm razão e não estão para estar aturar as pateticas dos outros, mas ainda não está descartado.

*(2:05:09) E2 – Aaa olhe quando ela vier!
(2:05:44) E2 – Oh olhe deitar-me na cama e já não acordar mais.*

*(42:58) E3 – Uma boa morte deixava o mundo.
(43:04) E3 – Será breve, não sei, não sei o que é depois de morto!
(43:15) E3 – Aaa isso era de repente.*

Sub-Categoria 6.1 – Religião e Morte

As crenças religiosas parecem influenciar o modo como as pessoas lidam com as situações de sofrimento e adaptação. Também parece haver uma relação de proximidade entre as crenças pessoais e esta forma de lidar com situações de maior fragilidade, as crenças pessoais podem ser valores sustentados pelo indivíduo que caracterizam o seu estilo de vida

e a forma como este se comporta. Mas estas crenças não estão ligadas obrigatoriamente à religiosidade mas servem de fatores protetores (Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007).

No caso dos entrevistados a opinião relativa à relação de influência entre religião e a forma como encaram a morte acreditam mesmo tendo crenças religiosas não acreditam que o facto de se ser religioso influencie, e que se se tratar de uma situação de grande sofrimento e tristeza a religião não faz com que esse sofrimento desapareça e por isso a morte pode ser a terminação de tamanho sofrimento:

(1:02:32) E1 – Sou e isso não se deve fazer “ai quem se mata a alma anda depois por aí” deixá-la andar não sou eu! Já não sinto nada!(1:02:57) E1 – S..Não! Acredito em Deus e acredito que seja pecado fazer isso, tirar uma coisa que Deus nos deu que foi a vida, mas uma pessoa há momentos em que se vê tão tão tão infeliz, tão triste, tão abandonada, tão desprezada, que isso isso passa ao lado prefiro morrer já não sinto nada.

(43:52) E3 – Não, eu para mim acho que não, eu acho que não. A religião não tem nada a ver. Ela vem quando quando quer (...)

Categoria 7 – Ideação Suicida/Desejo de Morrer

Segundo Oliveira (2003) a ideação suicida existe sempre que o indivíduo apresente pensamentos, desejos, sentimentos ou planos que tenham como finalidade a sua autodestruição, sendo que nem sempre ocorrem tentativas, por vezes não passam apenas de planos e desejos de acabar com a vida (Bertolote et al. Citado por Costa, 2010).

O sentimento de inutilidade e a falta de sentido de vida, fazem com que surjam ideias suicidas em que a pessoa deseja estar morta, no entanto por vezes o sofrimento é de tal ordem que para além desesperança e essas ideias acabam por conter a intenção de morte e muitas vezes um plano suicida bem elaborado (Fleischmann, 2005; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Vijayakumar, 2005; Bertolote et al., s.d.; Suominen, Isometsa & Lonnqvist, 2004; Deslandes, 2002; cit. in Costa, 2010).

A ideação suicida acaba por ser um indicador fundamental para o risco de suicídio, importa no entanto perceber a gravidade destas ideias pois poderão ser pensamentos gerais sobre a morte ou em casos de maior risco idealizações mais sérias em que a pessoa pensa em maneiras concretas de cometer o suicídio. A ideação suicida não é por si só sinónimo ou determinante de comportamento suicida, no entanto é o fator de alerta, no

sentido de assinalar pessoas em risco (Ferreira e Catela, 1999; Taylor, Dal Grande, Gill, Fisher, & Goldney, 2007).

Numa fase da vida avançada em que a situação de dependência a vários níveis vai aumentando o suicídio surge como uma libertação da condição de decadência, dependência e fragilidade.

Esta é uma das questões fundamentais desta entrevista uma vez que aborda o tema principal desta investigação, o suicídio.

Nos relatos dos entrevistados conseguimos perceber os motivos que os levaram a pensar em colocar fim à vida e que ainda hoje, para alguns, ainda hoje são motivos que persistem e que os levam a ponderar querer acabar atentar sobre a própria vida.

Para a primeira entrevistada (E1) os pensamentos suicidas surgem devido à incapacidade que sente em questões básicas da sua vida diária consequente das limitações físicas que tem o sentimento de inutilidade e falta de sentido de vida, mas fundamentalmente a falta de relacionamentos sociais e afetivos. Descreve de forma pormenorizada formas de se suicidar e já o partilhou com o seu médico. Sente que já não faz falta a ninguém:

(1:03:35) E1 – Desejo! (1:03:42) E1 – Não, não não. Foi só agora de há uns tempos para cá. (1:03:51) E1 – Ah eu já tenho dito a muita gente. (1:03:55) E1 – Eu sei lá, até ao meu médico eu já disse, “Oh Sr. Dr. Não não tem assim nenhum remédio ou uns comprimidos que eu comesse que tomasse e que morresse?” “ Olhe remédio dos ratos”. (1:04:22) E1 – Era! Era capaz de o fazer se me apanhasse num momento de desespero mesmo era capaz de o fazer, estou a evitar de o fazer, quero ver se o evito de o fazer porque não é por mim nem pelos outros é porque se realmente se é pecado olhe é mais um pecado que eu cometo. Eu começo às vezes a pensar “Oh meu Deus que mal foi que eu fiz para ser tão castigada” e pronto e assim já...

(1:05:06) E1 – Sinto porque vejo pessoas que não que são felizes e que levam uma vida regalada uma vida, eu não queria muito! (1:05:20) E1 – Queria, queria o essencial para fazer para poder tratar da minha vida.

(1:12:51) Sofia – Quando pensa em acabar com a sua vida e matar-se, ahh são essas coisas, o facto de não se dar com a sua família, de não a visitarem que a faz mais...

(1:13:01) E1 – É tudo isso, tudo isso junto faz com que eu pense assim!

(1:12:11) E1 – Mas....enquanto não me passar assim às passam-me assim coisas pela cabeça...(1:13:19) E1 – E pode até calhar, calhar numa altura, eu queria ver se não, nosso Senhor também ainda não, ainda não se lembro de mim, morre tanta gente que deixa os filhos pequeninos para criar outros que morrem e que deixam pessoas por tratar, estão a tratar delas e morrem. Porque é que não heide ser eu que não sou útil a nada?!

A segunda entrevistada já pensou em suicidar-se. Na altura em que o neto se suicidou enforcado, ela teve o mesmo desejo, na altura não o fez porque pensou nos seus filhos:

- (2:12:26) E2 - *Desejei morrer?*
(2:12:30) E2 - *Aaa não...*
(2:12:34) E2 - *Olhe é quando o meu neto morreu também gostava de ter morrido.*
(2:13:11) Sofia: *E nessa altura D. Arlete desejou morrer?*
(2:13:13) E2 - *Êee não desejei morrer porque pronto também me lembrei dos filhos ee eee essas coisas todas (...)*

O terceiro entrevistado também já teve ideação suicida, pensou em acabar com a vida, refere que o que o levou a querer matar-se foram “os desgostos da vida”, mas também uma altura em que andava triste, refere a doença, e as dores que sentia, na altura diz que lhe apetecia acabar com tudo segundo ele “Ao menos é uma dor só, acabou”, refere inclusivamente a forma como o faria. Na altura desistiu graças ao genro que o fez mudar de ideias:

- (44:15) E3 - *Pensei nisso.*
(44:17) E3 - *Pensei em acabar com ela.*
(44:21) E3 - *Porque eu não andava bom eeeee....*
(44:29) E3 - *Nessa altura pensei em acabar comigo.*
(44:33) E3 - *Depois o meu genro é que (...) porque eu disse à minha filha que...*
(45:00) E3 - *Pensei! Pensei e esteve quase.*
(45:30) E3 - *Nunca mais pensei nisso. Às vezes passa-me pela cabeça.*
(45:38) E3 - *Na altura tinha coragem!*
(45:41) E3 - *Agora agora estou um bocadinho mais em baixo.*
(45:49) E3 - *Não porque olho para os netos e olho para a filha e para o genro, porque o genro nunca pensei ter um genro daqueles.*
(46:11) Sofia - *Se não o Sr António acha que teria feito mesmo?*
(46:13) E3 - *Ela estava feita para isso.*
(46:17) Sofia - *E na altura o Sr. António pensou nisso porquê?*
(46:20) E3 - *Foram os desgostos da vida.*
(46:23) Sofia - *Foi na altura que a sua esposa faleceu foi?*
(46:25) E3 - *Não, não não.*
(46:44) E3 - *Eu sei lá bem, olhe acordei foi o meu genro é que me desviou, foi ele é que me desviou.*
(47:03) E3 - *Arrependi-me porque eu tinha-o feito, se não tivesse dito à minha filha eu tinha-o feito!*
(47:11) E3 - *Era só descer aqui abaixo a Bencanta esperar pelo comboio...*
(49:34) E3 - *Eu andava muito triste nessa altura.*
(49:40) E3 - *Foi! Triste não, eu estava doente.*
(49:49) E3 - *Era, era a doença da moda!*
(49:52) E3 - *A doença da moda é aí uma dor aqui, outra dor ali.*
(50:04) E3 - *Acabar com elas! Mais vale uma dor que um cento.*

Segundo Sampaio (2006) o suicídio revela o fracasso do indivíduo, sendo que ele acredita que essa é a única forma de acabar com o sofrimento interno e com o desespero que sente por não conseguir mudar a situação em que se encontra.

Por outro lado a dor física também foi manifestada como um dos motivos de ideação suicida no entrevistado 3 e de facto a literatura danos informação de que parece haver uma associação entre dor física e comportamentos suicidários, e à ideação suicida em populações

de idosos ((Fässberg, Cheung, Canetto, Erlangsen, Lapierre, Lindner, Draper, Gallo, Wong, Wu, Duberstein, & Waern, 2016). A dor crónica, comum sobretudo na população idosa, parece ser um fator de risco para o suicídio (Kiriakidis, 2015), uma vez que doentes que sofrem de dor crónica parecem ter o dobro de risco de morte por suicídio, em comparação com a população em geral (Fiske, O'Riley, & Widoe, 2008; Tang & Crane, 2008).

Numa tentativa de perceber de que forma é que se conseguem distanciar e avaliar comportamentos de pessoas que se suicidaram bem como perceber se existe história de suicídio na família ou na rede de relações próximas fez-se a questão, “Conhece alguém que já tentou por fim à vida?”. O objetivo foi principalmente perceber de que forma é que a pessoa encara uma situação semelhante.

As respostas foram interessantes, os três entrevistados conhecem alguém que se suicidou, duas das entrevistadas têm inclusivamente histórias de suicídio na família.

(1:06:45) E1 – Conheço! Tenho um, esse meu irmão mais novo não tem filhos, mas criaram um rapazinho com três meses e ele depois ele um dia matou-se. (1:07:30) E1 – Ele fez, ele fez porque também sabe que tinha, que tinha feito asneiras na vida eee e também por causa da mulher, não se sentiam bem!

(1:00:48) E2 – Ele morreu em Antanol, (...) tinha a a as chaves do armazém e lá é que ele se matou.

(1:17:19) E2- (...) enforcou-se, então o meu filho era o meu filho e o meu filho também não queria fazer o mesmo?~

(1:17:45) E2 – O meu filho quis se matar como o filho se matou, mas depois lá andaram de volta dele (...)

(47:55) E3 – Ainda agora há dois anos, está a fazer ou já fez, fez anos que o neto de uma que aqui está também, aaa não conseguem descobrir e tinha uma vida bonita,(...)

Ao comentar o comportamento do outro são da opinião que cada um tem o direito de decidir quando quer colocar fim à vida, vêm o suicídio como uma forma de libertação do sofrimento extremo. No fundo conseguem identificar-se e rever-se nesse comportamento.

(1:07:52) E1 – Eu acho que quando uma pessoa aaa acaba com a vida não remedeia o mal que está por trás...(1:08:01) E1 – Não...mas ao menos liberta-se, olhee! (1:08:15) E1 – E1 – Eu acho sim! Deus nosso senhor Deus Deus deu-nos a vida. (1:08:23) E1 – Também nos a deve tirar mas como ele não nos a tira agente arranja tirar.

(47:44) E3 – Cada pessoa sabe! É um segredo. Esse esse essa vida, essa maneira de se matar é um segredo.

(48:50) E3 – Acabou com a vida! O sofrer, o sofrer as razões eu não sei. Mas a pessoa para fazer isso tem que sofrer qualquer coisa. Eu entendo mesmo por aquilo que eu passei entendo que tem que haver seja o que for eles ainda não conseguiram descobrir,(...)

(49:24) E3 – Têm o direito de fazerem aquilo que querem eu acho que sim.

No caso da segunda entrevistada como se trata de da morte do neto acaba por ser difícil para ela achando que:

(2:16:57) E2 – Ah fez mal...deixava, deixava, pronto! A mãe disse logo tu vens cá para casa porque ele já sabia, porque ele quando se matou ele já sabia que ela que tinha um amante é que ela queria se divorciar e queria que ele, olhe não sei a ideia dele, não sei!

Categoria 8 – Perspetiva de Futuro

Os entrevistados foram questionados sobre o que de facto é importante para eles e as respostas foram distintas, mas parece haver uma grande valorização do dinheiro, família e saúde, são dimensões destacadas como importantes para os entrevistados.

Para a primeira entrevistada o dinheiro é o que precisava para estar bem e feliz, pois refere ser a única forma de sair da instituição, queria ir para casa da irmã, para morrer “confortável e satisfeita”. Esta resposta demonstra uma insatisfação perante a sua atual situação. Mais uma vez manifesta vontade de morrer:

(1:09:57) E1 – Era deitar-me logo à noite e não acordar mais.

(1:05:33) E1 – Dinheiro!

(1:05:34) Sofia – Só o dinheiro? (1:05:41) E1 – Ai se eu tivesse fazia...

(1:05:43) Sofia – Fazia o quê?

(1:05:44) E1 – Sei lá, olhe já não me matava....(1:05:52) E1 – Não! Saia saia daqui para fora e ia para casa da minha irmã, já não precisava de mais ninguém....(1:05:59) E1- De mais ninguém, da minha irmã, a casa agora é dos filhos, há uma coisa que vou dizer, saia daqui disto e olhe e ia para uma residencial até morrer ao menos morria confortável e e satisfeita. Porque isto aqui não...

Para a segunda entrevistada o que ela considera importante era ter a família toda junta, este é um desabafo importante de avaliar, pois é algo que a própria não consegue realizar, pois o neto faleceu, ainda em processo de luto e é um assunto bastante presente e que a própria ainda está a integrar:

(2:19:36) E2 – Olhe era a família toda junta, não era?

(2:19:43) E2 – Era, era o melhor!

Para o terceiro entrevistado o que mais lhe importa é a saúde, pois tal como refere é o que tem menos:

(52:05) E3 – Era a saúde

(52:12) E3 – É aquilo que eu tenho pouco.

Nesta categoria tentou-se perceber o que ainda gostariam de fazer, pois normalmente pessoas com ideação suicida apresentam falta de objetivos e sentido de vida, e um olhar pessimista sobre o futuro. No caso da primeira entrevistada sentiu grande dificuldade em responder a esta questão não conseguindo ver nada que ainda gostasse de fazer, as limitações físicas e a falta de motivação são as principais causas:

(1:10:29) E1 – Nada!

(1:10:54) E1 – Nada! Eu gostava tanto de ler! (1:10:59) Sofia – E porque não lê D. Helena?

(1:11:00) E1 – Até isso, até isso eu não... (1:11:04) E1 – Leio um bocadito mas depois...

(1:11:05) Sofia – Perdeu a vontade?

(1:11:06) E1 – É é... (silêncio) (1:11:12) E1 – Gostava muito de fazer renda fiz muita renda... (1:11:15) Sofia – E não faz agora porquê D. Helena?

(1:11:18) E1 – Olhe para já a vista também já não ajuda muito...

(1:11:21) E1 – E segundo também não posso, num, dos braços eu faço ao ombro, faço ó ó à mão...

(1:11:33) E1 – Pois custa, isto agora como este braço anda não dá para nada (silêncio) (...)

A segunda entrevistada refere que gostaria de ter saúde apenas para viver o tempo suficiente para ser enterrada ao pé do neto. Encara quase como um objetivo de vida, e da forma que fala, esta parece ser das poucas coisas que a faz estar viva:

(2:19:57) E2 – Olhe ter um bocado de saúde até quatro anos ou cinco depois se morresse não me importava. Mas o meu gosto era ficar na cova do meu neto, pronto nem que eu demorasse atéee cinco ou seis anos, ou pronto mas que gostava gostava.

O terceiro entrevistado refere também o fator saúde e expressa vontade de fazer a mesma vida que fez, pois foi a única coisa que aprendeu a fazer. Analisando esta resposta sobre o ponto de vista do seu significado, e considerando a história de vida do entrevistado E3 facilmente percebemos que esta vontade de voltar aos tempos em que trabalhava se prende com o facto de ter sido a altura em que estabelecia mais contactos sociais e que se sentia acarinhado:

(52:30) E3 – Se eu tivesse saúde para fazer, era a mesma vida que fiz!

(52:38) E3 – Voltava outra vez a cortar carne.

(52:45) E3 – Só aquela que foi aquilo que eu aprendi, não aprendi a fazer mais nada.

(52:54) E3 – Não tenho assim nada de ideias de fazer.

(53:00) E3 – Era aquela era o principio. Foi assim que eu me fiz homem, eu quando fui para a câmara era rapaz em minha casa eu fiz-me homem. Para todos os efeitos graças a Deus.

A última questão procurou explorar as perspectivas e projetos futuros, e a resposta foi transversal, de uma forma geral os entrevistados não conseguem imaginar o futuro, encaram o futuro sem a vontade de regressar a casa é algo que gostariam de fazer, mas no fundo as limitações acabam por ver a instituição como a única alternativa para o futuro:

(1:10:37) E1 – Ahh esperar que ela venha, abro a boca e é, deixo-a entrar... (1:10:47) E1 – A morte.

(2:20:18) E2 – *Olha o futuro....*

(2:20:22) E2 – *Eu aqui estou já não saiu daqui, às vezes ainda uma vez ainda estive com a ideia de ir embora (...) onde era o velho até fui ter com ele e ele disse “Então mas quer ir embora não está bem” e eu disse “ Sr. Dr. Queria ir para minha casa...!”; “Então mas você vai lá tanta vez” e eu coiso, então mas agora já que estou aqui, olhe que me aturem!*

(2:20:51) E2 – *Até ver ainda não dei trabalho a ninguém, já cá estou já fez cinco anos em Dezembro, (...)*

(54:33) E3 – *O futuro, o futuro Deus o sabe.*

(54:41) E3 – *Não tenho esperança nenhuma, tenho esperança de ir-me para lá.*

(54:47) E3 – *Agora nesta idade o que é que agente ade querer? Esperança não, agora...*

(54:52) Sofia – *Mas quer continuar vivo Sr. António?*

(54:55) E3 – *Se quero continuar? Eu já cá não ando a fazer nada! Se for andando também já não faz mal. Se for andando, andando.*

(55:08) Sofia – *Mas quer estar vivo Sr. António?*

(55:10) E3 – *Nãoooo ir embora! Acabar com a vida!*

(55:16) E3 – *Eu não quero acabar! Quero que ela acabe!*

(55:21) E3 – *Agora não quero acabar, agora não, agora não penso nisso.*

(55:39) E3 – *Já não ia para mais lado nenhum! Para Agosto faz seis anos que estou aqui, para o mês que vem já faz seis anos que estou aqui, no dia onze de Agosto.*

(55:60) E3 – *Agora não vale a pena! Não vale a pena pensar de outra maneira!*

A falta de esperança no futuro marca o discurso dos entrevistados, os dados da literatura demonstram que as pessoas com ideação suicida apresentam mais desesperança e menor sentido de vida (American Psychiatric Association, 2003; Dervic, Oquendo, Grunebaum, Ellis, Burke, & Mann, 2004; WHO, 2014)

Em pessoas com ideação suicida é frequente a presença de sentimentos de inutilidade, falta de esperança, perda de auto-estima Este tipo de ideias podem ser simplesmente reconhecidas através de ideias de inutilidade como a vida não vale a pena ou eu queria estar morto (Fleischmann, 2005; Saraiva, 2006a; Saraiva, 2006b; Vijayakumar, 2005; citado por Costa, 2010).

A desesperança é a mais relevante característica da depressão e um dos maiores preditores da ideação suicida, funcionando como uma mediadora entre depressão e ideação, assim como contribui para explicar este tipo de ideias (Oliveira, 2003).

3. Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações nomeadamente o pequeno tamanho da amostra, constitui a principal limitação do estudo, porque impossibilita a generalização dos resultados. Estudos futuros com amostras de maior serão particularmente interessantes.

Conclusão

O percurso de vida de uma pessoa diz muito sobre ela, todos os acontecimentos que vão surgindo ao longo da vida, sejam eles bons ou maus, acabam por ter impacto na forma como encaramos e vivemos o presente.

Um passado marcado por perdas e sofrimento não obriga a que a pessoa seja no presente uma pessoa revoltada e insatisfeita com a vida, tudo depende da forma como ela própria consegue integrar e aceitar esses acontecimentos.

No entanto existem situações ao longo do nosso ciclo de vida que nos podem deixar marcas para sempre, marcas essas que dificilmente conseguimos esquecer numa fase da vida como é o envelhecimento, em que se lida com alterações a todos os níveis biopsicossociais.

É sabido que ao envelhecimento se associam inúmeras características como a diminuição da auto-estima, dificuldade de adaptação a novas condições de vida, mudanças físicas, falta de motivação, tendência para a depressão, medo da morte, problemas cognitivos e solidão, no entanto estas são características que muitas vezes não correspondem à realidade e criam uma visão errada do envelhecimento (Oliveira, 2005).

Para que isso não aconteça é crucial que a pessoa mantenha um envolvimento social ótimo Capitanini (2000) e Figueiredo (2007) defendem que o contacto social, o envolvimento com os pares e o estabelecimento de novas amizades contribuem de forma significativa para o bem-estar não só físico, mas também psicológico. Oliveira (2008) acrescenta dizendo que isto possibilita que a pessoa crie estratégias pessoais para ultrapassar os obstáculos com que se vai deparando, prevenindo a perceção de sentimentos de solidão e o isolamento.

No entanto nem sempre é possível manter este bem-estar social e afetivo, e a situação agrava quando a par deste desequilíbrio emocional se juntam as limitações físicas e situações de dependência.

A fase de envelhecimento e a proximidade com a morte fazem com que muitas vezes os idosos façam uma comparação entre passado e presente, sendo que isso para além de saudade pelo que já viveram, causa uma nostalgia, em alguns casos uma inutilidade em mudar esse passado. Essa inutilidade reflete-se numa agustia e sofrimento que não os deixa viver o presente de forma plena e feliz, não se conseguindo perspetivar no futuro.

Campos (2016) refere que a proximidade com a morte, não só a própria morte, mas também com a realidade da perda de pessoas significativas cria muitas vezes a sensação de incapacidade em dominar algo que o transcende e, também com a perda de ligações com significado, a solidão, o desânimo e a depressão acabam por se instalar na vida do idoso, e por consequência aumentar a sua fragilidade (Mitty & Flores, 2008; Silva et al. 2015). Esta dificuldade e incapacidade em lidar com as diversas alterações que vão surgindo levam a pessoa muitas vezes a ponderar colocar fim à vida, encarando a morte como uma libertação da condição de fragilidade que estão a viver (Holmes, 1997).

A ideação suicida nem sempre se torna no ato efetivo, por vezes passa apenas por pensamentos, desejos, sentimentos ou planos de autodestruição (Oliveira, 2003). Estes sentimentos surgem pela situação de sofrimento extremo, associado a sentimentos de desesperança, distúrbios afetivos, problemas de saúde, depressão e prejuízo funcional (Alexopolous, Bruce, Hull, Sirey, & Kakuuma, 1999).

Costa (2010) menciona assim a necessidade de falar na subjetividade do suicídio, obrigando a olhar para todos os casos de forma individualizada, apesar de existirem fatores externos ao indivíduo que são transversais a todos os casos. O sentimento de inutilidade e a falta de sentido de vida, fazem com que surjam ideias suicidas em que a pessoa deseje estar morta,

A ideação suicida não é por si só sinónimo ou determinante de comportamento suicida, no entanto é o fator de alerta, no sentido de assinalar pessoas em risco (Ferreira e Catela, 1999; Taylor, Dal Grande, Gill, Fisher, & Goldney, 2007).

Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário (2015) acrescentam ainda que no que o suporte social a família é fator essencial nesta fase da vida, e por isso a falta de apoio familiar pode pois ser um fator preditivo para o comportamento suicida. Segundo estes autores a pessoa acaba por se sentir desamparada emocionalmente e sem uma retaguarda que a possa servir de suporte nos momentos de maior fragilidade (Krüger & Werlang, 2010; American Association of Suicidology citado por Silva, Mangas, Figueiredo, Vieira, Sousa, Cavalcanti, & Apolinário, 2015).

Torna-se fundamental conhecer e entender os fatores de risco e perceber que não são alteráveis como é o caso da tentativa de suicídio prévia, mas que é possível e necessário intervir de forma a minimizar os fatores de risco no envelhecimento é sem dúvida um desafio de saúde pública (Pocinho, 2017).

Neste caso conseguimos integrar no estudo três pessoas com um percurso de vida totalmente diferente, mas curiosamente existem pontos em comum que nos fazem refletir sobre o facto de existirem dimensões da nossa vida, que são fundamentais e que vão determinar a forma como encaramos as dificuldades que vão surgindo e o presente. As questões familiares e socio-afetivas são fundamentais na estruturação da pessoa, e a sua ausência causa uma profunda insatisfação. Esta questão relativa à ausência de relações significativas estende-se à situação que vivem no presente, em que vivem num lugar que não é o seu e onde têm que lidar diariamente com pessoas pelas quais não sentem afinidade.

Curiosamente ao abordar o percurso de vida de cada um conseguimos encontrar alguns motivos que os levaram a pensar no suicídio, e contacta-se que a ausência de pessoas significativas ou por morte ou pela falta de laços afetivos, foram motivo para pensarem em atentar sobre a própria vida. A dor de perder um ente querido ou por outro lado de se sentir desamparo emocional, acabam por ser difíceis de lidar e se a pessoa estiver fragilizada por outros motivos isso irá aumentar o risco.

Para além de um estudo qualitativo em que o objetivo passou por conhecer os percursos de vida e a perspectiva de morte em idosos com ideação suicida, este estudo procurou também abordar um tema que muito dificilmente é abordado nas instituições e na comunidade.

Surpreendentemente acabou por ser muito complicado conseguir encontrar uma instituição onde se conseguisse realizar este trabalho, o que deve ser reconhecido como uma falta de consciencialização para a importância do tema.

Existe uma ideia socialmente enraizada relativamente ao tema do suicídio, não se fala sobre o tema, tenta-se ao máximo evitar abordá-lo, pensando que deixar de falar por si só resolve o problema. De acordo com o PNPS (2013/2017, p. 34), *“Não se causam comportamentos suicidas por se falar com alguém sobre isso. Na realidade, reconhecer que o estado emocional do indivíduo é real e tentar normalizar a situação induzida pelo stress são componentes importantes para a redução da ideação suicida”*.

Este é sem dúvida um problema de saúde pública e que deve ser abordado não só nas instituições, mas junto de toda a comunidade. Torna-se primordial reconhecer e sinalizar

situações de risco, como as que integraram este estudo, e trabalhar junto destas pessoas no sentido de minimizar os fatores de risco e assim evitar o pior desfecho.

Este tipo de trabalhos, em que para além de instrumentos que nos permitem fazer uma avaliação do risco, como é o caso do Questionário de Ideação Suicida, aqui utilizado, é aplicada uma entrevista em que a pessoa quase que de forma livre vai recordando os vários episódios da sua vida. Este não é um simples relato de onde se retiram informações pertinentes, é também uma forma da própria pessoa trabalhar questões que emocionalmente a deixam fragilizada. Mas também a ajudam a olhar para o presente e para as potencialidades de forma a reconhecer que existem coisas positivas e que a podem ajudar a sair de tamanho sofrimento.

Futuramente sugere-se que mais investigações venham a ser feitas nesta área visto ser um tema cada vez mais pertinente e que pode ser abordado de forma preventiva para evitar desfechos trágicos, que afetam não só a família, mas também toda a sociedade.

Bibliografia

- Alexopolous, G.S., Bruce, M.L., Hull, J., Sirey, J.A., Kakuuma, T. (1999). Clinical determinants of suicidal ideation and behavior in geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry*, 56, 1048-1053.
- Almeida, L. (2011). Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos Institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25, 350-358.
- American Psychiatric Association (2003). Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1–60.
- Angerami-Camon, V. A. (1992, obra original publicada em 1950). *Solidão: a ausência do outro* (2ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Atkinson, R. (1997). *The life story interview*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Atkinson, R. (1998). *The Life Story Interview*. California: Sage Publications. Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid Ediciones Pirámide.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97(1), 90–113.
- Berraux, D. (2005). *Los Relatos de Vida*. Barcelona: Bellaterra.
- Bogdan, R. C. & Biklen, S. K. (1994). *Investigação qualitativa em educação - Uma introdução à teoria e aos métodos*. Coleção Ciências da Educação. Porto: Porto Editora.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A., & Kessler, R. C. (2006). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year followup study using the national comorbidity surveys. *Journal of Affective Disorders*, 10, 25-33.
- Botega N. J., et al. (2005). Suicidal Behavior in the community: prevalence and factors associated to suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.27(1), pp.45-53.
- Botega, N. J. (2015). *Crise suicida: Avaliação e manejo*. Porto Alegre: Artmed.
- Brandão, A. (2007). Entre a vida vivida e a vida contada: A história de vida como material primário de investigação sociológica. *Configurações. Revista de Ciências Sociais*. 3, pp. 83-106. Consultado a 15 de junho de 2017. Disponível em [http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9630/3/Entre%20a%20Vida%20Vivida%20\(2\).pdf](http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9630/3/Entre%20a%20Vida%20Vivida%20(2).pdf)
- Braz Saraiva, C. (2010). Suicídio - De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31 (3), 185-205.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 371–377.
- Caldeira, C. (2015). *Estratégias de coping em indivíduos que tentaram o suicídio*. Tese de Mestrado não publicada apresentada à Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.
- Calenti, J. (2002). *Inclusión socio-laboral y envejecimiento en las personas con discapacidad intelectual*. Coruna: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.
- Campos, M., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos* N°. 32. (pp. 81-106). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.

- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry*, 28, 230-241.
- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., Abreu, M., & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in non clinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach of suicide risk *Death Studies*, 40, 335-249.
- Canetto, S. S., & Lester, D. (1995). Women and suicidal behavior: Issues and dilemmas. In S. S. Canetto & D. Lester (Eds.), *Women and suicidal behavior* (pp.3-8). New York, NY: Springer.
- Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.
- Cardão, S.(2009). *O idosos institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Carvalho, I. M. M., & Almeida, P. H. (2003). Família e proteção social. *São Paulo em Perspectiva*,17(2), 109-122.
- Cassorla, R. (1992). *O que é o suicídio*. (4ª ed.). São Paulo: Editora Brasiliense. (Obra original publicada em 1984).
- Centers for Disease Control and Prevention (2015). Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Fatal Injury Reports and Nonfatal Injury Reports. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control. Disponível em : <http://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/statistics/aag.html>.
- Cerqueira, M. (2010). *Imagens do envelhecimento e da velhice: Um estudo na população portuguesa*. Dissertação de Doutoramento, Universidade de Aveiro, Portugal.
- Chapman, A.L., K.L. Gratz and M.Z. Brown (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm. The experiential avoidance model. *Behavioural Research and Therapy*, 44(3), 371–94.
- Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T., & Dal Grande, L. (2009). Suicidal Ideation. *The Clinical Utility of the K10*. *Crisis*, 30 (1), 39-42.
- Chiles, J. and K. Strosahl (2004). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. London: American Psychiatric Publishing
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J., Forbes, N., & Caine, E.D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1001–1008.
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31, 333-356.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011) Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34, 451–468.
- Cornette, M. M., deRoos-Cassini, T. A., Fosco, G. M., Holloway, R. L., Clark, D. C., & Joiner, T. E. (2009). Application of an Interpersonal-Psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives of Suicide Research*, 13, 1-14.
- Costa, J. (2013). *Representações Sociais do Suicídio no Alentejo*. Dissertação de Mestrado apresentada à, Escola de Ciências Sociais. Évora: Universidade de Évora.
- Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio: Revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior, Portugal.
- Costa, J. (2010). *Representações do Suicídio no Alentejo*. Tese de Mestrado de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde não publicada apresentada à Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.
- Cutright, P., Stack, S. & Fernquist, R.M. (2006). The age structures and marital status differences of married and not married male suicide rates: 12 developed countries. *Archives of Suicide Research*, 10, 365-382.

- Dawson, C. (2007). *A practical guide of research methods: A user friendly for mastering research techniques and projects*. Begbroke, OX: How to content.
- Dervic, K., Oquendo, M. A., Grunebaum, M. F., Ellis, S., Burke, A. K., & Mann, J. J. (2004). Religious affiliation and suicide attempt. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2303-2308.
- Desviat, M. (1999). *A reforma psiquiátrica*. Fiocruz, p.73.
- DGS (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017*. Acedido em Maio 2017. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.
- Dias, M. O. (2000). A família numa sociedade em mudança - problemas e influências recíprocas. *Gestão e Desenvolvimento*, 9, 81-102.
- Dorpat, L., Anderson, F., & Ripley, S. (1968). The relationship of physical illness to suicide. In H. P. L. Resnik (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnosis and Management* (pp. 209-219). Boston: Little, Brown.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium*, 43, 79-94.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Erikson, E. H. (1987). *Infância e sociedade*. Rido de Janeiro: Zehar Editores.
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health*, 20, 1-29.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M., Simões, M., Gonçalves & L., Almeida (Eds.). (1999). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. 2, 123-130. Braga: APPORT/SHO.
- Fiske, A., O'Riley, A. A., & Widoe, R. W. (2008). Physical health and suicide in late life: An Evaluative Review. *Clinical Gerontologist*, 31, 31-50.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). São João do Estoril: Príncipia.
- Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da "passagem à reforma" - desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto, Portugal.
- Franks, R., Burnett, D. O., & Evans, R. R. (2012). Risk factors and prevention strategies for suicide among the elderly. *Alabama Counseling Association Journal*, 38(2), 32-42.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 14(28), 139-152.
- Freitas, J. (2015). *O Processo de Envelhecimento: ralação da qualidade de vida e atitudes face ao envelhecimento com a ideação suicida na população idosa*. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Imaginário, C. (2008). *O Idoso Dependente* (2ª ed.). Coimbra: FORMASAU.
- Garland & Garland (2001). Consultado em: <http://www.amazon.com/Life-Review-Health-SocialCare/dp/0415216567>
- Grek, A. (2007). Clinical management of suicidality in the elderly: an opportunity for involvement in the lives of older patients. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 1, 475575.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – Sentidos e formas de uso* (1ª ed.). São João do Estoril: Príncipia.
- Guerrero, G. (2005). El suicidio desde una perspectiva socioeconómica cultural. *Revista Cuicuilco*, 12(33), 153-171.

- Guidry, E. T., & Cukrowicz, K.C. (2015). Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health*, 20, 1-9.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1998). *Medicina Psicossomática - perspectivas psicossociais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Hill, M. M., & Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário*. Lisboa, Portugal: Edições Sílabo, Lda.
- Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2014). Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: Current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 631-643.
- Holmes, D. S. (1997). *Psicologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports*, 18, 1-6.
- Inouye, K., Barham, E. J., Pedrazzani, E. S., & Pavarini, S. C. (2010). Percepções de suporte familiar e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 582-592.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Estatísticas Demográficas 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Causas de morte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Joiner, T., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., Fleck, M. P. A., & Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when “everything but the kitchen sink” is covaried. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 291-303.
- Joiner, T. E. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, D. M. (2009). Main predictions of the Interpersonal Psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 634-646.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-26.
- Kiriakidis, S. P. (2015). Elderly suicide: risk factors and preventive strategies. *Annals of Gerontology and Geriatric Research*, 2, 1-6.
- Kposowa, A. J. (2002). Marital status and suicide in the national longitudinal mortality Study. *Journal of Epidemiology, & Community Health*, 54, 254-261.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S., & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 337-343.
- Kreitman, N. (1977). *Parasuicide*. New York, NY: Wiley.
- Lebret, S., Perret-Vaille, E., Mulliez, A., Gerband, L., & Jalenques, I. (2006). Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1052-1059.
- Lieblich, A., Tuval-Maschiach, R., & Zilber, T. (1998). *Narrative research: Reading*.
- Marques, L., & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds), *Psicogeriatría*. (pp.233-244). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Martín, M. (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. In L., Ortiz, J., Ballesteros & M. Carrasco. *Psiquiatria Geriátrica* (pp.25-80). 2ª Edición. Barcelona: Masson.
- Marty, M. A. (2011). *Older adults and the desire for suicide: the role of perceived burdensomeness and thwarted belongingness*. Dissertation submitted to the degree of doctor, University of Colorado, Colorado.

- McAuliffe, C. M. (2002). Suicidal ideation as an articulation of intent: a focus for suicide prevention?. *Archives of Suicide Research*, 6(4), 325-338.
- Medeiros, J. (2010). *Depressão no idoso*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Medicina, Porto.
- Merriam, S. B. (2009). *Qualitative research: A guide to design and implementation*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo qualitativo: Oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248.
- Minayo, M. C. S., & Cavalcante, F. G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literature. *Revista de Saúde Pública*, 4, 750-757.
- Mitty, E., & Flores, S. (2008). Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165.
- Moreira, N. (2010). Perturbação mental e ideação suicida entre reclusos preventivos. *Análise Psicológica*, 1 (XXVIII), pp. 133-148.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de doutoramento, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Portugal.
- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Oliveira, J. (2008). *Psicologia do Idoso*. Porto: Legis Editora/ Livpsic.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª ed.). Porto: Livpsic – Psicologia.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS.
- Organização Mundial de Saude, 2006. Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias. *Prevenção do Suicidio um recurso para conselheiros*.
- Ortiz, A., & Fernández, S. (2006). Suicídio. In L. Ortiz, J. Ballesteros, & M. Carrasco, *Psiquiatria Geriátrica* (pp.444-462). 2ª Edición. Barcelona: Masson.
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012) Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 334-348.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(Suppl. 1), 105-115.
- Park, S. (2014). Health status and suicidal ideation in Korean elderly: the role of living arrangement. *Journal of Mental Health*, 23, 94-98.
- Paul, C., Fonseca, A., Martin, I. & Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 77-98). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pessini, L. (2006). Bioética, envelhecimento humano e dignidade no adeus à vida. In E. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. Cançado, & M. L. Gorzoni, (Orgs.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2ª ed., pp. 154-163). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Piteira, M. (2016). *Necessidades interpessoais e risco de suicídio numa amostra clínica de idosos*. Tese de Mestrado em Psicologia apresentada à Escola de Ciências Sociais da Universidade de Évora.
- PNPS, Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Direção- Geral de Saúde. *Programa Nacional para a Saúde Mental*.
- Pocinho, M. (2017). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Candidatura Ao Grau de Doutor em Ciências Biomédicas submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.

- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2001). Effective problem solving in suicide attempters depends on specific autobiographical recall. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31(4), 386–396.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, J. B., & Mann, J. (2014). The Classification of Suicidal Behavior. In Matthew K. Nock (Ed.), *The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury*, (pp.7-22). New York, NY: Oxford University Press.
- Powers, D. V., Thompson, L., Futterman, A., & Gallagher-Thompson, D. (2002) Depression in later life: Epidemiology, assessment, impact and treatment. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of Depression* (pp. 560–580). New York: Guilford Press.
- Powell, L. (2014). Towards a globalization of aging. *Canadian Journal of Sociology*, 39(2), 255-267.
- Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2007). *Família e adolescência: A influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros*. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 247-256.
- Rapeli, C. B., Botega, N. J. (1998). Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.47(4), pp.157-162.
- Rapeli, C. B., Botega, N. J. (2003). Tentativas de suicídio graves: um estudo de análise de agrupamento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.52(1), pp.5-11.
- Raue, P. J., Meyers, B. S., Rowe, J. L., Heo, M., & Bruce, M. L. (2007). Suicidal ideation among elderly homecare patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 32-37.
- Ribero, M. (1995). As histórias de vida enquanto procedimento de pesquisa sociológica: Reflexões a partir de um processo de pesquisa no terreno. *Revista Crítica de Ciências Sociais*. 44, pp. 125-141.
- Rucan, Hategan, Barbat, & Alexiu, 2010) Rucan, P. L., Hategan, M., Barbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2, 4966-4971.
- Sakinofsky, I. (2000). Repetition of suicidal behaviour. In K. Hawton and K. van Heeringen (Eds), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 385–404). Chichester: Wiley.
- Sampaio, D. (2006). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Saraiva, C. (2003) Depressão e Suicídio. In. Vaz Serra. A. (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão* (pp. 119-131). Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan Eds.
- Saraiva, C. (2006) Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C., (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.
- Saraiva, B., Peixoto, B. & Sampaio, D. (2014). Suicídio e comportamentos autolesivos: Dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2003). A implicação da família no uso abusivo de drogas: Uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 299-306.
- Schlösser, A., Rosa, G. F. C., & More, C. L. O. O. (2014). Revisão: Comportamento suicida ao longo do ciclo vital. *Temas em Psicologia*, 22(1), 133-145.
- Scocco, P., & Leo, D. (2002). One-year prevalence of death thoughts, suicide ideation and behaviours in an elderly population. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 842-846.
- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., De Graff, R., Florescu, S., Fukao, A., Haro, J. M., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P., & Nock, M. K. (2010). Chronic physical conditions and their association with First onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic Medicine*, 72, 12-19.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica, Série XX*, nº 3, 500-516.

- Silva, R. M., Mangas, R., Figueiredo, A., Vieira, L., Sousa, G., Cavalcanti, A., & Apolinário, A. (2015). Influências dos problemas e conflitos familiares nas ideias e tentativas de suicídio de pessoas idosas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(6), 1703-1710
- Silverman, M. M. (2006). The language of suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(5), 519-532
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice*. Porto: Ambar.
- Soares, J., Silva, R., Rosa, L., Galvão, E., & Ribeiro, R. (Janeiro de 2009). O idoso institucionalização e a reflexão sobre a própria morte. *Kairós*, 12 (1), pp 135-147.
- Sousa, M. (2011). *Formação para a Prestação de Cuidados a Pessoas Idosas*. Lisboa: Príncipe Editora.
- Stein, D. J., Chiu, W. T., Hwang, I., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., & Nock, M. K. (2010). Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *Plos ONE*, 5(5), 1-13.
- Taylor, A., Dal Grande, E., Gill, T., Fisher, L., & Goldney, R. (2007). Detecting determinants of suicidal ideation: South Australian surveillance system results. *International Journal of Public Health*, 52, 142-152.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. In *Psicodiagnóstico-V* (5ªed., pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed Editora.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575-600.
- Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicides in late life. *Current Psychiatry Reports*, 13, 234-241.
- Vijayakumar, L., Pirkis, J., & Whiteford, H. (2005). Suicide in developing countries: Prevention efforts. *Crisis*, 26(3), 120-124.
- Waern, M. (2003). Physical illness and suicide in the elderly. *Geriatrics & Aging*, 6, 5659.
- Wasserman, D. (2001). A stress-vulnerability model and the development of the suicidal process. In D. Wasserman (Eds.), *Suicide: An unnecessary death* (pp. 13-27). London: Martin Dunitz.
- WHO: World Health Organization. (2003). *The World Health Report, 2003: Shaping the Future*. Geneva.
- WHO: World Health Organization. (2009). *World Suicide Prevention Day 2009. Suicide prevention in different cultures*. Geneva.
- WHO. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization.
- Zahl, D. L., & Hawton, K. (2004). Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11 583 patients. *The British Journal of Psychiatry*, 185(1), 70-75.
- Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicides in late life. *Current Psychiatry Reports*, 13, 234-241.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

ANEXOS

ANEXO 1 – Declaração de consentimento

ANEXO 2 – Carta de pedido de autorização para realização do estudo

ANEXO 3 – Questionário Socio-Demográfico

ANEXO 4 – Questionário de Ideação Suicida

ANEXO 5 – Guião da Entrevista

ANEXO 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsíquia" da Associação Médica Mundial
(Helsíquia, 1964; Tóquio, 1975; Veneza, 1983; Hong Kong, 1989; Somerset, 1996 e Edimburgo, 2000)

Designação do Estudo:

"PERCURSOS DE VIDA E PERSPECTIVA DE MORTE EM IDOSOS COM RISCO DE SUICÍDIO"

Eu abaixo-assinado (nome completo do participante)

declaro não participar em nenhum outro projeto de investigação simultaneamente, tendo compreendido a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar. Foi-me ainda dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsíquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo sem qualquer prejuízo para mim. Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data:

Assinatura do Participante:

O investigador responsável: Ana Sofia Romão Nunes

Assinatura:

ANEXO 2

Carta de Pedido de Autorização

Exm^a Dra. (...)

Diretora Técnica da Instituição (...)

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo

Eu, Ana Sofia Romão Nunes, aluna nº10150036 do Mestrado em Terapia Ocupacional da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico do Porto, venho por este meio solicitar a recolha de dados junto dos utentes da vossa instituição no âmbito da investigação “Percursos de vida e perspectiva de morte em idosos com risco de suicídio” sob orientação da Prof. Paula Portugal (PhD) e Prof. João Viana (MsC).

O presente estudo pretende compreender a perspectiva de idosos com risco de suicídio sobre a morte e relação desta com os seus percursos de vida. Para tal, será por mim conduzida uma entrevista semiestruturada que explorará o percurso de vida de cada participante e alguns conceitos relacionados com a vida e com a morte e administrado um questionário sociodemográfico. Para selecionar o grupo de estudo será aplicado o Questionário de Ideação Suicida (Ferreira & Castela, 1999).

Em todo o momento é garantida a confidencialidade das informações partilhadas e o anonimato dos participantes e instituições envolvidas. À instituição, se solicitado, será fornecida informação obtida através do estudo que possa ser relevante para a saúde e segurança dos seus clientes.

Desde já agradeço a atenção dispensada, disponibilizando-me para esclarecer qualquer dúvida ou disponibilizar informações adicionais que considerem pertinentes.

Com os melhores cumprimentos,

(Ana Sofia Romão Nunes)

ANEXO 3

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Data de Aplicação: ___/___/___

1. Género: Feminino Masculino
2. Idade: _____
3. Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a)/União de facto Viúvo(a) Divorciado(a)
4. Área de Residência: _____
5. Tipo de Habitação: Moradia Apartamento ___º Andar Elevador: Sim Não
6. Com quem vive: _____
7. Escolaridade:
Ausência de Escolaridade Ensino Básico Ensino Secundário
Curso Profissional Ensino Superior Outro Qual? _____
8. Reformado? Sim Não
Se sim, há quanto tempo e que profissão desempenhava? _____
9. Sente-se satisfeito com os seus rendimentos?
Nada Satisfeito Pouco Satisfeito Mais ou menos Satisfeito Satisfeito Muito Satisfeito
10. Tem alguma(s) doença(s)? Sim Não
Se sim, que doença(s) tem? _____
11. Toma Medicação? Sim Não
Se sim, que medicação? _____
12. Crenças e práticas religiosas:
Sem crenças e sem práticas religiosas Com crenças e sem práticas religiosas

Com crenças e com práticas religiosas (a)

(a) **Indique a frequência:** Pouca Frequência Alguma Frequência Muita Frequência

13. Num dia normal qual a intensidade da dor que sentes?

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima/Dor Intolerável

14. Sente-se deprimido? Sim Não

15. No passado, procurou ajuda médica por se sentir deprimido? Sim Não

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 4

Data de Aplicação: ___/___/___

Questionário de Ideação Suicida (QIS)

Em seguida encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz, a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta.

Escala de resposta:

1- Nunca 2 – Quase Nunca 3- Raramente 4- Às Vezes 5- Frequentemente 6 – Quase Sempre 7- Sempre

		1	2	3	4	5	6	7
1	Pensei que seria melhor não estar vivo.							
2	Pensei suicidar-me.							
3	Pensei na maneira como me suicidaria.							
4	Pensei quando me suicidaria.							
5	Pensei em pessoas a morrerem.							
6	Pensei na morte.							
7	Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.							
8	Pensei em escrever um testemunho.							
9	Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.							
10	Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.							
11	Pensei em como as pessoas se sentiriam se me suicidasse.							
12	Desejei estar morto(a).							
13	Pensei em como seria fácil acabar com tudo.							
14	Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.							
15	Pensei que os outros ficariam melhor se estivesse morto(a).							
16	Desejei ter coragem para me matar.							
17	Desejei nunca ter nascido.							

Percursos de vida e perspectiva de morte em idosos com risco de suicídio

18	Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.								
19	Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.								
20	Pensei em matar-me, mas não o faria.								
21	Pensei em ter um acidente grave.								
22	Pensei que a vida não valia a pena.								
23	Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.								
24	Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.								
25	Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.								
26	Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).								
27	Pensei em magoar-me mas não em suicidar-me.								
28	Perguntei-me se teria coragem para me matar.								
29	Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.								
30	Desejei ter o direito de me matar.								

Muito Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO 5

Guião de Entrevista

1. Como descreveria o seu percurso de vida até agora?
2. Que aspetos positivos destaca no seu percurso de vida?
3. Quais os acontecimentos mais negativos ao longo da sua vida?
4. Como lidou com a perda de pessoas próximas?
5. Que impacto têm na sua vida as limitações físicas?
6. Qual o momento mais marcante da sua infância?
7. Como caracteriza a relação que teve com o seu marido/esposa ao longo da sua vida?
8. Como caracteriza as suas relações com as outras pessoas da família ao longo da sua vida?
9. Pode-me descrever como foi o trabalho ao longo da sua vida?
10. Durante a sua vida quais foram as suas principais forças?
11. Durante a sua vida quais foram as suas principais fraquezas?
12. Como lidou com as dificuldades que foi encontrando ao longo da sua vida?
13. Que objectivos cumpriu ao longo da sua vida?
14. O que mudaria no seu percurso de vida?
15. Que objectivos não concretizou por opções que teve que tomar no seu percurso de vida?
16. Ao olhar para trás o que lhe dá mais satisfação?
17. Qual o seu maior arrependimento?
18. Precisou de ajuda de outras pessoas ao longo da sua vida? Quem lhe prestou auxílio?
19. Quem foram e quem são as pessoas mais significativas para si?
20. O que levou a procurar a ajuda deste Centro? O que mudou a partir desse momento?
21. Como é que você se define atualmente?
22. Como olha para esta fase da sua vida?
23. Na velhice há maior proximidade com a morte?
24. Pensa muitas vezes sobre a morte?
25. Como seria uma boa morte?
26. Para si o que é a morte?
27. É uma pessoa religiosa?
 - a. Sim: de que forma a religião interfere na forma como pensa/ sente/lida com a morte?
 - b. Não: julga que existe alguma interferência entre a religião e a forma como se encara a morte?
28. Em algum momento da sua vida desejou morrer ou por termo à sua vida?
 - a. Em que circunstâncias decorreu? O que a fez desistir da ideia?
 - b. Partilhou esta intenção com alguém?
29. Conhece alguém que já tentou por fim à sua vida?
 - a. Como vê essa atitude?
30. Como é que se sente nesta fase da sua vida?
31. Quais são as coisas realmente importantes para si neste momento?
32. O que gostaria ainda de poder fazer?
33. Como olha para o futuro?

QUADRO SÍNTESE ENTREVISTAS

ANEXO 5

