

*ESTUDO DOS FATORES PSICOLÓGICOS DE RISCO PARA O  
COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS  
DO CONCELHO DE ODEMIRA*

---

**Nádia Filipa Cortes Duarte**

Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação de:

Prof<sup>a</sup> Doutora Marta Brás

**2015**

*ESTUDO DOS FATORES PSICOLÓGICOS DE RISCO PARA O  
COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO NUMA AMOSTRA DE IDOSOS  
DO CONCELHO DE ODEMIRA*

---

**Nádia Filipa Cortes Duarte**

Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho elaborado sob a orientação de:

Prof<sup>a</sup> Doutora Marta Brás

**2015**

## **Título do trabalho**

Estudo dos fatores psicológicos de risco para o comportamento suicidário numa amostra de idosos do concelho de Odemira

## **Declaração de autoria do trabalho**

Declaro ser a autora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluída.”



---

(Nádia Filipa Cortes Duarte)

## **Copyright**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

*A todos aqueles que tornaram  
possível este sonho...*

## **Agradecimentos**

*"Sem sonhos, a vida não tem brilho. Sem metas, os sonhos não têm alicerces. Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais."*

*(Augusto Cury)*

A realização da presente dissertação de mestrado só foi possível com o apoio e a disponibilidade de um conjunto de pessoas, às quais quero agradecer:

Em primeiro lugar gostava de agradecer à Prof<sup>a</sup> Doutora Marta Brás por me ter aceite como sua orientanda e pela sua incansável colaboração neste processo. Obrigada por todo o tempo despendido, pela paciência, apoio emocional e boa disposição com que sempre me recebeu. Pelo seu amplo conhecimento, exigência e rigor que fizeram com que nunca desistisse de melhorar cada vez mais.

À Prof<sup>a</sup> Doutora Cláudia Carmo pela sua disponibilidade e pelas sugestões proporcionadas, pois foram determinantes para a consolidação deste trabalho.

Não podia deixar de agradecer a todos os participantes, que a troco de nada, aceitaram participar nesta investigação. Pela disponibilidade e simpatia com que sempre me receberam, pela sua paciência em colaborar na resposta aos longos e exaustivos instrumentos de avaliação. Sem vocês isto não seria possível.

Ao Lar de St<sup>o</sup> Teotónio, ao Lar Associação D. Ana Pacheco e a todos os funcionários que me abriu as portas sempre com uma enorme simpatia e amabilidade para a recolha de dados.

Um especial agradecimento à minha mãe, que possibilitou a concretização deste sonho, que sempre lutou com tanto sacrifício por mim, que acreditou cegamente nas minhas capacidades. Por todas as vezes que me deu colo e me limpou as lágrimas, pelo apoio incondicional um enorme obrigada.

Ao meu pai, meu anjo da guarda, que sempre me ilumina.

Ao meu marido, por toda a força e apoio que sempre demonstrou ao longo deste percurso. Por toda a paciência, por todas as palavras de conforto e ânimo sempre que a trajetória apresentava obstáculos. Obrigada por compreenderes todas as minhas ausências.

À minha avó Maria Rosa, que sempre acreditou que conseguisse chegar ao fim desta caminhada, por todas as vezes que me ouviu e aconselhou.

Aos meus sogros, pela disponibilidade que sempre demonstraram com um enorme sorriso no rosto, por compreenderem os meus dias não e pelo apoio.

À minha amiga Margarida, por ouvir compreensivamente os meus desabafos, frustrações e angústias. Obrigada por toda a amizade, pelas imensas gargalhadas e por teres tornado este percurso mais fácil!

À Ilda, pelo seu apoio ao longo de todo o trajeto, pelo seu companheirismo, por nunca me ter deixado desistir, por ter acreditado em mim desde o primeiro momento. Obrigada por fazer parte deste percurso.

À Joana pelas várias vezes que me acompanhou nas viagens ao Alentejo, sempre com um sorriso e boa disposição.

A todos os que duvidaram que chegaria aqui, obrigada por me darem força para continuar.

A todos um muito obrigada...

## **Resumo**

O suicídio é um preocupante problema de saúde pública na população idosa do concelho de Odemira (Alentejo), onde a taxa de suicídio é superior ao dobro da taxa de suicídio nacional.

Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo foi compreender como determinados fatores psicológicos de risco (Sintomatologia depressiva, Desesperança, Características de personalidade e Satisfação com o suporte social) podem influenciar o risco suicida nos idosos do concelho de Odemira.

A amostra foi constituída por 70 indivíduos (33 institucionalizados e 37 não institucionalizados), com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ( $M = 76.27$ ;  $DP = 8.396$ ), 36 do sexo feminino e 34 do sexo masculino. Os participantes foram avaliados nos seguintes questionários: questionário sociodemográfico; BHS; BDI-II; NEO-FFI; ESSS e SIQ.

Os resultados mostram que 11.4% da amostra encontra-se em potencial risco de suicídio. Os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de Ideação suicida, Sintomatologia depressiva, Desesperança e menos Satisfação com o suporte social. A ideação suicida correlaciona-se de forma positiva e significativa com a Sintomatologia depressiva, a Desesperança e o Neuroticismo; e negativamente com a Satisfação com o suporte social, a Extroversão, a Amabilidade e a Conscienciosidade. O número de tentativas de suicídio correlaciona-se de forma positiva e significativa com a Ideação suicida e a Sintomatologia depressiva; e negativamente e de forma significativa com a Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade. A Sintomatologia depressiva tem um efeito mediador total na relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida. O melhor modelo explicativo da Ideação suicida incluiu a Sintomatologia depressiva, Número de tentativas de suicídio e Satisfação com a Intimidade como variáveis preditivas.

Como conclusão, destaca-se a importância de implementar estratégias de prevenção para mitigar o efeito das variáveis psicológicas consideradas de risco e promover as variáveis protetoras.

**Palavras-Chave:** Ideação suicida, Idosos, Desesperança, Sintomatologia depressiva, Características de personalidade e Suporte social.

## **Abstract**

Suicide is an alarming public health problem in Portugal, especially in the elderly population in the municipality of Odemira (Alentejo), where the suicide rate is more than twice of the national suicide rate. This reality indicates the need to understand the psychological factors that may contribute to suicidal ideation.

The main objective of this study was to understand how certain psychological risk factors (depressive symptoms, hopelessness, personality characteristics and satisfaction with social support) can influence suicide risk in elderly people of Odemira.

The sample consisted of 70 subjects (33 institutionalized and 37 non-institutionalized), aged between 65 and 92 years ( $M = 76.27$ ,  $SD = 8.396$ ), 36 were female and 34 male. Participants were evaluated in the following questionnaires: sociodemographic questionnaire; BHS; BDI-II; NEO-FFI, ESSS and SIQ.

The results show that 11.4% of the sample has potential risk of suicide. The institutionalized elderly, have higher levels of suicidal ideation, Depressive Symptoms, hopelessness and less satisfaction with social support. The same applies to the elderly who are in permanent situation in the institution, have a history of suicide attempts and experienced adverse events.

Suicidal ideation, is correlated positively and significantly with depressive symptomatology, the hopelessness and the Neuroticism; and is negatively correlated with satisfaction with social support, the extroversion, the Kindness and Conscientiousness. The number of suicide attempts is correlated positively and significantly with suicide ideation and depressive symptomatology, and correlated negatively and significantly with the Extraversion, Agreeableness and Conscientiousness. The Depressive Symptomatology has a total mediating effect on the relationship between neuroticism and suicidal ideation. The best explanatory model found included it to Depressive Symptoms, number of suicide attempts and eat Intimacy satisfaction as predictive variables and Suicidal Ideation as an independent variable.

In conclusion, the study highlights the importance of implementing prevention strategies to prevent the effect of psychological variables considered at risk and promote protective factors.

**Keywords:** Suicidal ideation, elderly, hopelessness, depressive symptomatology, personality characteristics and social support.

## Índice

1. Introdução.....	1
2. Objetivos.....	7
3. Metodologia.....	8
3.1 Participantes.....	8
3.2 Instrumentos.....	10
3.2.1 Questionário sociodemográfico.....	10
3.2.2 Mini Mental State Examination .....	10
3.2.3 Questionário de Ideação Suicida (SIQ).....	11
3.2.4 Escala de Desesperança de Beck (BHS) .....	12
3.2.5 Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI) .....	13
3.2.6 Inventário de depressão de Beck -II (BDI -II) .....	14
3.2.7 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) .....	14
3.3 Procedimento de recolha de dados.....	15
3.4 Procedimento de análise estatística.....	16
4. Resultados.....	17
4.1. Caracterização dos resultados nas variáveis psicológicas em função das variáveis sociodemográficas .....	17
4.3. Relação entre as características de personalidade e a ideação suicida: o papel de variáveis mediadoras.....	28
4.4. Variáveis preditivas da ideação suicida .....	31
5. Discussão.....	32
6. Referências Bibliográficas.....	41
7. Anexos.....	50

## Índice de Tabelas

Tabela 1. Médias, Desvios-Padrão, $d$ de Cohen e Teste $t$ de Student das variáveis na Amostra Total.....	18
Tabela 2. Médias, Desvios-Padrão, $d$ de Cohen e Teste $t$ de Student das variáveis na Amostra Total e em Função do Sexo.....	20
Tabela 3. Médias, Desvios-Padrão, Teste $U$ Mann-Whitney das variáveis na Amostra Total e em Função da Situação na Instituição.....	21
Tabela 4. Médias, Desvios-Padrão, Teste $U$ Mann-Whitney das variáveis na Amostra Total e em Função da Existência ou Ausência de tentativas de suicídio do próprio idoso.....	23
Tabela 5. Médias, Desvios-Padrão, Teste $U$ Mann-Whitney das variáveis na Amostra Total e em Função Existência ou Ausência de Acontecimentos Adversos.....	24
Tabela 6. Correlação ( $r$ ) entre as Variáveis Psicológicas e a Ideação Suicida na Amostra Total.....	26
Tabela 7. Correlação ( $r$ ) entre as Variáveis Psicológicas e o Número de Tentativas de Suicídio na Amostra Total .....	27
Tabela 8. Efeito dos Cinco Fatores de Personalidade e da Sintomatologia depressiva na Ideação Suicida dos Idosos: Análise do Estatuto Mediador das Variáveis Psicológicas (Sintomatologia Depressiva, Desesperança e Satisfação com o Suporte Social) ( $N=70$ ).....	29
Tabela 9. Regressão Hierárquica Multivariada para as Variáveis Preditivas da Ideação Suicida na Amostra Total.....	31

## **Índice de Figuras**

Figura 1. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre Neuroticismo e Ideação suicida mediada pelas variáveis psicológicas.....	29
--	----

## **Índice de Anexos**

Anexo A - Questionário Sociodemográfico.....	51
Anexo B - Mini Mental State Examination (MMSE).....	54
Anexo C - Questionário de Ideação Suicida (SIQ).....	58
Anexo D - Escala de Desesperança de Beck (BHS).....	60
Anexo E - Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI).....	62
Anexo F - Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II).....	67
Anexo G - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	70
Anexo H - Pedido de autorização de recolha de dados nas instituições.....	72
Anexo I - Consentimento Informado.....	74



## **Lista de abreviaturas**

**BDI-II** - *Beck depression inventory-II* (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961)

**BHS** - = *Beck hopelessness scale* (Beck, Weissman, Lester, & Trexler, 1974)

**ESSS** - Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro, 1999)

**MMSE** - *Mini Mental State Examination* (Folstein, Folsetein, & McHugh, 1975)

**NEO-FFI** - *Five-Factor Inventory* (McCrae & Costa, 1989)

**SA** - Satisfação com as amizades da ESSS (Ribeiro, 1999)

**SAS** - Satisfação com as atividades sociais da ESSS (Ribeiro, 1999)

**SF** - Satisfação com a família da ESSS (Ribeiro, 1999)

**SI** - Satisfação com a intimidade da ESSS (Ribeiro, 1999)

**SIQ** - *Suicidal ideation questionnaire* (Reynolds, 1991)





## 1. Introdução

O suicídio é um problema de saúde pública mundial e nacional, atingindo atualmente proporções preocupantes. O comportamento suicida é um fenómeno complexo, cuja ocorrência se deve a múltiplas causas, resultando de uma interação entre fatores sociais, culturais, individuais, entre outros (Azenha & Peixoto, 2014; Quartilho, 2014). De salientar, a componente psicológica como um contributo preponderante para os comportamentos suicidários, conforme referem vários estudiosos da suicidologia (e.g., Azenha & Peixoto, 2014; Quartilho, 2014; Saraiva & Gil, 2014; Shneidman, 1993).

Apesar do número crescente de investigações, nos últimos 50 anos tem-se registado um aumento da taxa de suicídio de 60% a nível mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2012), por ano suicidam-se cerca de 1 milhão de pessoas, ou seja, uma morte por suicídio a cada 40 segundos. A OMS estima que, até 2020, mais de 1.5 milhões de pessoas vão cometer suicídio e 10 a 20 milhões tentarão o suicídio.

As taxas de suicídio variam de acordo com algumas variáveis, nomeadamente, idade, sexo, raça e etnia, sendo maior na Europa Oriental. Relativamente ao sexo, na maioria dos países, os homens apresentam taxas mais elevadas comparativamente às mulheres (Cavalcante & Minayo, 2012), o que corresponde a aproximadamente três homens para cada mulher (Veiga, 2014). Quanto ao estado civil, a taxa é mais elevada nos solteiros, divorciados e viúvos. Dentro do grupo de homens viúvos, os idosos são os que apresentam as maiores taxas de suicídio (Veiga, 2014).

No cenário europeu, o padrão etário ascendente, em que as taxas de suicídio aumentam ao longo da idade, é o dominante. O aumento das taxas de suicídio entre idosos indica que o aumento da idade está relacionado com processos biológicos e psicológicos que podem induzir a pessoa à decisão de se autodestruir, conforme referiu Beeston, em 2006 (Minayo & Cavalcante, 2010).

Especificamente em Portugal, as taxas de suicídio são mais baixas comparativamente aos restantes países mediterrânicos (Veiga, 2014). Todavia, segundo Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (DGS, 2013), em algumas regiões do país, nomeadamente no Alentejo e no Algarve, o número de suicídios tem assumido um peculiar dramatismo, essencialmente na população idosa com 65 ou mais anos (. Este padrão acentua-se mais comparado com outros países europeus devido à população

maioritariamente idosa, sendo que cerca de 50% dos suicídios ocorrem após os 64 anos, maioritariamente no sexo masculino (DGS, 2013).

Em 2013, registaram-se 1053 mortes por suicídio, em que 80% das mortes foram de homens, apurando-se uma relação de 336.9 mortes por suicídio do sexo masculino por 100 mortes do sexo feminino, e correspondendo a 1.5% do total de mortes de homens no país (INE, 2015). A média de idade foi de 59.9 anos, foi semelhante para os dois sexos (59.6 para os homens e 60.7 para as mulheres) (INE, 2015). É importante ter em consideração que, apesar de escassa, a investigação efetuada em Portugal contesta a validade e fiabilidade destes valores, que podem estar comprometidos pelo elevado número de mortes violentas de causa indeterminada e por incorreções na certificação de óbitos (DGS, 2013).

Conforme referido anteriormente, verifica-se que há regiões em Portugal com maiores taxas de suicídio em detrimento de outras, destacando-se o Alentejo, Algarve e Lisboa (Almeida & Quintão, 2012). Entre estes, destaca-se o Baixo Alentejo, em que entre 1998 e 2008, segundo dados divulgados pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2008), registou uma média anual de 53 casos.

Ainda neste sentido, destaca-se o concelho de Odemira com uma das maiores taxas de suicídios a nível mundial. De acordo com dados da Guarda Nacional Republicana (GNR), de 1992 a 2005, foram registados 207 suicídios no concelho de Odemira, sendo que, destes, cerca de 62% correspondem a indivíduos com 65 ou mais anos de idade (Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Odemira, 2007).

Em 2007 foram contabilizadas 61 mortes por cada 100.000 habitantes do concelho de Odemira, com o epicentro a situar-se na freguesia de Sabóia, como um dos maiores índices de suicídio em todo o mundo (Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, 2008). Este concelho, em 2011, apresentou a mais elevada incidência de suicídios em Portugal, com uma taxa superior a 50 óbitos anuais por cada 100 mil habitantes comparativamente com 10.32 no resto do país (Areal, 2011). Pelo exposto, depreende-se que o Baixo Alentejo é a zona crítica do país relativamente ao suicídio, por ocorrer um número elevado comparativamente às outras zonas do país (Freitas & Botega, 2002).

Dada a pertinência deste fenómeno, alguns estudos têm vindo a identificar vários fatores associados ao suicídio no Alentejo, tais como: a baixa densidade populacional, um menor grau de integração, a existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social, uma população maioritariamente composta por idosos, os

quais conduzirão à solidão (Saraiva, 2006). Neste âmbito, em Portugal, ao longo dos anos, os estudos têm procurado desenhar um perfil do indivíduo suicida. De acordo com Saraiva (2010), este caracteriza-se por um indivíduo do sexo masculino com uma idade superior a 50 anos, residente na zona de Lisboa, Alentejo ou Algarve, geralmente divorciado ou viúvo, com baixo rendimento, desempregado ou reformado. Apresenta ainda, baixo nível académico, sofre de isolamento social, ausência de hábitos religiosos, deprimido e alcoólico. Concomitantemente o indivíduo pode sofrer ainda de perturbações de personalidade, doenças crónicas, vários problemas afetivos e ideação suicida.

A fim de se estudar os fatores de risco, sobretudo psicológicos, associados a este perfil e de garantir o rigor terminológico na comunidade académica, científica e clínica, importa, antes de mais, esclarecer a definição de alguns conceitos, nomeadamente o de suicídio, tentativas de suicídio e ideação suicida.

A palavra suicídio tem a sua origem no latim e deriva da composição de dois termos: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja, matar-se a si mesmo (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2003-2015). A OMS definiu o termo suicídio como um ato deliberado realizado por um indivíduo que sabe, ou espera, que este lhe seja fatal (Eurotrials, 2004). Em Portugal, numa perspetiva mais atual, de acordo com o PNPS (2013-2017), define-se suicídio consumado como a "morte provocada por ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida" (DGS, 2013, p.110).

É importante referir que nem todos os comportamentos autolesivos têm como resultado final o suicídio consumado. Nesta perspetiva, o comportamento suicida é um possível contínuo de comportamentos, em que num polo se encontra a ideação suicida, passando ou não posteriormente pela tentativa de suicídio, e no polo oposto o suicídio consumado (Krüger & Werlang, 2010).

A ideação suicida refere-se a pensamentos e cognições sobre pôr termo à própria vida, que podem, ser vistas, como um precursor de outros comportamentos suicidas mais graves. Estes pensamentos podem surgir em formato de desejo sem que haja passagem ao ato (Saraiva & Gil, 2014). Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm planos e desejos de cometer o suicídio, mas não fizeram nenhuma tentativa de suicídio recente (Saraiva & Gil, 2014).

A tentativa de suicídio, por sua vez, segundo o PNPS (2013-2017) é "o ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que por razões diversas,

resulta frustrado" (DGS, 2013, p. 110). Engloba todo o ato ou gesto não fatal de automutilação ou autoenvenenamento. De acordo com Santos e Sampaio (1997, p. 188), as tentativas de suicídio ocorreram sempre em momentos de crise individual do sujeito, mesmo havendo uma variação no grau da intenção da fatalidade e na gravidade do gesto suicida, sendo as tentativas de suicídio o preditor mais importante do suicídio.

As tentativas de suicídio são mais comuns entre os jovens e no sexo feminino, enquanto, os suicídios são mais frequentes no sexo masculino e nos idosos, estando muitas vezes associados, entre várias outras razões e circunstâncias, a perturbações psicológicas ou a um marcado isolamento social (Sampaio, 1991; Saraiva, 1999).

No âmbito da abordagem psicológica dos atos suicidas e sendo uma temática amplamente estudada, pode-se encontrar várias teorias explicativas, como a psicodinâmica, a social ou a sistémica. No entanto, de acordo com as variáveis que o presente estudo propõe investigar, a perspetiva que mais se adequa é a teoria cognitiva da depressão de Beck, uma vez que apresenta a Desesperança como um dos fatores chave. Esta refere-se a três noções cognitivas básicas, nomeadamente tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas. De acordo com esta teoria, o indivíduo suicida apresenta um elevado grau de Desesperança, sendo que esta constitui uma ponte entre a depressão e o comportamento suicida. A Desesperança juntamente com uma capacidade de resolução de problemas deficitária, conduz ao desenvolvimento de pensamentos distorcidos, levando o indivíduo a sentir-se diminuído e a acreditar que o suicídio é o único caminho para terminar com o sofrimento (Beck, Rush, Shaw, & Emeny, 1997).

A Desesperança é considerada como um fator de risco para o suicídio, não obstante outros fatores de risco comuns aos indivíduos suicidários identificados numa análise epidemiológica realizada em 2009, nomeadamente: tentativas anteriores de suicídio; doenças mentais (particularmente depressão e abuso/dependência de álcool e drogas); ausência de apoio social; casos de suicídio na família; ideação suicida e características sociodemográficas, nomeadamente a pobreza, o desemprego e o baixo nível académico (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009; Stevens, Bond, Pryce, Roberts, & Platt, 2008;). Também a personalidade, as diferenças individuais, os fatores cognitivos e diversos aspetos sociais são outros fatores que contribuem para o comportamento suicida (O'Connor & Nock, 2014).

Embora estes fatores de risco se encontrem em todas as faixas etárias, existem outros fatores que têm contribuído para o aumento da taxa de suicídios na população idosa, tais como o isolamento social, acontecimentos de vida negativos, perdas

significativas (e.g, morte do cônjuge), abandono e conflitos familiares (Minayo & Cavalcante, 2010). O aumento da esperança média de vida contribui igualmente para o aumento desta taxa, na medida em que este estágio implica a passagem por um processo de grandes transformações. Transformações sociais, físicas, psicológicas e, por vezes, deterioração cognitiva, são transformações difíceis, que podem ser percebidas como negativas, evoluindo para estados depressivos (Sousa, Silva, Figueiredo, Minayo, & Vieira, 2013).

No que diz respeito à depressão enquanto fator de risco, verifica-se que uma elevada percentagem de idosos com depressão apresenta risco suicida (Ciulla, et al., 2013; Minayo & Cavalcante, 2010). Conwell, Duberstein e Caine (2002) verificaram associações significativas de pensamentos suicidas com sintomas depressivos. Os mesmos autores, na sua revisão da literatura, revelam que 71 a 95% das vítimas de suicídio com idades iguais ou superiores a 65 anos sofriam de perturbação psiquiátrica grave, nomeadamente depressão, no momento da morte. Conwell et al. (1996) demonstraram que o suicídio em idosos foi significativamente associado com o diagnóstico de depressão unipolar. Sampaio e Telles-Correia (2013) afirmaram que a presença de depressão na terceira idade é o fator mais importante nos comportamentos suicidários. Esta sintomatologia surge associada a diferentes acontecimentos de vida, de que são exemplo a reforma, a morte do parceiro, o isolamento social, experiências negativas na infância ou a pobreza (Ilcite, Fino, Sabatello, & Candilera, 2014; Stevens, et al. 2008). Além disso, a depressão é um fator de risco expressivo que interfere também nas relações sociais dos idosos (Sousa, et al., 2013). Em suma, a literatura (e.g., Conwell et al., 1996; 2002; Coppens, et al., 2014; Hayashi et al., 2012; Sampaio & Telles-Correia, 2013) aponta para a influência desta patologia sobre o comportamento suicida.

A Depressão e a Desesperança no idoso têm sido consideradas, quando coexistem os maiores preditores do suicídio, e atuam como variáveis mediadoras na Ideação suicida (Herrestad & Biong, 2010; Ilcite, et al., 2014; O'Connor & Nock, 2014). Os sentimentos de Desesperança aumentam de maneira significativa o risco de consumir o suicídio, sendo que os idosos com antecedentes de suicídio têm maiores níveis de Desesperança, mantendo-se esta como um aspeto relativamente estável nos pacientes deprimidos (Ilcite et al. 2014). Este pessimismo face ao futuro, nesta faixa etária, constitui um forte preditor de todos os índices de suicídio (O'Connor & Nock, 2014). Segundo vários estudos, a Desesperança é considerada determinante para o

surgimento de Ideação suicida grave e para o suicídio consumado (Argimon, Lopes, Terroso, Farina, & Coutinho, 2013; Hayashi, et al., 2012; Herrestad & Biong, 2010; Yaseen, Gilmer, Modi, Cohen, & Galynker, 2012).

Para além destes fatores, também a personalidade tem sido considerada um fator de risco. São vários os estudos sobre os cinco fatores de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Conscienciosidade e Amabilidade) que afirmam que determinados traços de personalidade (modelo dos cinco fatores) estão associados a comportamentos suicidários nos idosos (Hayashi, et al., 2012; Illiceto et al., 2014; Segal, Marty, Meyer, & Coolidge, 2012). Idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, que cometeram tentativas de suicídio apresentaram maior nível de Neuroticíssimo e menor de Extroversão (Wiktorsson, et al., 2013). Um estudo com 2555 idosos, conduzido por Blüml et al. (2013), corrobora a ideia anterior, ao constatar que o Neuroticismo e a Abertura à experiência estão associados a tendências suicidas, enquanto a Extroversão e a Conscienciosidade estão correlacionadas de forma negativa com o comportamento suicidário, tornando-se, assim, como fatores de proteção. Outros estudos chegaram à mesma conclusão (e.g., Duberstein, et al., 2000; Heisel, et al., 2006; Segal, et al., 2012).

Outros fatores de risco importantes são a baixa Satisfação com o suporte social e os Acontecimentos de vida negativos. Relativamente à falta de suporte social, este relaciona-se positivamente com o suicídio (Minayo & Cavalante, 2010). Lovisi, et al. (2009) referem que a literatura tem demonstrado que a ausência de suporte social aumenta o risco de suicídio naqueles que são mais vulneráveis. Cândido (2010) concluiu que a percepção de suporte social está relacionada de forma muito significativa com a Ideação suicida, ou seja, quanto menor a percepção de suporte social maiores são os níveis de Ideação suicida. No mesmo estudo, a fraca percepção de suporte social explica 82.3% da variância da Ideação suicida. Quanto aos acontecimentos de vida negativos, Yang e Clum (1996) refere que a vivência de acontecimentos negativos contribuem para o despoletar do comportamento suicida. Outro estudo, desenvolvido com 316 adultos e 339 idosos, concluiu que a presença de Acontecimentos negativos pode mediar a associação entre a Personalidade e a Ideação suicida (Illiceto, et al., 2014).

Face ao exposto, é importante estudar o Suicídio por meio da Ideação suicida, uma vez que esta é um dos principais indicadores do risco de futuros comportamentos suicidas. Minayo e Cavalante (2012) concluíram que a Ideação suicida é fonte de grande risco suicida, encontrando-se este fator entre os três primeiros de seis no caso dos homens e em segundo lugar no caso das mulheres. Este pensamento evidencia-se

como uma das principais causas de risco suicida e, associados a esta variável, têm sido encontrados grupos de risco, nomeadamente: ser do sexo feminino, consumir álcool ou drogas e ter na família história de suicídios (Azevedo & Matos, 2014; Ferreira & Castela, 1999).

A presença de Ideação suicida e de uma história prévia de tentativa de suicídio constituem fatores importantes de predição quando se avalia o risco de suicídio, podendo caracterizar um primeiro passo para a consolidação do ato suicida (Turecki, 1999; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2004). Botega et al. (2006) alertam que a presença de ideias suicidas apresenta um elevado risco de uma futura tentativa de suicídio, havendo entre as duas variáveis forte relação. O'Connell, Chin, Cunningham e Lawlor (2004) afirmam que a presença prévia de tentativa é um importante fator preditivo para o suicídio nos idosos.

Conforme foi possível constatar, são muitos os fatores que contribuem para explicar o suicídio nos idosos, mas existem alguns que têm demonstrado ser mais relevantes, nomeadamente, a Depressão, a Desesperança, determinadas características de personalidade e a Ideação suicida. Desta forma, embora existam muitos estudos relativamente a este fenómeno, este continua a ser um problema mundial e nacional, sobretudo no concelho de Odemira, na região do Alentejo. Assim, de modo a reforçar a necessidade de uma intervenção é fundamental estudar os fatores psicológicos de risco associados ao fenómeno suicidário, nesta população específica, de modo a que possam ser delineadas e implementadas ações de prevenção.

Neste contexto, o presente projeto de dissertação tem como objetivo geral, compreender de que forma determinados fatores psicológicos de risco podem influenciar a Ideação suicida nos idosos do Concelho de Odemira.

## **2. Objetivos**

Este estudo tem como principal objetivo compreender de que forma determinados fatores psicológicos de risco podem influenciar a Ideação suicida nos idosos do Concelho de Odemira. Para isso, foram delineados os seguintes objetivos específicos:

1. Caracterizar os idosos nas variáveis sociodemográficas e psicológicas.

2. Caracterizar as variáveis psicológicas (Sintomatologia depressiva, Desesperança, Satisfação com o suporte social e Características de personalidade) dos idosos em função das variáveis sociodemográficas.
3. Averiguar entre as variáveis psicológicas, sociodemográficas e da história pessoal, as que permitem predizer melhor a Ideação suicida.
4. Explorar se as variáveis psicológicas desempenham um papel mediador entre as Características de personalidade e a Ideação suicida.

### **3. Metodologia**

#### **3.1 Participantes**

A amostra foi constituída por 70 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ( $M = 76.27$ ;  $DP = 8.396$ ), 36 (51.4%) do sexo feminino e 34 (48.6%) do sexo masculino. Trinta e três idosos estavam institucionalizados (9 em situação permanente; 24 em centro de dia) e 37 não estavam institucionalizados. Em relação ao estado civil dos idosos, 48.6% são casados ou vivem em união de facto, 28.6% são viúvos, 15.7% solteiros e 7.1% divorciados.

Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e pertencem ao concelho de Odemira. Relativamente à naturalidade dos participantes, estes são em grande maioria da freguesia de Sabóia (31.45%), Santo Teotónio (27.1%), Santa Clara-à-Velha (21.4%) e Cavaleiro, sendo os restantes, com 1.4% cada, naturais de Zambujeira do mar, Malavado, Serpa, São Luis, Luzianes, Corte-Brique e Padronelo.

No que diz respeito à freguesia onde residem atualmente, 40% dos inquiridos residem na freguesia de Stº Teotónio, 35.7% na freguesia de Sabóia, 22.9% na freguesia de Santa Clara-à-Velha e 1.4% na freguesia da Zambujeira do mar.

Verificou-se que 32 participantes (45.7%) não têm habilitações literárias, 28 (40%) apenas frequentou o 1º ciclo, 7 (10%) frequentou o 2º ciclo, 1 (1.4%) o 3º ciclo e 2 (2.9%) o ensino secundário. Dos 70 inquiridos, 58.6% sabe ler e escrever e os restantes são analfabetos. Relativamente à profissão exercida em idade ativa, metade dos idosos foi agricultor(a); 12.9% foram domésticas; 10% das inquiridas foram

costureiras, 2.9% copeiras e 1.4% foi técnico de informática; dos restantes participantes 4.3% foram cozinheiros e 18.6% tiveram outra profissão.

Quando inquiridos sobre o seu estado de saúde, a maioria respondeu que sofre de alguma doença (81.4%). Destes, 10 (14.3%) sofrem de problemas cardíacos, 8 (11.4%) de depressão, 8 (11.4%) de várias doenças, 4 (5.7%) têm diabetes, 5 (7.1%) têm problemas relacionados com a tensão arterial, 4 (5.7%) sofrem de problemas na coluna, 3 (4.3%) tiveram AVC, 2 (2.9%) são doentes oncológicos e 7 (10%) de outras. Os restantes idosos têm problemas de intestinos, trombose, asma, coração e depressão, úlcera e doença de parkinson, apresentando 1.4% cada doença.

No que diz respeito ao consumo de álcool, 51% dos participantes afirmou não consumir atualmente álcool, 15.7% consome raramente, 8.6% respondeu que consome algumas vezes e 2.9% consome frequentemente.

Quanto à questão se participa em atividades religiosas, 9 inquiridos, representando 12.9%, respondeu nunca, 24 (34.3%) participa raramente, 23 (32.9%) algumas vezes, e 7 (10%) participam frequente e muito frequentemente.

Os 70 participantes têm familiares vivos, porém só 74.3% é que recebe apoio familiar, sendo que este apoio é em grande parte dos filhos (34.3%). Sessenta e dois (88.6%) idosos recebem visitas, sendo que 31.4% destas visitas são dos filhos e 21.4% são de outros familiares.

Relativamente à história familiar de tentativas de suicídio, apenas 10% dos participantes respondeu que sim. Destes, os familiares que tentaram o suicídio foram o irmão (4.3%), a mãe (2.9%) e o cônjuge (2.9%). O número de vezes que os familiares tentaram o suicídio foi uma vez (5.7%), três vezes (1.4%) e quatro vezes (2.9%). O método mais utilizado foi o afogamento, representando 5.7% dos casos, seguido da ingestão de substâncias inflamáveis (2.9%) e, por último, a ingestão de fármacos (1.4%).

No que respeita à história familiar de suicídio, 40% dos familiares dos participantes tinham cometido suicídio, sendo que o método mais utilizado foi o enforcamento com uma percentagem de 24.3%, seguindo-se o envenenamento com 4.3% e o afogamento com 2.9%. Quando questionados sobre o grau de parentesco do familiar que cometeu suicídio, a resposta mais frequente foi o(a) tio(a) (10%), seguindo do(a) primo(a) (8.6%).

A maioria (62.9%) dos participantes já teve conhecimento de que alguma pessoa próxima tinha cometido uma tentativa de suicídio ou um suicídio.

Quando questionados se já cometeram alguma tentativa de suicídio, 8 (11.4%) participantes responderam que sim. A quantidade de vezes que tentaram oscilou entre uma (4.3%), duas (2.9%), três (1.4%) e quatro (2.9%). O método mais utilizado foi a ingestão de fármacos e afogamento, ambos em 2.9% dos casos. Aproximadamente 5.7% justificaram a tentativa de suicídio pelo fato de estarem doentes, 2.8% devido a problemas com o cônjuge, 1.4% por estarem aborrecidos com a vida e 1.4% devido a conflitos.

No que diz respeito à questão se viveu acontecimentos adversos nos últimos anos, 46 (65.7%) participantes referiu que sim. Destacam-se como acontecimentos adversos mais frequentes, a morte do cônjuge (15.7%), o aparecimento de uma doença (14.3%), conflitos familiares (14.3%), a morte de familiares (7.1%) e a entrada no lar (4.3%).

## **3.2 Instrumentos**

### **3.2.1 Questionário sociodemográfico**

O questionário sociodemográfico (Anexo A) inclui dados como a idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional (exercida em idade ativa), a história de tentativas de suicídio do próprio, da família, hábitos de consumo de substâncias, apoio familiar, entre outros aspetos.

### **3.2.2 Mini Mental State Examination**

O Mini Mental State Examination (MMSE) (Anexo B) foi desenvolvido em 1975 por Folstein, Folsetein e McHugh, tendo como principal objetivo avaliar as funções cognitivas e triar quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). A sua aplicação é rápida (cerca de 10 minutos), sendo constituído por 11 itens divididos em duas secções. A primeira exige respostas verbais a questões de orientação, memória e atenção; a segunda, leitura e escrita, habilidades de nomeação, seguir comandos verbais e escritos, escrever uma frase e copiar um desenho (polígonos).

Todas as questões são realizadas na ordem listada e a pontuação total pode variar entre 0 e 30, sendo calculada pelo somatório de cada tarefa completada com sucesso.

As características psicométricas do MMSE têm sido avaliadas, tanto na sua versão original, como pelas adaptações para várias línguas e países. O ponto de corte 23/24 tem mostrado alta capacidade de discriminação de indivíduos cognitivamente alterados (Tombaugh & McIntyre, 1992).

O MMSE foi traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1994 por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas e Garcia (2007). As pontuações de limiar diagnóstico para defeito cognitivo, em função do nível de escolaridade obtidos no processo de validação para português (Portugal) são: analfabetos quando apresentam uma pontuação igual ou inferior a 15, de 1 a 11 anos de escolaridade com uma pontuação igual ou inferior a 22 e com escolaridade superior a 11 anos quando apresentam uma pontuação igual ou inferior a 27 (Guerreiro, et al., 1994).

No presente estudo, este instrumento serviu para triar os participantes, tendo sido excluídos aqueles que não cumpriam os critérios acima referidos, uma vez que não se encontravam aptos cognitivamente para responder aos restantes instrumentos de avaliação.

### **3.2.3 Questionário de Ideação Suicida (SIQ)**

O SIQ, versão original - *Suicide Ideation Questionnaire*, foi elaborado originalmente por Reynolds em 1988 (Reynolds, 1991), tendo sido posteriormente adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999). Este tem como objetivo avaliar uma hierarquia de pensamentos relativos ao suicídio, que oscilam entre pouco e muito graves (Ferreira & Castela, 1999).

Este questionário de autorresposta é composto por um total de 30 itens sendo disponibilizado para cada item sete alternativas de resposta, numa escala do tipo *Likert*, que oscila entre “*nunca tive este pensamento*” até “*quase todos os dias*”, num sentido crescente de gravidade. Para efeitos de avaliação, cada item é cotado respetivamente de 0 a 6. A pontuação total é obtida pelo somatório do valor de todos os itens, podendo oscilar entre 0 e 180 (Ferreira & Castela, 1999).

Ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa revelam um coeficiente alfa de *Cronbach* de .96 e correlação teste-reteste, com intervalo de um mês entre as duas aplicações, de .76 (Ferreira & Castela, 1999).

Os valores de correlação item total variam entre .21 e .86, no entanto, a maioria das correlações situam-se entre .70 e .80. No que diz respeito à validade convergente, o questionário apresentou uma correlação positiva e significativa com o Inventário de Depressão de Beck e uma relação negativa e significativa com a Escala de Autoestima de Rosenberg. Para além disso, os autores obtiveram uma matriz fatorial com três fatores, que se aproximava razoavelmente dos resultados obtidos pelo autor original (Ferreira & Castela, 1999).

O instrumento ainda não apresenta pontos de corte para a população portuguesa, pelo que foi seguido o critério mais rigoroso proposto pelo autor original. Segundo Reynolds (1988), uma pontuação igual ou superior a 41 pode ser indicativa de significativa psicopatologia e de potencial risco de suicídio.

No presente estudo, o coeficiente alfa foi de .97 indicando uma consistência interna muito boa (Anexo C).

### **3.2.4 Escala de Desesperança de Beck (BHS)**

A Escala da Desesperança de Beck (BHS) foi desenvolvida em 1974 por Beck, Weissman, Lester e Trexler, tendo como principal objetivo medir as atitudes negativas acerca do futuro. É uma escala constituída por 20 itens de autorresposta em formato dicotómico, em que 11 itens são referentes à desesperança e 9 itens dizem respeito à esperança.

A pontuação total da escala é obtida pelo somatório dos 20 itens, após a inversão dos itens adequados, podendo a pontuação total variar entre 0 e 20. Se o valor encontrado estiver entre 0 e 3 é considerado mínimo, entre 4 e 9 é considerado médio, entre 9 e 14 moderado e, se for superior a 14 é considerado severo, sendo o ponto de corte equivale exatamente ao valor 9.

A estrutura interna do estudo original, identificou 3 fatores, que em conjunto explicam 53.5% da variância, são eles: a) sentimentos sobre o futuro; b) falta de motivação e c) expectativas futuras.

Ao nível da consistência interna, o nível de fidelidade Kunder-Richardson (KR-20) no estudo original foi de .93, o que indica a sua fiabilidade. Relativamente à validade, os resultados indicam um nível bastante satisfatório (Beck et al., 1974).

Cruz (2000) validou a BHS para Portugal, reproduzindo a estrutura fatorial do modelo original tendo obtido boa consistência interna (KR-20=.90).

No presente estudo, o coeficiente alfa do BHS (KR-20) foi de .88, indicando boa consistência interna (Anexo D).

### 3.2.5 Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI)

O Inventário dos Cinco Fatores (NEO Five-Factor Inventory - NEO-FFI) é uma versão reduzida do NEO-PI-R que foi desenvolvido por McCrae e Costa (1989) e adaptado por Lima (2002). Este instrumento foi construído com o intuito de abranger as medidas de personalidade entendidas segundo cinco domínios: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à experiência. Estes cinco domínios, segundo Allemand, Zimprich e Henriks (2008), têm sido propostos para resumir as diferenças individuais nos traços de personalidade humana. Desde modo, esta escala encontra-se subdividida em cinco subescalas, nomeadamente, Neuroticismo (12 itens), Extroversão (12 itens), Abertura à Experiência (12 itens), Amabilidade (12 itens) e Conscienciosidade (12 itens). De salientar que os itens 1, 3, 8, 9, 12, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 27, 29, 30, 31, 33, 38, 39, 42, 44, 45, 54, 55 e 59 devem ser invertidos.

O NEO-FFI inclui 60 afirmações, avaliadas segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos, desde o “*Discordo fortemente*” (1) ao “*Concordo totalmente*” (5). No que diz respeito à validade do instrumento, diversos estudos têm confirmado a relação entre inúmeras variáveis e os domínios do NEO, assim como o poder preditivo das suas escalas (McCrae & John, 1992), tendo em conta a uma variedade de critérios externos, tais como o bem-estar psicológico, os traços interpessoais ou o pensamento divergente. No que concerne às características psicométricas, a consistência interna do instrumento original apresenta um alfa de Cronbach entre .68 e .86, sendo que especificamente para a extroversão apresenta valor de .88, um valor de .79 para a amabilidade, valor de .82 para a conscienciosidade, valor de .84 para o neuroticismo e valor de .81 para a abertura à experiência (Costa & McCrae, 1989). A versão portuguesa apresentam correlações de .75 a .89 com os fatores do NEO-FFI, revelando uma consistência interna entre .69 (Abertura à Experiência) e .81 (Conscienciosidade), considerando-se aceitáveis e comparáveis com os da versão original (.74 a .89) (Magalhães, Salgueira, Gonzalez, Costa, Costa, Costa, & Pedroso-Lima, 2014). Através d análise da rotação varimax, os fatores explicam 21% da variância (Magalhães et al., 2014).

Quanto ao presente estudo, os coeficientes alfa de Cronbach foram satisfatórios, quer da escala total ( $\alpha = .71$ ), quer das subescalas Neuroticismo ( $\alpha = .83$ ), Extroversão ( $\alpha$

= .75), Amabilidade ( $\alpha = .74$ ), e Conscienciosidade ( $\alpha = .86$ ), à exceção da subescala Abertura à Experiência ( $\alpha = .09$ ) (Anexo E).

### **3.2.6 Inventário de Depressão de Beck-II (BDI -II)**

O Inventário de depressão de Beck foi desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961), tendo sido foi modificado e melhorado numa nova versão, o BDI-II, que é utilizado no presente estudo. O BDI-II foi validado em 2011 para a população portuguesa por Campos e Gonçalves. O objetivo deste instrumento é avaliar sintomas cognitivos, motivacionais, físicos e afetivos da depressão.

O BDI-II é uma escala de autorresposta que avalia 21 sintomas e atitudes: (1) tristeza, (2) pessimismo, (3) sentimentos de fracasso, (4) insatisfação, (5) sentimentos de culpa, (6) percepção de estar a ser punido, (7) baixa autoestima, (8) autoacusações, (9) pensamentos acerca da morte, (10) choro, (11) irritabilidade, (12) isolamento social, (13) indecisão, (14) distorção da imagem corporal, (15) dificuldade de trabalhar, (16) perturbações no sono, (17) fadiga, (18) perda de apetite, (19) perda de peso, (20) preocupações somáticas e (21) perda da libido.

Para cada item são apresentadas quatro respostas alternativas, que representam diferentes graduações da intensidade do sintoma a avaliar. Obtém-se o nível de intensidade global de depressão, através do somatório dos resultados dos diferentes itens, podendo o valor oscilar entre os 0 e os 63 (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Os autores propõem os seguintes critérios como pontos de corte para interpretar os resultados; inferior a 10 ausência de depressão; 10 a 18 depressão ligeira a moderada; 19 a 29 depressão moderada a grave e 30 a 63 depressão severa. A consistência interna em amostras psiquiátricas e não-psiquiátricas é muito elevada, apresentando um coeficiente de alfa de 0.87 e um teste-reteste superior .60 (Beck, et al., 1988).

No presente estudo, o coeficiente alfa foi de .90, indicando uma boa consistência interna (Anexo F).

### **3.2.7 Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

A Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) foi desenvolvida por Ribeiro (1999) com o objetivo de avaliar a satisfação com o suporte social percebido, assumindo que se trata de “uma dimensão fundamental nos processos

cognitivos e emocionais ligados, quer ao bem-estar quer à qualidade de vida” (Ribeiro, 1999, p. 551).

É um instrumento de autorresposta, composto por quinze afirmações, em relação às quais o respondente deve assinalar o seu grau de concordância numa escala de *Likert* com cinco posições: A (*Concordo totalmente*); B (*Concordo na maior parte*); C (*Não concordo, nem discordo*); D (*Discordo na maior parte*) e E (*Discordo totalmente*).

Esta escala subdivide-se em quatro subescalas, que explicam 63.1% da variância, nomeadamente (a) Satisfação com amizades (SA; 5 itens), (b) Satisfação com a intimidade (SI; 4 itens), (c) Satisfação com a família (SF; 3 itens) e d) Satisfação com as atividades sociais (SAS; 3 itens). De realçar que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 devem ser invertidos. A pontuação total resulta da soma dos valores atribuídos aos itens e a sua amplitude pode variar entre 0 e 75 valores.

No estudo original, a ESSS apresentou boa consistência interna, tanto na escala total ( $\alpha = .85$ ), como nas subescalas (SA,  $\alpha = .83$ ; SI,  $\alpha = .74$ ; SF,  $\alpha = .74$ ; SAS,  $\alpha = .64$ ). Os resultados apontaram também para a validade discriminante e concorrente da escala (Ribeiro, 1999).

No que concerne ao presente estudo, a ESSS apresentou muito boa consistência interna na escala total ( $\alpha = .90$ ), boa consistência interna na SA ( $\alpha = .87$ ), e SF ( $\alpha = .89$ ) e consistência satisfatória na SI ( $\alpha = .72$ ) e SAS ( $\alpha = .78$ ) (Anexo G).

### **3.3 Procedimento de recolha de dados**

Numa fase inicial foram solicitadas, por escrito, as autorizações ao Lar Associação D. Ana Pacheco de Sabóia e ao Lar de Stº Teotónio (Anexo H), uma vez que parte da população-alvo se encontrava institucionalizada e em centro de dia. No pedido de autorização constou um breve enquadramento e objetivos do estudo.

Após obtenção da autorização, o procedimento seguinte, consistiu em contactar telefonicamente as instituições a solicitar o agendamento das datas em que se iria prosseguir com a recolha de dados. As aplicações dos questionários decorreram de acordo com os agendamentos nas respetivas instituições.

Antes da aplicação do primeiro questionário foi lido o consentimento informado a cada participante (Anexo I). Prosseguiu-se com a aplicação do Mini Mental State

Examination (MMSE) para despiste de demência mental e, nos casos em que não se registava suspeita de declínio cognitivo, aplicou-se a bateria de instrumentos previamente descrita.

Importa referir que todos os instrumentos foram aplicados individualmente e em formato de entrevista, uma vez que, devido à sua idade e habilitações académicas, apresentavam algumas limitações na leitura e na escrita. Dos 70 participantes apenas seis foram capazes de responder autonomamente aos instrumentos de avaliação.

Salienta-se que os dados recolhidos são anónimos e confidenciais. A recolha foi realizada dentro do período disponibilizado pelas referidas instituições entre Outubro de 2014 e Janeiro de 2015, não perturbando o seu funcionamento. Relativamente aos idosos não institucionalizados, a recolha aconteceu em diferentes freguesias em diferentes locais, de acordo com a conveniência de cada idoso, como por exemplo a própria habitação ou o centro comunitário.

### **3.4 Procedimento de análise estatística**

A maioria dos procedimentos estatísticos foi conduzida através do software informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (versão 22.0). Recorreu-se também ao GPower 3.1 para encontrar as estimativas das magnitudes do efeito para o *d* de Cohen (1988) e à página online de Kristopher Preacher para calcular o teste Sobel (<http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>).

Utilizou-se a estatística descritiva para caracterizar os dados sociodemográficos dos participantes do estudo e os resultados obtidos com a aplicação dos vários instrumentos através do cálculo de frequências, percentagens e análises de médias e desvio-padrão, consoante o tipo de variáveis em causa.

Recorreu-se aos testes não-paramétricos, nomeadamente ao Teste de *Mann-Whitney*, para avaliar em que medida determinada variável apresenta diferenças significativas entre dois grupos independentes, em amostras inferiores a 30.. Para compreender as diferenças entre as variáveis em estudo em mais de dois grupos, em amostras inferiores a 30, utilizou-se o Teste de *Kruskal-Wallis*.

Quando a amostra era igual ou superior a 30, foram utilizados os testes paramétricos, recorrendo-se ao teste estatístico *Independent-Sample t Test Student*, para

comparar diferenças entre dois grupos independentes; e ao  $d$  de Cohen para calcular a magnitude do efeito.

O tratamento estatístico incluiu também análises de correlação de Pearson, para estudar a associação entre variáveis; regressão linear, para perceber o papel das variáveis psicológicas na ideação suicida; e o teste Sobel para avaliar a significância do efeito indireto no estudo dos modelos de mediação.

## **4. Resultados**

No sentido de alcançar os objetivos delineados, apresenta-se, primeiro, a análise dos resultados registados nas diferentes variáveis psicológicas e as respetivas diferenças em função de variáveis sociodemográficas. Em seguida, explora-se a relação da Sintomatologia depressiva, da Desesperança, das Características de personalidade e da Satisfação com o suporte social com a Ideação suicida, posteriormente, analisa-se os modelos mediadores da Ideação suicida, e, por último, estuda-se quais as variáveis preditivas da Ideação suicida.

### **4.1. Caracterização dos resultados nas variáveis psicológicas em função das variáveis sociodemográficas**

Primeiramente, apresentam-se os resultados referentes à Ideação suicida na amostra total de idosos em estudo. A análise dos resultados referentes à Ideação suicida na amostra total dos idosos em estudo mostra que 11.4% dos idosos (dos quais 75% do sexo masculino) encontram-se acima do valor de corte, o que significa que apresentam um potencial risco de suicídio.

Quando se analisam os valores médios dos itens da SIQ, constata-se que o item 6 ( $M = 1.57$ ;  $DP = 2.137$ ), o item 5 ( $M = 1.10$ ;  $DP = 1.827$ ) e o item 1 ( $M = 1.00$ ;  $DP = 1.753$ ), são os que apresentam uma média mais elevada, sendo de destacar o item 1 (“Pensei que seria melhor não estar vivo”) por estar diretamente ligado à ideação suicida. Mais especificamente, as respostas ao item, 1.4% pensou cerca de uma vez por semana, 1.4% pensou duas vezes por mês, 2.8% duas vezes por semana, 2.8% pensou nisso cerca de uma vez por mês, 7% pensou quase todos os dias, 26.8% pensou nisso mas não no último mês e 56% afirmaram nunca ter tido esse pensamento.

Os resultados médios da Ideação suicida e das restantes variáveis psicológicas, na amostra total e em função do sexo, são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1  
Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t* de Student das Variáveis na Amostra Total e em Função do Sexo

	Amostra total ( <i>N</i> = 70)		Sexo masculino ( <i>n</i> = 34)		Sexo feminino ( <i>n</i> = 36)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
SIQ	15.79	28.545	21.79	36.850	10.11	16.057	.41	1.70	.096
BHS	9.94	4.910	9.71	5.452	10.17	4.405	-.09	-3.88	.700
BDI-II	14.91	10.724	18.82	11.374	11.22	8.712	.75	3.13	.003
NEO-FFI									
Neuroticismo	23.19	10.501	25.71	11.323	20.81	9.193	.48	1.99	.050
Extroversão	28.96	7.741	28.38	8.746	29.50	6.738	-.14	-.60	.550
Abertura à Experiência	25.67	4.103	25.91	3.801	25.44	4.410	.11	.47	.637
Amabilidade	34.96	7.345	36.00	8.756	33.98	5.660	.27	1.16	.251
Conscienciosidade	38.90	7.226	38.44	9.127	39.33	4.899	-.12	-.51	.614
ESSS									
ESSS – total	56.40	14.157	53.88	16.011	58.78	11.893	.35	-1.46	.150
SA	20.76	4.865	19.44	5.950	22.00	3.162	-.54	-2.23	.030
SI	14.23	4.873	13.59	5.684	14.83	3.946	-.25	-1.06	.294
SF	12.07	3.804	11.21	4.176	12.89	3.267	-.45	-1.87	.066
SAS	9.34	4.114	9.65	3.992	9.06	4.262	.14	.60	.552

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amigas da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

Na amostra total, os valores médios de Ideação suicida foram 15.79 (*DP* = 28.545), o que pode parecer relativamente baixo uma vez que a amplitude possível de respostas do SIQ varia de 0 a 180, porém, deveremos ter em consideração que o desvio padrão é bastante elevado.

A análise dos resultados em função do sexo mostra que os idosos do sexo masculino apresentam níveis de ideação suicida bastante superiores aos do sexo feminino, embora do ponto de vista estatístico essa diferença não seja significativa

( $t_{(44.545)} = 1.70$ ;  $p = .096$ ), sendo a magnitude do efeito considerada moderada ( $d$  de Cohen = .41).

A Desesperança na amostra total pode ser caracterizada como moderada ( $M = 9.94$ ;  $DP = 4.910$ ), sendo que pode variar entre 0 e 20; a diferença entre os sexos não é significativa ( $t_{(63.478)} = -3.88$ ;  $p = .700$ ). No entanto, a maioria dos idosos (57.14%) regista valores acima do ponto de corte, o que significa que apresentam um nível moderado de desesperança face ao futuro. Destes, 25.71% (dos quais 61.11% do sexo masculino) apresentam um nível de Desesperança severo.

Quanto à Sintomatologia depressiva, a média dos resultados da amostra total é de 14.91 ( $DP = 10.724$ ), o que corresponde à categoria de Depressão ligeira, sendo que o sexo masculino tem níveis significativamente superiores ( $t_{(61.809)} = 3.13$ ;  $p = .003$ ) aos do sexo feminino, com uma dimensão do efeito elevada ( $d$  de Cohen = .75). Importa referir que 30% dos idosos não apresentava Sintomatologia depressiva, 12.86% registou Depressão severa, 10% Depressão moderada a grave e 47.14% encontravam-se com Depressão ligeira a moderada. Este resultado indica que pelo menos 70% dos inquiridos apresentavam algum nível de Sintomatologia depressiva.

A análise dos dados relativos às características de personalidade da amostra total revela que os valores médios se encontram dentro dos parâmetros para esta faixa etária. O valor médio mais elevado é na Conscienciosidade ( $M = 38.90$ ;  $DP = 7.226$ ) e o mais baixo no Neuroticismo ( $M = 23.19$ ;  $DP = 10.501$ ). Salienta-se que este último é relativamente baixo quando comparado com a Amabilidade ( $M = 25.67$ ;  $DP = 7.345$ ), porém, deve-se ter em consideração que o desvio-padrão do Neuroticismo é elevado. Quando analisadas as diferenças entre sexos, verifica-se que não se registam diferenças significativas. No entanto, no Neuroticismo existem diferenças marginalmente significativas entre os sexos, cujos os valores são superiores nos idosos masculinos ( $t_{(68)} = 1.99$ ;  $p = .050$ ) e a magnitude do efeito é média-alta ( $d$  de Cohen = .48).

No que se refere à Satisfação com o suporte social, a média da escala total, revela-se relativamente elevada ( $M = 56.40$ ;  $DP = 14.157$ ), sendo que a subescala Satisfação com as amigas é a que apresenta uma média superior ( $M = 20.76$ ;  $DP = 4.865$ ). Relativamente às diferenças entre sexos, apenas na Satisfação com as amigas é que se verificaram diferenças significativas entre os sexos ( $t_{(49.624)} = -2.23$ ;  $p = .030$ ), em que o sexo feminino pontua mais alto ( $M = 22.00$ ;  $DP = 3.162$ ).

No seguimento da análise dos resultados, decidiu-se analisar as variáveis psicológicas em função do idoso se encontrar institucionalizado ou não institucionalizado.

Tabela 2  
Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t* de Student das Variáveis na Amostra Total e em Função da Institucionalização ou Não Institucionalização

	Amostra total ( <i>N</i> = 70)		Não institucionalizado ( <i>n</i> = 37)		Institucionalizado ( <i>n</i> = 33)		<i>d</i> de Cohen	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
SIQ	15.79	28.545	15.14	32.289	16.52	24.146	.05	-.201	.84
BHS	9.94	4.910	9.11	4.886	10.88	4.840	.36	-1.520	.13
BDI-II	14.91	10.724	14.49	10.254	15.39	11.369	.08	-.351	.73
NEO-FFI									
Neuroticismo	23.19	10.501	24.00	10.331	22.27	10.774	.16	.684	.50
Extroversão	28.96	7.741	30.62	8.077	27.09	7.002	.47	1.943	0.6
Abertura à Experiência	25.67	4.103	26.03	4.173	25.27	4.049	.18	.766	.45
Amabilidade	34.96	7.345	33.11	8.242	37.03	5.615	.56	-2.298	.03
Conscienciosidade	38.90	7.226	38.09	8.886	39.80	4.709	.24	-1.020	.31
ESSS									
ESSS – total	56.40	14.157	59.68	13.456	52.73	14.218	.50	2.100	.04
SA	20.76	4.865	21.38	4.380	20.06	5.338	.27	1.134	.26
SI	14.23	4.873	14.89	4.806	13.48	4.912	.29	1.210	.23
SF	12.07	3.804	12.95	3.511	11.09	3.932	.50	2.085	.04
SAS	9.34	4.114	10.46	4.046	8.09	3.876	.60	2.494	.02

Nota. *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste *t* de Student para amostras independentes; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amigas da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

Conforme se pode verificar na Tabela 2, a média de Ideação Suicida é superior nos idosos institucionalizados, apesar da diferença entre institucionalizados e não institucionalizados não ser significativa. No entanto, nos idosos que se encontram institucionalizados, a média da Ideação suicida é mais elevada (*M* = 16.52; *DP* = 24.146).

No que diz respeito às características de personalidade, na Amabilidade encontram-se diferenças significativas ( $t_{(68)} = -2.298$ ;  $p = .03$ ) com uma magnitude do efeito elevada ( $d$  de Cohen = .56), dado que os idosos institucionalizados apresentam um valor médio mais elevado ( $M = 37.05$ ;  $DP = 5.615$ ) comparativamente aos idosos não-institucionalizados ( $M = 33.11$ ;  $DP = 8.242$ ).

Nas restantes variáveis apenas se salienta os resultados na ESSS total, uma vez que os idosos não-institucionalizados apresentam uma média mais elevada ( $M = 59.68$ ;  $DP = 13.456$ ) do que os idosos institucionalizados ( $M = 52.73$ ;  $DP = 14.218$ ), sendo essa diferença significativa do ponto de vista estatístico ( $t_{(68)} = 2.100$ ;  $p = .04$ ) e com uma magnitude do efeito moderada ( $d$  de Cohen = .50).

No seguimento desta análise, considerou-se pertinente analisar as variáveis psicológicas em função da situação específica do idoso nas instituições.

Tabela 3

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U Mann-Whitney das Variáveis na Amostra Total e em Função da Situação na Instituição*

	Amostra total ( $N = 33$ )		Centro de dia ( $n = 24$ )		Permanente ( $n = 9$ )		U	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	16.52	24.146	12.79	19.531	26.44	32.906	84.500	.337
BHS	10.88	4.840	9.50	4.764	14.56	2.744	40.000	.006
BDI-II	15.39	11.369	12.58	9.960	22.89	12.036	53.000	.026
NEO-FFI								
Neuroticismo	22.27	10.774	19.96	10.46	28.44	9.528	63.500	.072
Extroversão	27.09	7.002	28.08	7.089	24.44	6.956	73.500	.162
Abertura à Experiência	25.27	4.049	25.50	4.404	24.67	6.386	92.500	.529
Amabilidade	37.03	5.615	37.50	5.748	35.78	5.36	90.500	.529
Conscienciosidade	39.80	4.709	40.41	4.820	38.18	4.225	75.500	.478
ESSS								
ESSS – total	52.73	14.218	54.42	14.661	48.22	12.617	72.000	.145
SA	20.06	5.338	20.29	5.481	19.44	5.199	88.500	.424
SI	13.48	4.912	14.00	4.863	12.11	5.061	85.500	.361
SF	11.09	3.932	11.83	3.807	9.11	3.756	63.000	.062
SAS	8.09	3.876	8.29	4.123	7.56	3.283	100.000	.745

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste não paramétrico *U Mann-Whitney* para amostras independentes; *SIQ* = *Suicidal ideation questionnaire*; *BHS* = *Beck hopelessness scale*; *BDI-II* = *Beck depression inventory-II*; *ESSS* – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; *SA* = Satisfação com as amigas da *ESSS*; *SI* = Satisfação com a intimidade da *ESSS*; *SF* = Satisfação com a família da *ESSS*; *SAS* = Satisfação com as atividades sociais da *ESSS*.

Relativamente à situação – permanente ou em centro de dia – dos idosos na instituição, conforme a Tabela 3 indica, apesar da diferença não ser significativa, a Ideação suicida é mais elevada nos idosos em situação permanente. Por outro lado, há diferenças muito significativas entre os grupos na Desesperança ( $U = 40.000$ ;  $p = .005$ ) e na Sintomatologia depressiva ( $U = 53.000$ ;  $p = .026$ ). A Desesperança é maior quando os idosos se encontram em situação permanente na instituição ( $M = 14.56$ ;  $DP = 2.744$ ) comparativamente a quando se encontram em centro de dia ( $M = 9.50$ ;  $DP = 4.764$ ). O mesmo acontece relativamente à Sintomatologia depressiva, em que os níveis de Sintomatologia depressiva mostram-se superiores nos idosos em situação permanente com uma média respetivamente de 22.89 ( $DP = 12.036$ ).

No seguimento da análise estatística, avaliaram-se os resultados nas variáveis psicológicas em função da perceção ou não de Apoio familiar. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas relativamente à Ideação suicida ( $U = 431.000$ ,  $p = .614$ ). No entanto, no que se refere à Satisfação com a família, como seria de esperar, os indivíduos sem apoio familiar obtiveram uma pontuação inferior ( $M = 10.17$ ;  $DP = 4.817$ ) aos idosos com apoio familiar ( $M = 12.73$ ;  $DP = 3.182$ ), tendo-se verificado que essa diferença é estatisticamente significativa ( $U = 324.500$ ;  $p = .04$ ). Nas restantes variáveis psicológicas (*BDI*, *BHS*, Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade, Conscienciosidade, *ESSS* Total, *SI*, *SAS*), não se registaram diferenças significativas entre os grupos.

De acordo com os resultados anteriormente apresentados, considerou-se relevante analisar as variáveis psicológicas em função da receção ou não de visitas na instituição. Verificou-se que quem recebe visitas apresenta valores significativos mais elevados na Satisfação familiar ( $U = 131.500$ ;  $p = .02$ ) e na Extroversão ( $U = 101.500$ ;  $p = .01$ ).

Posteriormente, procurou-se verificar se existiram diferenças significativas nas variáveis psicológicas em função da existência ou não de tentativas de suicídio.

Tabela 4

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U Mann-Whitney das Variáveis na Amostra Total e em Função da Existência ou Ausência de Tentativa de Suicídio do Próprio Idoso*

	Amostra total ( <i>N</i> = 70)		Existência de tentativa de suicídio ( <i>n</i> = 8)		Ausência de tentativa de suicídio ( <i>n</i> = 62)		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
SIQ	15.79	28.545	46.00	42.217	11.89	24.124	57.000	.000
BHS	9.94	4.910	11.63	4.627	9.73	4.940	193.500	.313
BDI-II	14.91	10.724	22.00	15.520	14.00	9.748	167.000	.134
NEO-FFI								
Neuroticismo	23.19	10.501	29.63	14.292	22.36	9.754	164.000	.121
Extroversão	28.96	7.741	24.63	10.701	29.52	7.201	173.500	.168
Abertura à Experiência	25.67	4.103	25.50	5.155	25.69	3.998	242.000	.912
Amabilidade	34.96	7.345	32.38	13.223	35.29	5.492	244.500	.948
Conscienciosidade	38.90	7.226	33.82	14.786	39.55	5.492	201.500	.389
ESSS								
ESSS – total	56.40	14.157	54.63	16.195	56.63	14.005	223.500	.651
SA	20.76	4.865	19.00	7.387	20.98	4.478	228.500	.713
SI	14.23	4.873	14.00	5.071	14.26	4.889	240.500	.889
SF	12.07	3.804	10.88	4.824	12.23	3.673	220.000	.583
SAS	9.34	4.114	10.75	5.071	9.16	4.038	200.000	.651

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *U* = Teste não paramétrico *U Mann-Whitney* para amostras independentes; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amizades da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

A análise da Tabela 4, evidencia que existem diferenças significativas nos níveis de Ideação suicida, em função do historial de Tentativa de suicídio do próprio ( $U = 57.000$ ;  $p = .000$ ). Neste sentido, quando há história de tentativa de suicídio do próprio idoso, a ideação suicida é significativamente mais elevada ( $M = 46.00$ ;  $DP = 42.217$ ) do que quando não há tentativa de suicídio anterior ( $M = 11.89$ ;  $DP = 24.124$ ).

Uma vez que os acontecimentos de vida adversos surge frequentemente associada à ideação suicida considerou-se pertinente explorar as variáveis psicológicas em função da vivência deste tipo de acontecimentos.

Tabela 5

*Médias, Desvios-Padrão, Teste U Mann-Whitney das Variáveis na Amostra Total e em Função da Existência ou Ausência de Acontecimentos Adversos*

	Amostra total ( <i>N</i> = 70)		Presença de acontecimentos adversos ( <i>n</i> = 46)		Ausência de acontecimentos adversos ( <i>n</i> = 24)		<i>U</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
SIQ	15.79	28.545	19.72	32.485	8.25	17.017	381.500	.032
BHS	9.94	4.910	10.22	5.086	9.42	4.615	498.000	.503
BDI-II	14.91	10.724	17.48	4.183	10.00	8.723	291.000	.001
NEO-FFI								
Neuroticismo	23.19	10.501	25.07	10.890	19.58	8.841	384.500	.038
Extroversão	28.96	7.741	28.80	8.134	29.25	7.085	548.000	.960
Abertura à Experiência	25.67	4.103	25.78	3.875	25.46	4.587	507.500	.581
Amabilidade	34.96	7.345	35.07	8.001	34.75	6.045	508.500	.590
Conscienciosidade	38.90	7.226	40.03	7.631	36.73	5.938	337.500	.008
ESSS								
ESSS – total	56.40	14.157	55.15	15.657	58.79	10.608	492.000	.458
SA	20.76	4.865	20.30	5.509	21.62	3.228	525.500	.738
SI	14.23	4.873	13.93	5.335	14.79	3.878	524.000	.728
SF	12.07	3.804	11.48	4.183	13.21	2.670	447.500	.169
SAS	9.34	4.114	9.43	4.257	9.17	3.908	541.000	.891

*Nota.* *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; *t* = Teste não paramétrico *U Mann-Whitney* para a amostras independentes; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amigas da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

Na variável Acontecimentos adversos vivenciados nos últimos anos foram encontradas diferenças significativas no que respeita à Ideação suicida ( $U = 381.500$ ;  $p = .032$ ), sendo que a média revela-se mais elevada nos idosos que viveram Acontecimentos adversos ( $M = 19.72$ ;  $DP = 32.485$ ) em comparação com os idosos que

não viveram este tipo de acontecimentos ( $M = 8.25$ ;  $DP = 17.017$ ). No Neuroticíssimo, a diferença entre os grupos é significativa ( $U = 384.500$ ;  $p = .038$ ), sendo que os idosos que viveram Acontecimentos adversos nos últimos anos revelam mais traços de Neuroticíssimo ( $M = 25.07$ ;  $DP = 10.890$ ) comparativamente aos idosos que não viveram tais acontecimentos ( $M = 19.58$ ;  $DP = 8.841$ ). Este resultado leva-nos a questionar se, estes idosos viveram efetivamente mais Acontecimentos adversos, ou se é por apresentarem maiores traços de Neuroticismo que os interpretam como tal.

Nas variáveis Sintomatologia depressiva ( $U = 291.000$ ;  $p = .001$ ) e Conscienciosidade ( $U = 337.500$ ;  $p = .008$ ), as diferenças revelam-se muito significativas, sendo que os Acontecimentos adversos nos últimos anos surgem associados a níveis superiores de Sintomatologia depressiva ( $M = 17.48$ ;  $DP = 4.183$ ) e aos traços de Conscienciosidade ( $M = 40.03$ ;  $DP = 7.631$ ).

Considerando que a presença de doença e as consequências que esta acarreta pode ser considerado para os idosos como um acontecimento adverso, foram analisadas as variáveis psicológicas em função desses dados.

Neste sentido, a análise dos resultados das variáveis psicológicas em função da perda de autonomia provocada pela doença mostra que a sua Satisfação com as atividades sociais tende a diminuir comparativamente àqueles que não sofrem de doença ( $U = 237.000$ ;  $p = .019$ ).

De forma a completar os resultados supra explanados, através do coeficiente de correlação de Pearson, analisou-se a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e as variáveis psicológicas. A Idade dos participantes encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com a Desesperança ( $r = .292$ ,  $p = .014$ ), com a Amabilidade ( $r = .426$ ,  $p = .000$ ) e com a Conscienciosidade ( $r = .279$ ,  $p = .019$ ). Os resultados indicam que a Participação nas atividades religiosas, está correlacionada de forma positiva e significativa com a Sintomatologia depressiva ( $r = .260$ ,  $p = .030$ ) e com a Amabilidade ( $r = .378$ ,  $p = .001$ ).

## 4.2. Associação entre as variáveis psicológicas e as variáveis indicadoras de risco suicida

Na continuidade da análise estatística, optou-se por explorar a relação entre as variáveis psicológicas e variáveis indicadoras de risco suicida, como a Ideação suicida e as tentativas de suicídio anteriores do próprio.

Tabela 6

*Correlação (r) entre as Variáveis Psicológicas e a Ideação Suicida na Amostra Total*

	Ideação Suicida (SIQ) (N = 70)
BHS	.31**
BDI-II	.71***
NEO-FFI	
Neuroticismo	.56***
Extroversão	-.33**
Abertura à Experiência	-.16
Amabilidade	-.27*
Conscienciosidade	-.29*
ESSS	
ESSS – total	-.37**
SA	-.34**
SI	-.42***
SF	-.21
SAS	-.13

*Nota.* r = Coeficiente de correlação de Pearson; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI- II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amigas da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

A Ideação suicida encontra-se correlacionada de forma positiva e significativa com a Desesperança ( $r = .312$ ,  $p = .009$ ), a Sintomatologia depressiva ( $r = .709$ ,  $p = .000$ ) e o Neuroticismo ( $r = .563$ ,  $p = .000$ ); por outro lado, encontra-se correlacionada negativamente com a Extroversão ( $r = -.325$ ,  $p = .006$ ), a Amabilidade ( $r = -.271$ ,  $p =$

.023), a Conscienciosidade ( $r = -.290, p = .015$ ), a Satisfação com o suporte social no global ( $r = -.37, p = .002$ ), a Satisfação com as amizades ( $r = -.34, p = .004$ ) e a Satisfação com a intimidade ( $r = -.42; p = .000$ ).

Prosseguindo com a análise das associações entre variáveis, procurou-se desta vez conhecer a relação entre as variáveis psicológicas e o Número de tentativas de suicídio realizado pelos idosos em estudo.

Tabela 7

*Correlação (r) entre as Variáveis Psicológicas e o Número de Tentativas de Suicídio na Amostra Total*

	Número de tentativas de suicídio (N = 70)
SIQ	.472**
BHS	.128
BDI-II	.321**
NEO-FFI	
Neuroticismo	.293*
Extroversão	-.242**
Abertura à Experiência	-.056
Amabilidade	-.298*
Conscienciosidade	-.377**
ESSS	
ESSS – total	-.097
SA	-.211
SI	-.069
SF	-.185
SAS	.169

*Nota.*  $r$  = Coeficiente de correlação de Pearson; SIQ = *Suicidal ideation questionnaire*; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI- II = *Beck depression inventory-II*; ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social; SA = Satisfação com as amizades da ESSS; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS; SF = Satisfação com a família da ESSS; SAS = Satisfação com as atividades sociais da ESSS.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Na Tabela 7 é possível observar que o Número de tentativas de suicídio encontra-se correlacionado positivamente com a Ideação suicida ( $r = .472, p = .000$ ), a Sintomatologia depressiva ( $r = .321, p = .007$ ) e o Neuroticismo ( $r = .293, p = .014$ ).

Por outro lado, encontra-se correlacionado negativamente com a Extroversão ( $r = -.242$ ,  $p = .043$ ), a Amabilidade ( $r = -.298$ ,  $p = .012$ ) e a Conscienciosidade ( $r = -.377$ ,  $p = .001$ ).

De modo a complementar estes resultados optou-se por analisar a frequência de tentativas de suicídio e de suicídio de familiares ou pessoas próximas.

Verificou-se que a percentagem de idosos que já tentou o suicídio é de 11.4%. No entanto, deve ter-se em consideração que esta percentagem pode dever-se ao facto do número da amostra ser reduzido.

Os resultados evidenciam que a maioria dos idosos (62.9%) já contactou com a ocorrência de tentativa ou ato suicida de uma pessoa próxima de si. Este resultado retrata bem a realidade do concelho de Odemira, dado que o suicídio é um ato relativamente comum nesta região. Dez por cento dos idosos afirma a existência de tentativas de suicídio na família e 40% dos idosos teve um familiar que se suicidou.

Após aturada observação dos resultados, optou-se por as variáveis preditivas da Ideação suicida.

#### **4.3. Relação entre as características de personalidade e a ideação suicida: o papel de variáveis mediadoras**

Algumas das variáveis psicológicas em estudo consistem em características de personalidade que, pela sua natureza, pressupõe-se que desenvolvam uma influência pervasiva / constante ao longo do tempo sobre o estado psicológico dos indivíduos, pois influenciam a forma como estes interpretam os acontecimentos.

Por esta razão, considerou-se pertinente perceber se as restantes variáveis psicológicas seriam mediadoras da relação entre as características de personalidade e a ideação suicida.

Face ao exposto, impôs-se perceber se a relação entre os cinco fatores de personalidade (Neuroticismo, Extroversão, Abertura à experiência, Amabilidade e Conscienciosidade) e a Ideação suicida era direta e/ou mediada por outras variáveis psicológicas. Foi selecionada primeiramente a variável Neuroticismo por ser o fator de personalidade que apresenta maior correlação positiva com a Ideação suicida (Tabela 8). Estas relações foram esquematizadas e avaliadas, conforme se encontram apresentadas na Figura 1. Considerou-se o Neuroticismo como variável independente; a Ideação

suicida como variável dependente e estudou-se o eventual papel mediador da Sintomatologia depressiva, da Desesperança e da Satisfação com o suporte social.

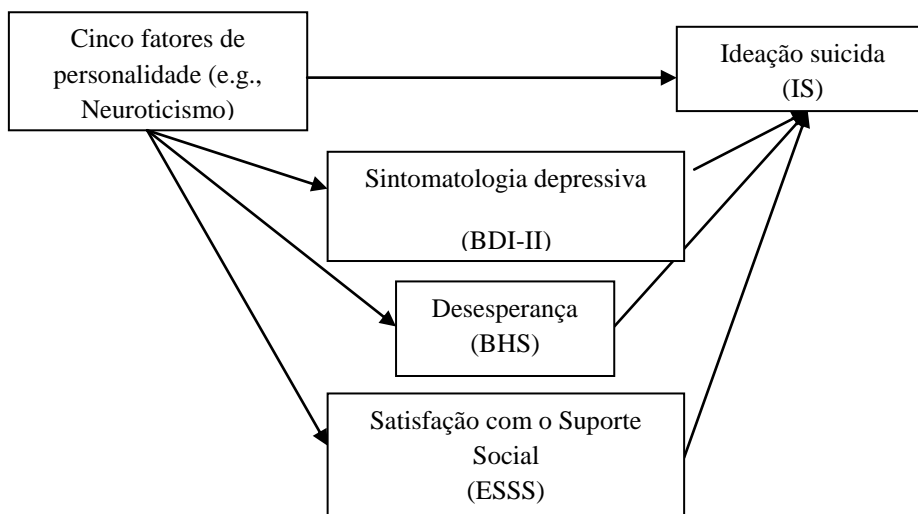


Figura 1. Esquema genérico do modelo de mediação em estudo: relação entre os Cinco fatores de personalidade (e.g., Neuroticismo) e a Ideação suicida mediada pelas variáveis psicológicas.

A fim de avaliar o efeito da mediação seguiram-se os procedimentos definidos por Baron e Kenny (1986): (a) comprovar que a variável independente (Neuroticismo) está correlacionada com a variável dependente (Ideação suicida); (b) comprovar que a variável independente (Neuroticismo) está correlacionada com cada uma das variáveis mediadoras; comprovar que as variáveis mediadoras afetam os resultados da variável dependente (Ideação suicida), recorrendo, para tal, à variável independente e à variável mediadora enquanto predictoras da Ideação suicida; (d) analisar se a mediação é completa, isto é, se o efeito da variável independente (Neuroticismo) sobre a variável dependente (Ideação suicida), quando controlado por cada uma das variáveis mediadoras, é zero.

Tabela 8

*Efeito dos Cinco Fatores de Personalidade e da Sintomatologia depressiva na Ideação Suicida dos Idosos: Análise do Estatuto Mediador das Variáveis Psicológicas (Sintomatologia depressiva, Desesperança e Satisfação com o Suporte Social) (N=70)*

Efeito em Estudo	Efeito Total	Efeito Direto	Efeito Indireto <sup>a</sup>	Observação
Neuroticismo → IS	.563***			
(BDI-II)		.179	.384***	Mediação total (100%)

Efeito em Estudo	Efeito Total	Efeito Direto	Efeito Indireto <sup>a</sup>	Observação
Neuroticismo → IS	.563***			
(BHS)		.516***	.047	Mediação parcial (8.35%)
Neuroticismo → IS	.563***			
(ESSS)		.513***	.050	Mediação parcial (9.75%)
Extroversão → IS	-.325**			
(BDI-II)		.689***	-.275**	Mediação parcial (84.59%)

Nota. <sup>a</sup>A significância do efeito indireto foi obtida através do teste de Sobel. IS = Ideação suicida; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI = *Beck depression inventory-II*. ESSS – total = Valor total da Escala de satisfação com o suporte social

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Os resultados dos testes de medição apresentados na Tabela 9, permitem concluir que a Sintomatologia depressiva tem um efeito mediador total na relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida, uma vez que o efeito direto entre o Neuroticismo e a Ideação suicida deixou de ser significativo ( $\beta = .179$ ,  $p = .111$ ). No entanto, nos restantes modelos mediadores testados verificou-se uma mediação parcial, o que parece sugerir que se mantem sempre uma relação direta entre o Neuroticismo e a Ideação suicida.

A análise dos modelos mediadores permitiu concluir ainda que, quando analisada a relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida, a Desesperança assume o valor de medição de 8.35% e a Satisfação com o suporte social um valor de 9.75%. Assim, pode-se afirmar que a desesperança e a Satisfação com o suporte social são mediadoras da relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida.

Quando analisado o efeito da Extroversão na Ideação suicida, a Sintomatologia depressiva assume uma mediação parcial de 84.59%. Quanto à Abertura a experiência, não se encontrou correlação significativa e com os restantes fatores de personalidade também não se verificaram mediações.

Com base nestes resultados e nos modelos teóricos, em que a Ideação suicida assume o papel de variável dependente, conforme referido anteriormente, interessa explorar qual o contributo das outras variáveis (e.g. Acontecimentos de vida negativos) para a mesma.

#### 4.4. Variáveis preditivas da ideação suicida

Para estimar qual o contributo diferencial das variáveis psicológicas na explicação da ideação suicida recorreu-se à técnica de regressão hierárquica multivariada.

Primeiro, analisou-se o contributo conjunto das diferentes variáveis psicológicas (Sintomatologia depressiva, Desesperança, Características de personalidade e Satisfação com o suporte social) na variância da Ideação Suicida, pelo método enter. Este método é um procedimento para a seleção de variáveis em que todas elas em bloco entram no processo uma única vez.

O conjunto das variáveis psicológicas explicou 58.3% da variância da ideação suicida, o que é considerado um valor bastante satisfatório (Marôco, 2011). No entanto, apenas a Sintomatologia depressiva é que teve um contributo positivo bastante significativo ( $\beta = .569$ ;  $p = .000$ ) e a Satisfação com a intimidade um contributo negativo marginalmente significativo ( $\beta = -.284$ ;  $p = .050$ ). O contributo das restantes variáveis não foi significativo.

Em seguida, foram explorados vários modelos com as variáveis psicológicas e com as variáveis sociodemográficas e da história pessoal, tendo-se concluído que o melhor modelo encontrado incluía as seguintes variáveis: Sintomatologia depressiva, Número de tentativas de suicídio e Satisfação com a intimidade como variáveis preditivas e a Ideação suicida como variável dependente.

Tabela 9  
*Regressão Hierárquica Multivariada para as Variáveis Preditivas da Ideação Suicida na Amostra Total*

Preditores	R <sup>2</sup>	B	Se B	$\beta$	<i>t</i>	<i>p</i>
<b>Passo 1</b>	.502					
BDI-II		1.89	.228	.709	8.285	.000***
<b>Passo 2</b>	.569					
BDI-II		1.653	.225	.621	7.339	.000***
Nº de tentativas de suicídio		9.413	2.916	.273	3.228	.002**

Preditores	R <sup>2</sup>	B	Se B	β	t	p
<b>Passo 3</b>	.605					
BDI-II		1.454	.232	.546	6.269	.000***
Nº de tentativas de suicídio		9.759	2.816	.283	3.466	.001**
SI (ESSS)		- 1.191	.485	- .203	- 2.457	.017**

Nota. β = Coeficiente de regressão padronizado; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; SI = Satisfação com a intimidade da ESSS.

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

A análise dos resultados da Tabela 10 mostra que, em conjunto, a Sintomatologia depressiva, o Número de tentativas de suicídio e a Satisfação com a intimidade explicam 60.5% da variância dos níveis de Ideação suicida, sendo que a Sintomatologia depressiva apresenta o contributo mais elevado ( $\beta = .546$ ;  $p = .000$ ). Salienta-se que o contributo da Satisfação com a intimidade é negativo, ao contrário das outras variáveis, ou seja, a Satisfação com a intimidade parece ser uma variável protetora da Ideação suicida.

Em suma, embora este último modelo (Sintomatologia depressiva, o Número de tentativas de suicídio e a Satisfação com a intimidade) seja o que melhor explica a variância da Ideação suicida, é a Sintomatologia depressiva que tem o maior contributo em todos os modelos testados.

## 5. Discussão

A presente investigação procurou conhecer os resultados das variáveis em estudo e a sua relação com a Ideação suicida; avaliar o papel das variáveis psicológicas enquanto mediadoras entre as Características de personalidade e a Ideação suicida e, por último, explorar o efeito das variáveis em estudo nos níveis de Ideação suicida.

De lembrar que, sendo a amostra constituída por idosos do concelho de Odemira da população não-clínica, considerou-se a Ideação suicida como indicador de maior vulnerabilidade para o comportamento suicidário, uma vez que esta se assume como marco primário do processo suicida. Neste sentido, a probabilidade de ocorrência de um suicídio consumado é tanto maior quanto maiores forem os níveis da ideação

suicida (e.g., Cavalcante & Minayo, 2012; Ferreira & Castela, 1999; Turecki, 1999; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2004).

A análise dos valores médios na amostra total evidenciou que os idosos pontuaram medianamente nas variáveis consideradas de risco para o ato suicida, nomeadamente na Sintomatologia depressiva e na própria Ideação suicida. A Desesperança foi considerada moderada na amostra total, o que seria de esperar, Uma vez que a Desesperança está relacionada ao sentimento de fracasso, sendo na velhice que este sentimento ocorre com maior frequência, devido a um processo de transformação a que o idoso está sujeito, que engloba sucessivas perdas, nomeadamente físicas e cognitivas (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006).

Outro fator de grande vulnerabilidade para o comportamento suicidário nos idosos é a Sintomatologia depressiva. No presente estudo, grande parte da amostra encontrava-se com algum nível de Sintomatologia depressiva, apontada na literatura como preditora da Ideação suicida, e conseqüentemente esta última, associada ao comportamento suicidário (e.g., Ciulla & et al., 2013; Conwell, Duberstein & Caine, 2002; Conwell et al., 1996; Minayo & Cavalcante, 2010).

Importa referir que na variável Ideação suicida, 11.4% da amostra total, encontrava-se acima do ponto de corte, sendo que 75% eram do sexo masculino. Este resultado sugere que os idosos do sexo masculino apresentam maior risco de suicídio, o que é consistente com alguns estudos neste âmbito (e.g., Cândido, 2010; Cavalcante & Minayo, 2012; Marcus et al. 2008; Veiga, 2014).

Os idosos do sexo masculino apresentam valores significativamente superiores de Sintomatologia depressiva, à semelhança de outros estudos (e.g., Marcus, et al. 2008; Silva, 2010). No entanto, este resultado não é consensual, na medida em que há estudos empíricos, a concluir que o sexo feminino apresenta valores superiores de Sintomatologia depressiva. O resultado da presente investigação pode dever-se ao facto do sexo feminino apresentar valores mais elevados na Satisfação com as amizades, contribuindo este como fator protetor da Sintomatologia depressiva (Pimentel, 2010).

Ainda em função do sexo, no que diz respeito aos Cinco factores de personalidade, verificaram-se diferenças marginalmente significativas no Neuroticismo, pontuando o sexo masculino com valores superiores ao sexo feminino. Este resultado não vai ao encontro dos estudos já realizados, visto que o sexo feminino normalmente regista valores mais elevados de Neuroticismo (e.g., Oliveira, 2002; Silva, 2010). De acordo com McCrae e John (1992), o Neuroticismo diz respeito à

instabilidade/estabilidade emocional do sujeito, sendo que sujeitos com altos valores neste fator tendem a ser bastante preocupados, melancólicos, irritados, ansiosos e apresentam frequentes mudanças de humor e depressão. Neste sentido este resultado revela ser consistente com outro apresentado anteriormente (níveis mais altos de Sintomatologia depressiva no sexo masculino), visto que, também os valores médios de Neuroticismo são superiores no sexo masculino.

No entanto, este facto leva-nos a pensar que a cultura pode ser uma justificação para o valor do Neuroticismo ser mais elevado no sexo masculino. De acordo com Costa e McCrae (2008), o modelo dos Cinco fatores defende que as diferenças individuais se devem a variáveis psicológicas e extra psicológicas como a cultura. Nesta região grande parte da amostra dos homens idosos foram trabalhadores ativos, nomeadamente agricultores, enquanto que as mulheres eram na sua grande maioria domésticas. Com o avanço da idade e com todas as consequências que o envelhecimento acarreta, nomeadamente alterações físicas (e.g., perda de força) leva a que os idosos (homens) não consigam manter a sua vida profissional ativa, enquanto que grande parte das mulheres continuam a conseguir desempenhar as suas funções domésticas. Consequentemente, é inevitável que o estado emocional dos homens seja afetado por tantas alterações, que são vistas por estes idosos como negativas e difíceis de gerir.

De referir que a taxa de suicídio nos idosos em Odemira revela que os homens cometem mais suicídios do que as mulheres. Neste sentido, pode colocar-se a hipótese destes fatores (Neuroticismo, Sintomatologia depressiva, Acontecimentos negativos) poderem ser considerados de risco de suicídio, uma vez que também são mais prevalentes no sexo masculino.

Os resultados do presente estudo vão ao encontro de vários estudos desenvolvidos que têm verificado que os níveis de Desesperança, Amabilidade e Conscienciosidade aumentam com a idade (Davim, Torres, Dantas, & Lima, 2004; Magalhães et al, 2014; Martin, Rosa, Siegler, Davey, MacDonald, & Poon, 2006). Outro resultado interessante é a participação em atividades religiosas estar relacionada positivamente com a Amabilidade e a Sintomatologia depressiva. Quanto ao facto da Amabilidade estar associada de forma positiva e significativa com a participação em atividades religiosas, este resultado é confirmado também por outros estudos realizados (Kosek, 1999; Saroglou, 2002; Silva, 2010; Taylor & McDonald, 1999).

A relação entre a Participação em atividades religiosas e a Sintomatologia depressiva apontaram para uma associação positiva entre as duas variáveis. Este resultado parece não ser consensual com os estudos encontrados na literatura. Smith, McCullough e Poll (2003) verificaram no seu estudo uma relação negativa e significativa entre a religião e a Sintomatologia depressiva. Numa revisão da literatura realizada por Yeung e Chan (2007), aproximadamente dois terços dos 93 estudos que analisaram concluíram que os indivíduos mais religiosos tinham níveis mais baixos de sintomas depressivos. Outro estudo concluiu também que indivíduos que se envolvem com a vida e atividades religiosas apresentam maior bem-estar psicológico e menores prevalências de Sintomatologia depressiva (Silva, Ronzani, & Furtado, 2009).

Os resultados apresentados neste estudo, podem dever-se ao facto de grande parte da Participação religiosa dos idosos ser em cerimónias fúnebres, conforme foi possível apurar informalmente durante o processo de recolha de dados. Neste sentido, a prática religiosa que deveria ser para os idosos uma manifestação de fé e/ou momento de lazer, acaba por ser um momento para lidar com uma perda para o idoso, podendo contribuir para o aumento dos níveis de Sintomatologia depressiva.

No prosseguimento da análise dos resultados constatou-se que a Ideação suicida não apresenta diferenças significativas segundo a condição dos idosos (institucionalizado *versus* não-institucionalizado), o que vai ao encontro dos estudos de Almeida e Quintão (2012) e Almeida (2011) os quais procuraram comparar idosos institucionalizados e não-institucionalizados em termos de diversas variáveis, nomeadamente Sintomatologia depressiva, Ideação suicida, dependência e atividades de lazer.

No entanto, apesar de a diferença não ser significativa do ponto de vista estatístico, os idosos institucionalizados apresentam uma Ideação suicida mais elevada, corroborando o estudo de Rucan, Hategan, Barbat e Alexiu (2010) que concluiu que os idosos institucionalizados têm um risco mais elevado para a existência de Sintomatologia depressiva moderada a grave comparativamente com os idosos não institucionalizados. Também Barroso e Tapadinhas (2006), ao realizarem um estudo comparativo numa amostra de 80 idosos (40 institucionalizados e 40 não institucionalizados), concluíram que os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de Sintomatologia depressiva.

Assim, o resultado da presente investigação, pode estar relacionado com o facto dos idosos institucionalizados, apresentarem maiores níveis de Desesperança e

Sintomatologia depressiva (Ilcite, et al., 2014; O'Connor & Nock, 2014), e um valor médio inferior de Satisfação com o suporte Social, ainda que não se revelem estatisticamente significativos.

Relativamente à situação do idoso na instituição, conclui-se que os idosos que se encontram permanentemente na instituição apresentam maior Desesperança e Sintomatologia depressiva. Este resultado era esperado, uma vez que, os idosos em situação permanente são menos autónomos e logo mais dependentes dos auxílios de terceiros, o que leva a que as consequências do processo de envelhecimento tenham um impacto maior e negativo na sua vida, contribuindo para níveis de Desesperança e Sintomatologia depressiva mais elevados (Oliveira, Santos, Cruvinel, & Néri, 2006).

Verificou-se que a existência de tentativas de suicídio e a presença de acontecimentos adversos nos últimos anos, contribuem para uma maior Ideação suicida, corroborando a literatura existente (e.g., Cândido, 2010; Ilcite, Fino, Sabatello, & Candilera, 2014; Stevens *et al.* 2008; Turecki, 1999; Werlang, Borges, & Fensterseifer, 2004). Estes resultados podem indicar que, nos idosos que realizaram anteriormente tentativas de suicídio, a opção pelo suicídio e a influência dos seus fatores de risco permanecem bastante influentes, sugerindo a necessidade de medidas de prevenção.

Por outro lado, uma grande percentagem dos idosos inquiridos contactou com a existência de tentativas de suicídio e/ou suicídio consumado tanto na família como numa pessoa próxima, o que revela a realidade do concelho de Odemira e vai ao encontro dos resultados de estudos anteriores (e.g., Cândido, 2010; Freitas & Botega, 2002).

O número de tentativas de suicídio relaciona-se positivamente com a Ideação suicida, a Sintomatologia depressiva e o Neuroticismo. Este resultado sugere que o número de tentativas será tanto maior quanto maior for a Ideação suicida, os níveis de Sintomatologia depressiva e o Neuroticismo. Por sua vez, o Número de tentativas de suicídio associa-se negativamente com a Extroversão, a Amabilidade e a Conscienciosidade. A Extroversão diz respeito à forma como o indivíduo interage com os outros e o tipo de relação interpessoal que estabelece, assim os idosos que apresentem maiores níveis de Extroversão são mais comunicativos, sociáveis, otimistas, alegres e divertidos. Quanto à Conscienciosidade, esta refere-se ao grau de organização do indivíduo, em que quanto maior for o nível de Conscienciosidade mais organizados, pontuais, de confiança, trabalhadores, ambiciosos e autodisciplinados são os indivíduos.

Neste sentido, estas características funcionam como protetoras da Ideação suicida nos idosos, uma vez que estes são mais ativos e mais amantes da vida.

Quando se estudou a associação entre as variáveis em estudo e a Ideação suicida, constatou-se que esta se encontra relacionada de forma positiva e significativa com a Desesperança, a Sintomatologia depressiva e o Neuroticismo, à semelhança dos resultados encontrados noutros estudos (Blüml et al., 2013; Conwell, Duberstein & Caine, 2002; Conwell et al., 1996; Argimon, Lopes, Terroso, Farina, & Coutinho, 2013; Wiktorsson, et al., 2013). Outro resultado que vai no mesmo sentido de outros estudos (Wiktorsson, et al., 2013; Blüml, et al., 2013) é a associação negativa encontrada entre a Ideação suicida e a Extroversão e a Conscienciosidade. Esta relação negativa já era de se prever na medida em que, estes fatores de personalidade (Extroversão, Amabilidade e Conscienciosidade) são considerados fatores protetores da Ideação suicida (Duberstein, et al., 2000; Heisel, et al., 2006; Segal, et al., 2012, Wiktorsson, et al., 2013).

Ao explorar-se a relação entre as variáveis psicológicas e a Ideação suicida na amostra total, concluiu-se a existência de uma associação negativa entre a Ideação suicida e a Satisfação com o suporte Social. Este resultado revela que os idosos que apresentam uma baixa Satisfação com o suporte social têm maior probabilidade de vir a apresentar comportamento suicida relativamente àqueles que têm uma boa Satisfação com o suporte social, conforme refere Minayo e Calavante (2010) na revisão da literatura efetuada.

Face ao exposto, seguiu-se a análise dos modelos mediadores considerando o Neuroticismo com variável independente e a Ideação suicida como variável dependente. A análise revelou uma mediação total pela Sintomatologia depressiva, seguindo-se uma mediação parcial da Desesperança e da Satisfação com o Suporte Social. Quando se assumiu a Extroversão como variável independente encontrou-se uma mediação parcial pela Sintomatologia depressiva. Recorrendo à Abertura à experiência como variável independente, verificou-se que a associação com a Ideação suicida não é significativa, sendo este resultado impeditivo para a testagem da mediação. Relativamente aos restantes fatores de personalidade (Amabilidade e Conscienciosidade) não se verificou mediação.

Estes resultados levam a duas reflexões. Por um lado, o facto de a Sintomatologia depressiva ser uma mediadora total da relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida e mediadora parcial entre a Extroversão e a Ideação suicida alerta, uma vez mais, para a importância de uma intervenção adequada sobre os idosos que

apresentem Sintomatologia depressiva devido ao elevado risco suicida associado à mesma. Por outro lado, o facto de a relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida ser mediada parcialmente por outras variáveis psicológicas (Desesperança e a Satisfação com o suporte social) sugere a importância de também intervir junto dos idosos com estas características e com Neuroticismo.

Esta intervenção psicológica deverá ser com o intuito de diminuir a Desesperança e aumentar a Satisfação com o suporte social contribuindo, consequentemente, para a diminuição da Ideação suicida. Em relação ao Neuroticismo, como se trata de um traço de personalidade e estes são relativamente estáveis ao longo do tempo e, por isso, difíceis de mudar, a intervenção poderá ser no sentido de desenvolver estratégias de coping que permitam ao indivíduo lidar com as manifestações do mesmo.

Assim, mesmo na presença do fator de personalidade Neuroticismo se o contributo de outras variáveis psicológicas consideradas como fatores de risco for diminuto, a relação direta entre o Neuroticismo e a Ideação suicida tornar-se-á mais fraca. Neste sentido, é importante incluir os fatores de risco e de proteção em medidas preventivas e terapêuticas relativamente ao comportamento suicida, não negligenciando contudo as diferenças individuais.

Embora os níveis de Ideação suicida tenham sido totalmente explicados pela Sintomatologia depressiva e parcialmente pelas variáveis Desesperança e Satisfação com o suporte social, acredita-se que poderão existir ainda outras variáveis mediadoras ou moderadoras que contribuem para a Ideação suicida. Segundo a literatura, pode pressupor-se que existem outras variáveis como os acontecimentos de vida negativos, a pobreza, o isolamento social, entre outros, que deverão ser inseridos em futuros estudos (e.g., Barrero, 2011; Lovisi, et al., 2009; Sampaio, Telles-Correia, 2013).

Perante a natureza os resultados supra explanadas, e com base no modelo explicativo anteriormente descrito (Beck, Rush, Shaw, & Emeny, 1997), procurou-se compreender o efeito das variáveis psicológicas como preditoras da Ideação suicida enquanto variável dependente. Quando se analisou o contributo diferencial da Sintomatologia depressiva, verificou-se que esta explica aproximadamente metade ( $R^2 = .502$ ) da Ideação suicida, sendo o seu contributo positivo e extremamente significativo. Este resultado era esperado, indo ao encontro de vários estudos realizados, destacando o efeito da Sintomatologia depressiva enquanto preditora da Ideação suicida (e.g. Beck, Rush, Shaw, & Emeny, 1997; Sampaio & Telles-Correia, 2013).

No entanto, ao analisar-se o contributo diferencial da Sintomatologia depressiva e do Número de tentativas, constatou-se que em conjunto explicam mais que o modelo anterior ( $R^2 = .569$ ), sendo que a Sintomatologia depressiva continua a ser positiva e extremamente significativa e o Número de tentativas de suicídio também positiva e significativo. A última testagem, que integrou a Sintomatologia depressiva, o Número de tentativas de suicídio e a Satisfação com a intimidade, conseguiu alcançar uma maior explicação da variância ( $R^2 = .605$ ) dos níveis de Ideação suicida.

O tipo de contributo (positivo ou negativo) em relação à Ideação suicida alterou-se em relação aos modelos anteriores, uma vez que a Satisfação com a intimidade é negativa mas significativa. Parece-nos compreensível que nesta faixa etária a Satisfação com a intimidade seja negativa, uma vez que esta satisfação está muitas vezes associada à valorização do próprio. Assim, a falta de Satisfação com a intimidade pode levar a que os sentimentos de desvalorização aumentem contribuindo para o surgimento/aumento da Sintomatologia depressiva.

Neste sentido, é importante salientar a importância que a Sintomatologia depressiva tem na Ideação suicida, pois, para além deste resultado, também medeia completamente a relação entre o Neuroticismo e a Ideação Suicida. Por isso, a Sintomatologia depressiva deve ser alvo de intervenção psicológica no sentido de contribuir para a diminuição da Ideação suicida e, conseqüentemente, do risco de suicídio.

A história de ideação suicida surge como uma variável preditora da Ideação suicida, pelo que os idosos com este historial deve ser alvo de uma vigilância a apoio psicológico específico. Também noutros estudos referem que a existência de tentativas de suicídio anteriores é um dos principais fatores de risco para o suicídio (Lovisi, Santos, Legay, Abelha, & Valencia, 2009; Stevens, Bond, Pryce, Roberts, & Platt, 2008)

Algumas características de personalidade parecem contribuir para a ideação suicida (Hayashi, et al., 2012; Iliceto et al., 2014; Segal, Marty, Meyer, & Coolidge, 2012). Uma vez que estas são estáveis ao longo do tempo, procurou-se perceber a eventual existência de um efeito direto ou mediado por outras variáveis psicológicas em estudo, assumindo a Ideação suicida o seu estatuto de variável dependente e os cinco fatores de personalidade o papel de variável independente.

No entanto, não obstante os resultados obtidos, a presente investigação apresenta algumas limitações. O método de recolha de dados pode ser apontado como uma

limitação. O facto de a recolha de dados ter sido em formato de entrevista, devido às poucas ou nenhuma habilitações literárias dos idosos, pode de alguma forma ter enviesado os resultados pela possibilidade das respostas não terem sido totalmente sinceras. Porém, tentou-se contornar tal facto, explicando aos participantes individualmente que a informação seria totalmente confidencial. Este formato dificultou a recolha de um maior número de participantes pelo tempo que se demorava com cada idoso.

O contexto em que ocorreu a recolha de alguns dados, como as salas de convívio das instituições, é outro aspeto que eventualmente pode ter sido inibitório de respostas totalmente sinceras, à semelhança do método de recolha.

A escassa existência de investigações anteriores no concelho de Odemira sobre os níveis de Ideação suicida e as variáveis psicológicas não permite a comparação destes resultados.

Apesar destas limitações, o estudo permitiu caracterizar os níveis de Ideação suicida na amostra de idosos do concelho de Odemira; possibilitou ainda, a confirmação do estatuto de alguns fatores de risco para a Ideação suicida – nomeadamente a Sintomatologia depressiva e as tentativas de suicídio anteriores – e de fatores protetores – como a Satisfação com a intimidade –, e que estes em conjunto explicam mais de metade da variância da Ideação suicida; e, finalmente, destacou o papel da Sintomatologia depressiva enquanto variável mediadora total da relação entre o Neuroticismo e a Ideação suicida. De ressaltar ainda que, este estudo permitirá desenvolver programas de intervenção e prevenção do suicídio neste concelho.

Como propostas para estudos futuros, pensa-se que seria importante comparar estes resultados com participantes de outros concelhos, nomeadamente de outras regiões do país, a fim de comparar os níveis de Ideação suicida. No seguimento desta investigação seria interessante aumentar o número de participantes, sendo que este facto permitiria comprovar de forma mais evidente os resultados encontrados.

## 6. Referências Bibliográficas

- Allemand, M., Zimprich, D., & Hendriks, A. (2008). Age differences in five Personality domains across the life span. *Developmental Psychology*, 44(3), 758-770.
- Almeida, M., L., C., M., S. (2011). *Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Med. Port., Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25(6), 350-358.
- Areal, F. (2011). Suicídio no Alentejo é consequência da falta de apoios à população idosa. ALERT Life Sciences Computing, S.A. Disponível em: <http://www.alert-online.com/pt/news/health-portal/suicidio-no-alentejo-e-consequencia-da-falta-de-apoios-a-populacao-idosa>
- Argimon, I., Lopes, R., Terroso, L., Farina, M., & Coutinho, A. (2013). Considerações sobre desesperança na avaliação do potencial suicida. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 33(84), 53-63.
- Azenha, S. & Peixoto, B. (2014). Suicídio, Cultura e religião. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp. 3-14). Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Azevedo, A., & Matos, A., P. (2014). Ideação suicida e Sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180- 191. Doi: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150115>
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*, 1-13.

- Barrero, S., A., A. (2011). Factores de riesgo en el anciano. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 2011-2016.
- Beck, A. T., Erbaugh, J., Ward, C. H., Mock, J., & Mendelsohn, M. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100
- Beck, A. T., Rush, J.A., Shaw, B. F. & Emeny, G. (1997). *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). Measurement of pessimism: Hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865
- Blüml, V., Kapusta, N., D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B. & Kersting, A. (2013). Personality Factors and Suicide Risk in a Representative Sample of the German General Population. *PLOS ONE*, 8(10), 1-7. Doi:10.1371/journal.pone.0076646
- Betega, N., J., Werlang, B., S., G., Cais, C., F., S., & Macedo, M., M., K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Campos, R. C., & Gonçakves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). Preliminary Psychometric Data with Two Nonclinical Samples. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(4), 258-264. Doi: 10.1027/1015-5759/a000072
- Cândido, S., N., J., M. (2010). *Cultura suicida no Alentejo os factores promotores de ideação suicida e desesperança*. Dissertação de Mestrado de Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve.
- Cavalante, F., G. & Minayo, M., C., S. (2012). Autópsias psicológicas e psicossociais de idosos que morreram por suicídio no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1943-1954.

- Ciulla, L., Nogueira, E., F., Filho, I., G., S., Tires, G., L., Engroff, P., Ciulla, V. & Neto., A., C. (2013). Suicide risk in the elderly: Data from Brazilian public health care program. *Journal of Affective Disorders*, 152-154(2014), 513-516. Doi: 10.1016/j.jad.2013.05.090
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193–204. Doi:10.1016/S0006-3223(02)01347-1
- Conwell, Y., Duberstein, P., R., Cox, C., Herrmann, J., H., Forbes, N., T., Caine, E., D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am J Psychiatry*, 153, 1001–1008.
- Coppens, E., Audenhove, C., Iddi, S., Arensman, E., Gottlebe, K., Koburger, N., Coffey, C., ...& Hegerl, U. (2014). Effectiveness of community facilitator training in improving knowledge, attitudes, and confidence in relation to depression and suicidal behavior: Results of the OSPI-Europe intervention in four European countries. *Journal of Affective Disorders*, 165, 142–150
- Costa, J. R., P. T., & McCrae, R. R. (2008). The revised NEO personality inventory (NEO- PI-R). In Boyle, G.J., Walton, G., & Saklofske, D. H. Sage handbook of personality theory and assessment. (Cap. 9, pp. 179-198). Los Angeles: Sage Publications. Disponível em: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=sdD41qBTJSUC&oi=fnd&pg=PA179&dq=The+revised+NEO+personality+inventory+\(NEO-+PI-R\)&ots=Xk7q1DaY2M&sig=iU6RgG243Uy06IPxZlnUh\\_PQXEg&redir\\_esc=y#v=onepage&q=The%20revised%20NEO%20personality%20inventory%20\(NEO-%20PI-R\)&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=sdD41qBTJSUC&oi=fnd&pg=PA179&dq=The+revised+NEO+personality+inventory+(NEO-+PI-R)&ots=Xk7q1DaY2M&sig=iU6RgG243Uy06IPxZlnUh_PQXEg&redir_esc=y#v=onepage&q=The%20revised%20NEO%20personality%20inventory%20(NEO-%20PI-R)&f=false)
- Cruz, J. P. (2000). Terapia Cognitiva de los inentos de Suicidio: Cambiando histórias de muerte por histórias de vida. (Tese de Doutorado), Universidad de Sevilla, Sevilla.
- Davim, R. M. B., Torres, G. V., Dantas, S. M. M. & Lima, V. M. (2004). Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(3), 518-524.

- Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2003-2015). Porto: Porto Editora. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/suicídio>.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017). Retirado de <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>.2013.
- Duberstein, P., R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Denning, D., G., Cox, C., & Caine, E., D. (2000). Personality Traits and Suicidal Behavior and Ideation in Depressed Inpatients 50 Years of Age and Older. *Journal of Gerontology: psychological sciences*, 55B(1), 18-26.
- Eurotrials (2004). *Saúde em mapas e números* [On-line]. Disponível em: <http://www.eurotrials.com/publicacoes/bolpt14.pdf>
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol.2), pp. 124-130. Braga: APPORT/SHO.
- Freitas, G., & Botega, N. (2002). Prevalência de depressão, de ansiedade e de ideação suicida em adolescentes grávidas. *Revista da Associação Brasileira de Medicina*, 3, 245-249. Doi: 10.1590/S0104-42302002000300039
- Guerreiro, M.; Silva, A. P.; Botelho, A.; Leitão, O., Castro-Caldas, A.; Garcia, C. (2007). Avaliação Breve do Estado Mental. Organização e Aferição. In Mendonça, A. & Guerreiro, M. (Coords). *Escala e Testes na Demência* (pp. 31-36). Lisboa: Novartis.
- Hayashi, N., Igarashi, M., Imai, A., Yoshizawa, Y., Utsumi, K., Ishikawa, Y., ... Okazaki, Y. (2012). Post-hospitalization course and predictive signs of suicidal behavior of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital: a 2-year prospective follow-up study. *BMC Psychiatry*, 31(12), 186. Doi: 10.1186/1471-244X-12-186.
- Heisel, M., J., Duberstein, P., R., Conner, K., R., Franus, N., Beckman, A., Conwell, Y. (2006). Personality and reports of suicide ideation among depressed adults 50 years of age or older. *J Affect Disord.* 90(2- 3),175-80.

- Herrestad, H., & Biong, S. (2010). Relational hopes: A study of the lived experience of hope in some patients hospitalized for intentional self-harm. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 5, 4651. Doi: 10.3402/qhw.v5i1.4651.
- Iliceto, P., Fino, E., Sabatello, U., & Candilera, G. (2014). Personality and suicidal ideation in the elderly: factorial invariance and latent means structures across age. *Aging & Mental Health*, 18(6), 792-800. Doi: 10.1080/13607863.2014.880404
- INE (Instituto Nacional de Estatística) (2015). Causas de morte 2013. Retirado de: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUES\\_dest\\_boui=229848995&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUES_dest_boui=229848995&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt)
- Kosek, R., B. (1999) Adaption of the Big Five as a hermeneutic instrument for religious constructs. *Personality and Individual Differences*, 27, 229-237.
- Krüger, L. L., & Werlang, G. S. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.
- Lourenço, R. A., & Veras, R. P. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40(4), 712-719.
- Louvisi, G., M., Santos, S., A. Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 31, S86-93.
- Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A-J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P. & Pedroso-Lima, M. (2014). NEO-FFI: Psychometric Properties of a Short Personality Inventory in Portuguese Context. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(4), 599-614. Doi: 10.1590/1678-7153.201427405
- Marcus, S., M., Kerber, K., B., Rush, A., J., Wisniewski, S., R., Nierenberg, A., Balasubramani, G., K. et al. (2008). Gender differences in Depression Symptoms in Treatment-Seeking Adults: STAR\*D Confirmatory Analyses. *Compr Psychiatry*, 49(3), 238-246. Doi: 10.1016/j.comppsy.2007.06.012.

- Martin, P., Rosa, G., Siegler, I. C., Davey, A., MacDonald, M., & Poon, L. W. (2006). Personality and longevity: Findings from the Georgia centenarian study. *AGE*, 28(4), 343-352. Doi: 10.1007/s11357-006-9022-8.
- McCrae, R. R. & John, O. P. (1992). Na introduction to the Five-Factor Model and its applications. *Journal of Personality*. 60(2), 175-215.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1989). More reasons to adopt the Five-Factor Model. *American psychologist*, 44(2), 451-452.
- Minayo, M., C., S. & Cavalante, F., G. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. *Revista Saúde Pública*, 44(4), 750-757. São Paulo. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400020>
- O'Connor, R., & Nock, M. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73-85. Doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6
- Oliveira, J., H., B. (2002). Neuroticismo: Algumas variáveis diferenciais. *Análise Psicológica*, 4(20), 647-655.
- Oliveira, K., L., Santos, A., A., A., Cruvinel, M., & Néri, A., L. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 11(2), 351-359.
- O'Connell H., Chin, A., V., Cunningham, C., Lawlor, B., A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329(7471), 895-899.
- OMS (Organização Mundial de Saúde) (2012). Suicide prevention (SUPRE). Retirado em Julho de 2014 de [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)
- Pimentel, A., F., S. (2010). *Depressão e Suporte Social em Idosos Institucionalizados. Estudo com Residentes em Lares de Idosos do Concelho de Sátão*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Universidade Da Beira Interior.
- Plano de Desenvolvimento Social do Concelho de Odemira (2007). Retirado de: <http://www.cm-odemira.pt/files/2/documentos/20110711183201264645.pdf>

- Quartilho, M. (2014). Suicídio, Contextos sociais e interpessoais. In C., Saraiva, B., Peixoto, & D., Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp. 15-32). Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the adult Suicidal Odeation Questionnaire in college-students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307. doi: 10.1207/s15327752jpa5602\_9
- Ribeiro, J. L. P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547-558.
- 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.
- Sampaio, D., & Telles-Correia, D. (2013). Suicídio nos mais velhos: Fundamental não esquecer! *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(1), 1-2.
- Sampaio, D. (1991). Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio. (8ª edição). Lisboa: Editorial Caminho.
- Santos, N. & Sampaio, D. (1997). Adolescentes em risco de suicídio: A experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.
- Saraiva, C.B. (1999). *Para-suicídio*. Lisboa: Quarteto.
- Saraiva, C., B. (2006). *Estudos sobre o Para-Suicídio. O que leva os jovens a epreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C., B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, 3185-3205.
- Saraiva, C., B. & Gil, N., P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp. 41-54). Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32 (2002), 15-25.

- Segal, D.,L.,Marty, M., A., Meyer, W., J., & Coolidge, F.,L. (2012). Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 67(2), 159-66. Doi: 10.1093/geronb/gbr080
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self-destructive behavior.* New Jersey: Jason Aronson.
- Silva, C., S., Ronzani, T., M. & Furtado, E., F. (2009). Relação entre prática religiosa, depressão, ansiedade e uso de álcool entre gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora. *HU Revista, Juiz de Fora*, 35(2), 111-118.
- Silva, D., L. (2010). *Traços de Personalidade e Releição: Meio Rural Versus Meio Urbano.* Dissertação de Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.
- Smith, T., B., McCullough, M., E. & Poll, J. (2003). Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636. Doi: 10.1037/0033-2909.129.4.614.
- Sousa, G., Silva, R., Figueiredo, A., Minayo, M., & Vieira, L. (2013). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Interface (Botucatu). Comunicação, Saúde, Educação*, 973-986, Doi: 10.1590/1807-57622013.0241.
- Stevens, M., Bond, L., Pryce, C., Roberts, H., & Platt, S. (2008). Prevention of suicide and suicidal behaviour in adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3, 1-9. Doi: 10.1002/14651858.CD007322.
- Taylor, A. & McDonald, D., A. (1999). Religion and the five factor model of personality: An exploratory investigation using a Canadian University sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 1243-1259.
- Tombaugh, T., N. & McIntyre N., J. (1992). The mini-mental state examination: A comprehensive review. *The American Geriatrics Society*, 40, 922-35.
- Turecki (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21(2), 18-22.

- Veiga, F., A. (2014). Epidemiologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp. 77-84). Lisboa: Lidel - edições técnicas, Lda.
- Yang, B., & Clum, G. A. (2000). Childhood stress leads to later suicidality via its effect on cognitive functioning. *Suicide and life - Threatening Behavior*, 30(3), 183-198.
- Yeung, W., J. & Chan, Y. (2007). The positive effects of religiousness on mental health in physically vulnerable populations: A review on recent empirical studies and related theories. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 11(2), 37-52. Disponível em: [http://www.psychosocial.com/IJPR\\_11/Positive\\_Effects\\_of\\_Religiousness\\_Yeung\\_Jerf.html](http://www.psychosocial.com/IJPR_11/Positive_Effects_of_Religiousness_Yeung_Jerf.html)
- Werlang, Borges & Fensterseifer (2005) Indícios de Potencial Suicida na Adolescência. *Psicologia Revista*, 14(1), 41-58.
- Wiktorsson, S., Berg, A.I., Billstedt, E., Duberstein, P.R., Marlow, T., Skoog, I., & Waern, M. (2013). Neuroticism and extroversion in suicide attempters aged 75 and above and a general population comparison group. *Aging & Mental Health*, 17, 479–488. Doi: 10.1080/13607863.2012.749835.

## **7. Anexos**

## **Anexo A - Questionário Sociodemográfico**

### Questionário sociodemográfico

Identificação: [ ] Sexo: F[] M[] Data de Nascimento/ Idade: \_\_\_\_\_

Qual é seu estado civil? Solteiro[] Casado/Unido de Facto [] Viúvo[] Divorciado []

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Concelho: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Habilitações literárias: \_\_\_\_\_

Qual foi a sua profissão (qual e a quanto tempo)? \_\_\_\_\_

Sabe ler? Não [] Sim [] Sabe escrever? Não [] Sim []

Encontra-se institucionalizado? Não [] Sim []

Se sim, qual a sua situação na instituição? Centro de dia[] Permanente[]

Sofre de alguma doença física ou psicológica? Não[] Sim[]

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Provoca incapacidade funcional? Não [] Sim [] Qual? \_\_\_\_\_

A doença é crónica? Não [] Sim []

Perde autonomia? Não [] Sim[]

Provoca-lhe dor frequentemente? Não [] Sim []

Indique com que frequência:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
<b>Consome álcool.</b>					
<b>Participa em atividades religiosas.</b>					

Possui parentes vivos? Não  Sim

Tem apoio familiar? Não  Sim  Se sim, de quem? \_\_\_\_\_

Recebe visitas? Não  Sim  De quem? \_\_\_\_\_

Algum dos seus familiares cometeu algum ato com o objetivo de pôr fim à própria vida, mas não morreu em consequência do mesmo?

Não  Sim

Quem? \_\_\_\_\_

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Que método utilizou? \_\_\_\_\_

Algum dos seus familiares terminou com a própria vida?

Não  Sim

Quem? \_\_\_\_\_

Que método utilizou? \_\_\_\_\_

Alguma pessoa próxima tentou o suicídio ou suicidou-se? Não  Sim

Já cometeu alguma tentativa de suicídio? Não  Sim

Quantas vezes? \_\_\_\_\_

Que método utilizou? \_\_\_\_\_

Porque tentou o suicídio? \_\_\_\_\_

Viveu acontecimentos adversos nos últimos anos (ex. perda do cônjuge; conflitos familiares,...)? Não  Sim  Qual? \_\_\_\_\_

## **Anexo B - Mini Mental State Examination (MMSE)**

**1. Orientação** (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**2. Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**3. Atenção e Cálculo** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

**4. Evocação** (1 ponto por cada resposta correta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

**5. Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota:\_\_\_\_\_

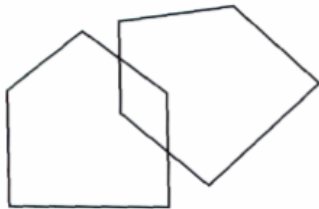
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota :\_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva** (1 ponto pela cópia correta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota:\_\_\_\_\_

TOTAL(Máximo 30 pontos):\_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:** • analfabetos  $\leq 15$  pontos

• 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq 22$

• com escolaridade superior a 11 anos  $\leq 2$

## **Anexo C - Questionário de Ideação Suicida (SIQ)**

## QUESTIONÁRIO DE IDEACÃO SUICIDA – QIS

[Reynolds (1988) – Adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela (1999)]

Na lista em baixo há um certo número de frases sobre pensamentos que por vezes ocorrem às pessoas. Por favor, indique quais destes pensamentos teve no mês passado. Utilize a seguinte escala e faça um círculo no número que melhor descreve o seu pensamento. Lembre-se que não há respostas certas ou erradas.

- |  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 0 = nunca tive este pensamento         | 4 = cerca de uma vez por semana |
| 1 = pensei nisto mas não no último mês | 5 = duas vezes por semana       |
| 2 = cerca de uma vez por mês           | 6 = quase todos os dias         |
| 3 = duas vezes por mês                 |                                 |

1. Pensei que seria melhor não estar vivo.	0	1	2	3	4	5	6
2. Pensei suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
3. Pensei na maneira como me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
4. Pensei quando me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
5. Pensei em pessoas a morrerem.	0	1	2	3	4	5	6
6. Pensei na morte.	0	1	2	3	4	5	6
7. Pensei no que escrever num bilhete sobre suicídio.	0	1	2	3	4	5	6
8. Pensei em escrever um testamento.	0	1	2	3	4	5	6
9. Pensei em dizer às pessoas que planeava suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
10. Pensei que as pessoas estariam mais felizes se eu não estivesse presente.	0	1	2	3	4	5	6
11. Pensei em como as pessoas se sentiriam se eu me suicidasse.	0	1	2	3	4	5	6
12. Desejei estar morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
13. Pensei em como seria fácil acabar com tudo.	0	1	2	3	4	5	6
14. Pensei que suicidar-me resolveria os meus problemas.	0	1	2	3	4	5	6
15. Pensei que os outros ficariam melhor se eu estivesse morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
16. Desejei ter coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
17. Desejei nunca ter nascido.	0	1	2	3	4	5	6
18. Pensei que se tivesse oportunidade me suicidaria.	0	1	2	3	4	5	6
19. Pensei na maneira como as pessoas se suicidam.	0	1	2	3	4	5	6
20. Pensei em matar-me mas não o faria.	0	1	2	3	4	5	6
21. Pensei em ter um acidente grave.	0	1	2	3	4	5	6
22. Pensei que a vida não valia a pena.	0	1	2	3	4	5	6
23. Pensei que a minha vida era muito miserável para continuar.	0	1	2	3	4	5	6
24. Pensei que a única maneira de repararem em mim era matar-me.	0	1	2	3	4	5	6
25. Pensei que se me matasse as pessoas se aperceberiam que teria valido a pena preocuparem-se comigo.	0	1	2	3	4	5	6
26. Pensei que ninguém se importava se eu estivesse vivo(a) ou morto(a).	0	1	2	3	4	5	6
27. Pensei em magoar-me mas não suicidar-me.	0	1	2	3	4	5	6
28. Perguntei-me se teria coragem para me matar.	0	1	2	3	4	5	6
29. Pensei que se as coisas não melhorassem eu matar-me-ia.	0	1	2	3	4	5	6
30. Desejei ter o direito de me matar.	0	1	2	3	4	5	6

## **Anexo D - Escala de Desesperança de Beck (BHS)**

## ESCALA H

(Beck & Steer, 1988; adaptação Cruz, 2000)

Por favor, lê as informações que se seguem. À frente de cada afirmação assinala com uma [x] na coluna correspondente, se ela é **verdadeira** ou **falsa** para ti.

	Verdadeiro	Falso
1. Espero o futuro com esperança e entusiasmo.		
2. Mais vale deixar andar, já que não posso melhorar a minha vida.		
3. Quando tudo vai mal, ajuda-me pensar que isso não será para sempre.		
4. Não consigo imaginar o que será a minha vida daqui a dez anos.		
5. Tenho tempo suficiente para realizar o que mais desejo fazer.		
6. Espero, no futuro, ser bem-sucedido(a) no que mais conta para mim.		
7. O meu futuro parece-me sombrio.		
8. Espero conseguir da vida mais do que a maioria das pessoas.		
9. Não me sinto arrependido(a), nem espero vir a estar no futuro.		
10. As minhas experiências passadas prepararam-me adequadamente para o futuro.		
11. Espero do futuro mais desprazer do que prazer.		
12. Não espero vir a conseguir o que mais desejo.		
13. Quando penso no futuro, espero ser mais feliz do que sou agora.		
14. A minha vida não me corre como desejo.		
15. Tenho fé no futuro.		
16. Nunca consigo o que desejo, por isso é ridículo esperar seja o que for do futuro.		
17. É pouco provável que venha a obter satisfação real no futuro.		
18. O futuro parece-me vago e incerto.		
19. Espero mais bons do que maus momentos no futuro.		
20. Não vale a pena esforçar-me por conseguir qualquer coisa que desejo, porque provavelmente não a vou conseguir.		

## **Anexo E - Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI)**

## NEO FFI

### Instruções

Este questionário contém 60 afirmações. Leia cuidadosamente cada uma delas.

Para cada afirmação, coloque **um X** no quadrado que melhor representa a sua opinião:

**DF (discordo fortemente)** se a afirmação for definitivamente falsa ou se você discordar fortemente dela.

**D (discordo)** se a afirmação for, na maior parte das vezes, falsa ou se você discorda dela.

**N (neutro)** se a afirmação for igualmente verdadeira e falsa, ou se você não se decidir, ou ainda, se a sua posição perante o que foi dito for completamente neutra.

**C (concordo)** se a frase for na maior parte das vezes verdade, ou se concorda com ela.

**CF (concordo fortemente)** se a frase for definitivamente verdadeira ou se concordar fortemente com ela.

Não existem respostas certas ou erradas, descreva as suas opiniões da forma mais precisa e sincera possível. Por favor, leia cada afirmação com atenção e marque **apenas** um só X em cada resposta, escolhendo a que melhor corresponde à sua opinião.

Responda a **todas** as questões. Se tiver mudado de opinião ou se tiver enganado, **encha** o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**.

	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
1. Não sou uma pessoa preocupada.					
2. Gosto de ter muita gente, à minha volta.					
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).					
4. Tento ser delicado com todas as pessoas, que encontro.					

5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.					
	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
7. Rio, facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
9. Frequentemente, arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
11. Quando estou, numa grande tensão, sinto-me às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.					
12. Não me considero, especialmente, uma pessoa de ânimo leve.					
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.					
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.					
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).					
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).					
17. Gosto muito de falar com outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes, sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					

25. Tenho objectivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente, prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
28. Frequentemente, experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, se as deixarmos.					
30. Perco muito tempo, antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
33. Poucas vezes, me dou conta da influência, que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas, que conheço, gostam de mim.					
35. Trabalho muito, para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes, aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa, quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso, podem sempre contar que eu cumpra.					
41. Muitas vezes, quando as coisas não me correm bem, perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um(a) grande optimista.					
43. Às vezes, ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte, sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					

44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
	<b>DF</b> Discordo Fortemente	<b>D</b> Discordo	<b>N</b> Neutro	<b>C</b> Concordo	<b>CF</b> Concordo Fortemente
45. Às vezes, não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
47. A minha vida decorre, a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente, procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas, faço-lho saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
56. Já houve alturas, em que fiquei tão envergonhado(a), que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe (mandar) das outras pessoas.					
58. Muitas vezes, dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário, não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente, em tudo o que faço.					

## **Anexo F - Inventário de Depressão de Beck - II (BDI-II)**

## BDI - II

### Instruções:

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Por favor, leia cada uma delas cuidadosamente. Depois escolha, uma frase de cada grupo, a que melhor descreve o modo como você tem se sentido nas duas últimas semanas, incluindo o dia de hoje. Faça um círculo em volta do número (0,1,2, ou 3), correspondente à afirmação escolhida em cada grupo. Se mais de uma afirmação em um grupo lhe parecer igualmente apropriada, escolha a de número mais alto neste grupo. Verifique se não marcou mais de uma afirmação por grupo, incluindo o item 16 (alterações no padrão de sono) e o item 18 (alterações de apetite).

<p><b>1. Tristeza</b> 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar</p> <p><b>2. Pessimismo</b> 0 Não estou especialmente desanimado(a) quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado(a) quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar</p> <p><b>3. Fracasso passado</b> 0 Não me sinto um(a) fracassado(a) 1 Tenho fracassado mais do que deveria 2 Quando penso no passado vejo muitos fracassos 3 Sinto que como pessoa sou um fracasso total</p> <p><b>4. Perda de prazer</b> 0 Continuo sentindo o mesmo prazer que sentia com as coisas de que gosto 1 Não sinto tanto prazer com as coisas que costumava gostar 2 Tenho muito pouco prazer nas coisas que eu costumava gostar 3 Não tenho mais nenhum prazer nas coisas que eu costumava gostar</p> <p><b>5. Sentimentos de culpa</b> 0 Não me sinto particularmente culpado(a) 1 Eu me sinto culpado(a) a respeito de várias coisas que fiz e/ou deveria ter feito 2 Eu me sinto culpado(a) a maior parte do tempo 3 Eu me sinto culpado(a) o tempo todo</p>	<p><b>6. Sentimentos de punição</b> 0 Não sinto que estou sendo punido(a) 1 Sinto que posso ser punido(a) 2 Eu acho que serei punido(a) 3 Sinto que estou sendo punido(a)</p> <p><b>7. Auto-estima</b> 0 Eu me sinto como sempre me senti em relação a mim mesmo(a) 1 Perdi a confiança em mim mesmo(a) 2 Estou desapontado(a) comigo mesmo(a) 3 Não gosto de mim</p> <p><b>8. Autocrítica</b> 0 Não me critico nem me culpo mais do que o habitual 1 Estou sendo mais crítico(a) comigo mesmo(a) do que costumava ser 2 Eu me critico por todos os meus erros 3 Eu me culpo por tudo de ruim que acontece</p> <p><b>9. Pensamentos ou desejos suicidas</b> 0 Não tenho nenhum pensamento de me matar 1 Tenho pensamentos de me matar mas não levaria isso adiante 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade</p> <p><b>10. Choro</b> 0 Não choro mais do que chorava antes 1 Choro mais agora do que costumava chorar 2 Choro por qualquer coisinha 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo</p>
---	--

**11. Agitação**

- 0 Não me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 1 Eu me sinto mais inquieto(a) ou agitado(a) do que me sentia antes
- 2 Eu me sinto tão inquieto(a) ou agitado(a) que é difícil ficar parado
- 3 Estou tão inquieto(a) que tenho que estar sempre me mexendo ou fazendo alguma coisa

**12. Perda de interesse**

- 0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou por minhas atividades
- 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas ou coisas do que costumava estar
- 2 Perdi quase todo o interesse por outras pessoas ou coisas
- 3 É difícil me interessar por qualquer coisa.

**13. Indecisão**

- 0 Tomo minhas decisões tão bem quanto antes
- 1 Acho mais difícil tomar decisões agora do que antes
- 2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões agora do que antes
- 3 Tenho dificuldade para tomar qualquer decisão

**14. Desvalorização**

- 0 Não me sinto sem valor
- 1 Não me considero hoje tão útil ou não me valorizo como antes
- 2 Eu me sinto com menos valor quando me comparo com outras pessoas
- 3 Eu me sinto completamente sem valor

**15. Falta de energia**

- 0 Tenho tanta energia hoje como sempre tive
- 1 Tenho menos energia do que costumava ter
- 2 Não tenho energia suficiente para fazer muita coisa
- 3 Não tenho energia suficiente para nada

**16. Alterações no padrão de sono**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono
- 1a Durmo um pouco mais do que o habitual
- 1b Durmo um pouco menos do que o habitual
- 2a Durmo muito mais do que o habitual
- 2b Durmo muito menos do que o habitual
- 3a Durmo a maior parte do dia
- 3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir

**17. Irritabilidade**

- 0 Não estou mais irritado(a) do que o habitual
- 1 Estou mais irritado(a) do que o habitual
- 2 Estou muito mais irritado(a) do que o habitual
- 3 Fico irritado(a) o tempo todo

**18. Alterações de apetite**

- 0 Não percebi nenhuma mudança no meu apetite
- 1a Meu apetite está um pouco menor do que o habitual
- 1b meu apetite está um pouco maior do que o habitual
- 2a Meu apetite está muito menor do que antes
- 2b Meu apetite está muito maior do que antes
- 3a Não tenho nenhum apetite
- 3b Quero comer o tempo todo

**19. Dificuldade de concentração**

- 0 Posso me concentrar tão bem quanto antes
- 1 Não posso me concentrar tão bem como habitualmente
- 2 É muito difícil para mim manter a concentração em alguma coisa muito tempo
- 3 Eu acho que não me consigo concentrar em nada

**20. Cansaço ou fadiga**

- 0 Não estou mais cansado(a) ou fadigado(a) do que o habitual
- 1 Fico cansado(a) ou fadigado(a) mais facilmente do que o habitual
- 2 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer muitas das coisas que costumava fazer
- 3 Eu me sinto muito cansado(a) ou fadigado(a) para fazer a maioria das coisas que costumava fazer

**21. Perda de interesse por sexo**

- 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo
- 1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar
- 2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo

## **Anexo G - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)**

## Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

De seguida, vai encontrar várias afirmações seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar.

Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

		Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1.	Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2.	Não saio com amigos tantas vezes quanto eu gostaria.	A	B	C	D	E
3.	Os meus amigos não me procuram tantas vezes como as que eu gostaria.	A	B	C	D	E
4.	Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer.	A	B	C	D	E
5.	Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer.	A	B	C	D	E
6.	Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com que possa desabafar sobre coisas íntimas.	A	B	C	D	E
7.	Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam.	A	B	C	D	E
8.	Gostava de participar mais em actividades de organizações (por exemplo, clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.).	A	B	C	D	E
9.	Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família.	A	B	C	D	E
10.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família.	A	B	C	D	E
11.	Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família.	A	B	C	D	E
12.	Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho.	A	B	C	D	E
13.	Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos.	A	B	C	D	E
14.	Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos.	A	B	C	D	E
15.	Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho.	A	B	C	D	E

## **Anexo H - Pedido de autorização de recolha de dados nas instituições**

Exma. Senhora Presidente da direção,

No âmbito da minha tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no Departamento de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Algarve, estamos a desenvolver um estudo sobre os fatores de risco para os atos suicidas em idosos.

Neste sentido e no seguimento do contacto telefónico efetuado, venho por este meio formalizar o pedido de autorização relativamente à recolha de amostra na instituição a que vossa excelência preside.

A taxa de suicídio na região do Alentejo é a mais elevada em Portugal, e sobretudo no concelho de Odemira, o que justifica o nosso interesse em conhecer melhor este fenómeno. Conhecer para que, futuramente, se possa prevenir e intervir de forma mais eficaz. Mais especificamente, pretendemos analisar alguns indicadores de risco de suicídio, como determinadas características de personalidade, níveis de desesperança, Sintomatologia depressiva e características sociodemográficas.

A participação dos idosos é sempre voluntária, todos os dados são totalmente confidenciais e destinam-se apenas a fins de investigação. Tendo em consideração a faixa etária, a recolha de dados será realizada em formato de entrevista, sempre que necessário, de forma a tornar o processo mais confortável para o idoso.

Informamos também que todas as indicações e horários da instituição serão rigorosamente respeitados. No final da investigação, que incluirá várias instituições do concelho de Odemira, teremos todo o prazer em dar-vos a conhecer os resultados.

Agradecemos, desde já, a atenção dispensada.

Com os meus melhores cumprimentos,

Nádia Duarte

## **Anexo I - Consentimento Informado**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

O presente trabalho de investigação destina-se à minha Dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, na Universidade do Algarve, a qual tem como objetivo estudar os fatores psicológicos de risco para o comportamento suicidário. A sua colaboração consiste em responder a alguns questionários.

Os resultados são totalmente anónimos e confidenciais e serão unicamente utilizados para fins científicos. Se aceitar participar, tem todo o direito de abandonar a investigação quando desejar, sem ter que dar qualquer tipo de explicação.

**Declaro que percebi e concordo com o Consentimento Informado acima exposto.**

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_