

Patrícia Isabel Cochicho Canhoto

Risco de suicídio em idosos:

Estudo comparativo entre o Alentejo e o Algarve



2017

Patrícia Isabel Cochicho Canhoto

Risco de suicídio em idosos:

Estudo comparativo entre o Alentejo e o Algarve

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

Professora Doutora Marta Brás



2017

Título do Trabalho: Risco de Suicídio em Idosos: Estudo Comparativo entre o Alentejo e o Algarve

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 lista de referências incluída.

(Patrícia Isabel Cochicho Canhoto)

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.

Agradecimentos

No decorrer desta longa caminhada, várias foram as figuras que me acompanharam e se perderam pelo caminho, pessoas que me fizeram aprender, crescer e ser grande parte daquilo que hoje sou.

A realização da presente dissertação de mestrado não teria sido possível sem a colaboração de algumas pessoas, às quais não poderia deixar de prestar uma palavra de apreço. Deste modo, cabe-me agradecer:

À Prof^a. Doutora Marta Brás, por reunir em si todas as características que sempre pensei que uma verdadeira orientadora deveria ter. Obrigado pela sua disponibilidade, pelo apoio, pela compreensão, por todas as palavras e conselhos e por tudo o que me ensinou ao longo de todo este processo, bem como pelo incentivo e ânimo. Um obrigado não chega!

A toda a equipa e funcionários do Lar de Idosos Dr.º Alonso Vasquez, por desde logo me terem aberto as portas, por toda a disponibilidade, paciência e boa-disposição sempre presente desde o primeiro momento.

A todas as pessoas que gentilmente aceitaram participar nesta investigação, pelo carinho e amabilidade que sempre me fizeram sentir, e pela paciência e disponibilidade em cooperar nas respostas aos vários instrumentos de avaliação, e ao tempo dedicado.

À minha mãe, amiga e companheira de vida a quem devo todo o sacrifício, que sempre acreditou em mim. Ao meu pai, que sempre me apoiou e me deu a oportunidade de fazer aquilo que mais gosto. A ambos por aparem as minhas quedas e aplaudirem os meus sucessos.

À minha irmã, a minha pequena guerreira, que mais sentiu a minha ausência e distância, por quem tantas vezes o meu coração ficou cheio de saudades. Sem ela nada disto seria possível.

Ao João, o meu amigo, companheiro e namorado, por ter estado sempre presente, por ter sido o meu apoio e o meu ombro amigo, por todo o afeto e por ter acreditado em mim, muitas vezes quando eu nem própria acreditava. Obrigada!

Às companheiras de vida que a Universidade me trouxe, por tudo aquilo que fizeram e fazem por mim, pelas horas de conversa, pelos conselhos, pelas palavras ternas e de conforto, pelas lágrimas que acolheram e os risos que me fizeram soltar.

Aos meus amigos, amigos de vida e para a vida, que estiveram sempre perto mesmo quando a distância não permitia. Por não permitirem que a ausência vingasse, por me incentivarem a ser sempre melhor.

Resumo

O suicídio após os 65 anos de idade é considerado como um dos mais sérios problemas de saúde pública no mundo. Em algumas regiões de Portugal, como o Alentejo e o Algarve, este fenómeno assume particular importância, particularmente na população idosa, em que a taxa de suicídio é muito superior à taxa média de suicídio nacional.

O principal objetivo do estudo consistiu em compreender de que forma determinados fatores psicológicos e/ou sociodemográficos podem influenciar a variação de ideação suicida em idosos, numa amostra do Algarve e do Alentejo.

A amostra total foi constituída por 120 idosos, com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos, 49 do sexo feminino e 71 do sexo masculino. Oitenta e três idosos estavam institucionalizados e 37 não estavam institucionalizados. Após um despiste inicial de défices mnésicos com o Mini Mental State, os participantes preencheram um questionário sociodemográfico, a Escala de desesperança de Beck, o Inventário de depressão de Beck, o Questionário de ideação suicida, o Inventário dos cinco fatores e a Escala de satisfação com o suporte social.

Fatores como a sintomatologia depressiva, a desesperança, o neuroticismo, a baixa satisfação com o suporte social, bem como a existência de história de tentativa e/ou suicídio na família ou numa pessoa próxima e de tentativas de suicídio do próprio estão positiva e significativamente relacionados com os níveis de ideação suicida.

A comparação entre o Alentejo e o Algarve permitiu aferir que não se encontram diferenças a nível da ideação suicida e da desesperança, que 7,8% dos idosos do Algarve e 11,4% dos idosos do Alentejo se encontra em potencial risco de ideação suicida e em ambas as amostras a desesperança caracteriza-se como moderada.

Os idosos do Algarve apresentam níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e de neuroticismo e uma menor satisfação com o suporte social. Os idosos do Alentejo apresentam níveis mais elevados de conscienciosidade, extroversão, abertura à experiência e também de satisfação com o suporte social.

No Alentejo a sintomatologia depressiva é o melhor preditor da ideação suicida. No Algarve a variância da ideação suicida é explicada pela sintomatologia depressiva, baixa extroversão e baixa satisfação com o suporte social.

Os resultados revelam que apesar de não se verificarem diferenças significativas a nível da ideação suicida entre regiões, os idosos do Algarve apresentam mais fatores de risco associados à ideação suicida como a sintomatologia depressiva, neuroticismo e baixa satisfação com o suporte social, tornando-os mais predispostos à ideação suicida. Os idosos do Alentejo, apesar de apresentarem fatores protetores como a conscienciosidade e a extroversão e uma maior satisfação com o suporte social, o melhor preditor de ideação suicida nesta região é a sintomatologia depressiva, fator de grande vulnerabilidade para o comportamento suicidário.

Os resultados permitem compreender o papel dos diferentes fatores de risco e protetores na ideação suicida, quer na amostra total, quer no Alentejo e Algarve em separado. Neste sentido será possível delinear estratégias de prevenção e intervenção adaptadas ao contexto.

Abstract

Suicide after 65 years old is considered one of the most serious public health problems in the world. In some regions of Portugal, such as the Alentejo and the Algarve, this phenomenon is particularly important among the elderly population, in which the suicide rate is higher than the national suicide one.

Understanding how certain psychological factors and clinical history may influence the variation of suicidal ideation in the elderly was the main objective of the study, in a sample of people from the Algarve and the Alentejo.

The total sample consisted of 120 elderly individuals, aged 60-97 years, 49 females and 71 males. Eighty-three elderly people were institutionalized and 37 were not institutionalized. After being applied an initial test on myocardial deficits with the Mini Mental State Examination, the participants filled in a sociodemographic questionnaire, Beck's Hopelessness Scale, Beck's Depression Inventory, the Suicidal Ideation Questionnaire, the Five-Factor Inventory, and the Social Support Satisfaction Scale.

Some factors such as depressive symptomatology, hopelessness, neuroticism, low satisfaction as a social support, as well as the existence of a history of attempted suicide in the family or in a close person and self-suicide attempts are positively and significantly related to the levels of suicidal ideation.

The comparison between the Alentejo and the Algarve made it possible to conclude that there are no differences in suicidal ideation and hopelessness, and that 7,8% of the elderly in the Algarve and that 11.4% of the elderly in the Alentejo are at potential risk of suicidal ideation, and in both samples the despair level is characterized as moderate.

The elderly in the Algarve have higher levels of depressive symptomatology and neuroticism and less satisfaction with social support. The elderly in the Alentejo have higher levels of conscientiousness, extraversion, openness to experience and also satisfaction with social support.

In the Alentejo, depressive symptomatology is the best predictor of suicidal ideation. In the Algarve, the variance of suicidal ideation is explained by the depressive symptomatology, low extroversion and low satisfaction with social support.

The results show that although there are no significant differences in suicidal ideation between regions, the elderly in the Algarve have more risk factors associated with the suicidal ideation, such as depressive symptoms, neuroticism and low satisfaction with social support, which makes them more vulnerable to suicidal ideation. The elderly in the Alentejo, despite presenting protective factors, such as conscientiousness and extraversion and greater satisfaction with social support, the best predictor of suicidal ideation in this region is the depressive symptomatology, which is a factor of great vulnerability to suicidal behavior.

The results allow us to understand the role of different risk and protective factors in suicidal ideation, not only in the total sample, but also and in the Alentejo and the Algarve. This way, it will be possible to outline preventive and interventional strategies adapted to the context.

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

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

Índice

I. Introdução.....	1
II. Objetivos.....	19
2.1.Objetivo Geral.....	19
2.2.Objetivos Específicos.....	19
III. Metodologia.....	20
3.1.Desenho da investigação.....	20
3.2.Amostra	21
3.3.Instrumentos	22
3.3.1. Questionário sociodemográfico.....	22
3.3.2. Mini Mental State Examination (MMSE).....	22
3.3.3. Questionário de Ideação Suicida (SIQ).....	23
3.3.4. Escala de Desesperança de Beck (BHS).....	24
3.3.5. Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI).....	25
3.3.6. Inventário de depressão de Beck -II (BDI -II).....	26
3.3.7. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).....	26
3.4.Procedimento de recolha de dados	27
3.5.Procedimento de análise estatística	28
IV. Apresentação e análise dos Resultados.....	30
4.1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes.....	30
4.2. Caracterização da história médica, psiquiátrica e de tentativas de suicídio dos participantes.....	37
4.3. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas e da história clínica na amostra total.....	46
4.4. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas e da história clínica na amostra do Algarve e do Alentejo.....	55
4.5. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis indicadoras de risco de suicídio.....	65
4.5.1. Correlação entre as variáveis psicológicas e a ideação suicida na amostra total.....	65
4.5.2. Correlação entre as variáveis psicológicas e as tentativas de suicídio na amostra total.....	67

4.6. Papel Preditor das variáveis psicológicas na explicação da ideação suicida.....	69
V. Discussão dos Resultados.....	74
VI. Referências Bibliográficas	86
VII. Anexos	99

Índice de Tabelas

Tabela 1. Caracterização do sexo dos participantes.....	31
Tabela 2. Caracterização da idade dos participantes.....	31
Tabela 3. Caracterização dos participantes em função do consumo de álcool.....	35
Tabela 4. Caracterização dos participantes em função da receção de visitas.....	37
Tabela 5. Caracterização dos participantes em função da existência de doenças.....	37
Tabela 6. Caracterização dos participantes em função da história familiar de tentativas de suicídio.....	39
Tabela 7. Caracterização dos participantes em função da história familiar de suicídio.....	40
Tabela 8. Caracterização dos participantes em função da história de tentativas de suicídio do próprio.....	42
Tabela 9. Caracterização dos participantes em função da história de acontecimentos adversos.....	45
Tabela 10. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total em Função do nível de ideação suicida.....	46
Tabela 11. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total em Função da Institucionalização e não Institucionalização.....	49
Tabela 12. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total e em Função da Situação na Instituição.....	51
Tabela 13. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total em Função da História de Tentativa de Suicídio do Próprio.....	52
Tabela 14. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total em Função da Ausência ou Presença de Acontecimentos Adversos.....	54
Tabela 15. Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas na Amostra Total em Função da Proveniência.....	56
Tabela 16. Comparação de Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas em função do nível/grau de ideação suicida na amostra do Algarve e do Alentejo.....	59

Tabela 17. Comparação de Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das variáveis psicológicas em função da história de tentativas de suicídio na amostra do Algarve e do Alentejo.....	62
Tabela 18. Correlação entre as variáveis psicológicas e a ideação suicida na amostra total	65
Tabela 19. Correlação entre as variáveis psicológicas e as tentativas de suicídio na amostra total	67
Tabela 20. Regressão hierárquica linear multivariada para as variáveis preditoras de ideação suicida na amostra total.....	69
Tabela 21. Regressão hierárquica linear multivariada para as variáveis preditoras de ideação suicida na amostra do Algarve.....	71
Tabela 22. Regressão hierárquica linear multivariada para as variáveis preditoras de ideação suicida na amostra do Alentejo.....	72

Índice de Figuras

Figura 1. Caracterização do estado civil dos participantes.....	32
Figura 2. Caracterização das habilitações literárias dos participantes.....	33
Figura 3. Caracterização dos participantes na amostra total em função da profissão exercida na idade ativa.....	34
Figura 4. Caracterização dos participantes em função da participação em atividades religiosas.....	36
Figura 5. Caracterização dos participantes na amostra total em função do tipo de doença.....	38
Figura 6. Caracterização dos participantes em função do tipo de método utilizado na tentativa de suicídio pelo familiar.....	40
Figura 7. Caracterização dos participantes em função do tipo de método utilizado no suicídio pelo familiar.....	41
Figura 8. Caracterização dos participantes em função do número de tentativas de suicídio do próprio.....	43
Figura 9. Caracterização dos participantes em função do tipo de método utilizado na tentativa de suicídio do próprio.....	44
Figura 10. Caracterização dos participantes em função do tipo de acontecimento adversos.....	45

Índice de Anexos

Anexo A - Questionário Sociodemográfico

Anexo B - Mini Mental State Examination (MMSE)

Anexo C - Questionário de Ideação Suicida (SIQ)

Anexo D - Escala de Desesperança de Beck (BHS)

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

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

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

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

Anexo I - Consentimento Informado

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)

I. Introdução

O suicídio representa um dos comportamentos humanos mais antigos, enigmáticos e perturbadores, que despoleta um conjunto de sentimentos negativos, sendo um fenómeno caracterizado pela irremediável autodestrutividade (Morais & Sousa, 2011). O conceito de suicídio, bem como as posições tomadas face a esta realidade, têm sido díspares ao longo do tempo, refletindo os distintos valores e as ideologias associadas à vida e à morte (Campos, 2002).

Na sociedade atual o suicídio constitui um dos maiores problemas de saúde pública, tanto a nível internacional como nacional, e pode ocorrer em qualquer idade. A nível internacional, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015), o número de suicídios é excessivamente elevado na população, com aproximadamente 1 milhão de suicídios por ano. As taxas de suicídio consumado e de tentativas de suicídio aumentaram cerca de 60% nos últimos 45 anos a nível mundial (DGS, 2013), estimando-se que até 2020, esse número atinja mais de 1,5 milhões de pessoas (OMS, 2013).

A nível europeu as taxas de suicídio assumem uma proporção elevada entre os idosos, verificando-se um agravamento ascendente e dominante no padrão etário, em que as taxas de suicídio tendem a aumentar com a idade. A comparação das taxas de suicídio em Portugal a par de outros países do sul da Europa mostra que a taxa é substancialmente inferior à média (10.2/100.000). Contudo, quando considerada a faixa etária igual ou superior a 65 anos, verifica-se que a taxa de suicídio consumado é superior à média Europeia em ambos os sexos (OMS, 2013). Este padrão acentua-se quando equiparado a outros países devido à população primordialmente idosa, particularmente no sexo masculino (DGS, 2013).

Nos últimos tempos, tem-se verificado uma maior atenção por parte dos investigadores devido ao aumento significativo das taxas de suicídio nos últimos anos, sobretudo nas regiões do Alentejo e Algarve. No Alentejo, a taxa de suicídio é de 24.8 suicídios por 100 mil habitantes e no Algarve a taxa de suicídio é de 19.1 suicídios por 100 mil habitantes (INE, 2003). Uma vez que a taxa de suicídio nacional é de 10 suicídios por 100 mil habitantes, em ambas as regiões referidas as taxas de suicídio são bastante superiores à média nacional, sendo superior ao dobro no caso do Alentejo.

Um estudo realizado pela OMS/Euro *Multicentre Study of Suicidal Behaviour* em 13 países europeus mostrou que as taxas médias de suicídio entre as pessoas com mais de 65 são de 29.3/100.000 e, as taxas de tentativa de suicídio são de 61.4/100.000. Para além destes números, os dados sobre a ideação suicida e de comportamentos autolesivos demonstram ser muito elevados, razão pela qual o número de tentativas de suicídio e de suicídio consumado ser muito próximo, cerca de 2:1 (De Leo *et al.*, 2001).

Na Europa, principalmente nos países industrializados, tal como em Portugal, têm-se verificado alterações demográficas, sobretudo o envelhecimento da população, que se deve em parte aos progressos da medicina, a melhores cuidados de saúde, higiene e nutrição (Gonçalves, 2010).

O envelhecimento traz consigo mudanças, debilitam-se funções cognitivas, físicas e sensoriais, havendo uma deterioração das capacidades funcionais (Almeida & Quintão, 2012). A velhice é um período de vida associado a múltiplas perdas: estatuto, saúde, autonomia, funções e relações (Waern, 2003). Estes fatores poderão, em parte, ajudar a compreender o porquê de as taxas de suicídio serem maiores em pessoas com 65 ou mais, comparativamente a faixas etárias mais jovens (Waern, 2003).

Nos Estados Unidos, ao se considerar todas as faixas de idade, o suicídio é a 11^a causa de morte, índice que tende a aumentar com a idade, sendo mais alto entre os norte-americanos com idade acima dos 65 anos, sendo que em 1999 cerca de 5.500 pessoas idosas de suicidaram naquele país.

Recentemente, a *American Association of Suicidology* (AAS), num estudo realizado nos Estados Unidos concluiu que embora a 12.5% da população seja constituída apenas por idosos, 15.9% das mortes por suicídio correspondem a esta faixa etária. Em 2006, o índice de suicídios nos idosos foi de 14.2/100.00, sendo que os homens correspondem a 84.6% dos suicidas nesta faixa etária (American Association of Suicidology, 2009).

A nível nacional, a percentagem de pessoas com idades acima dos 65 anos é de 19.26%, sendo que no Alentejo e no Algarve esta percentagem atinge cerca de 27.17%, cujo índice de envelhecimento da população atinge um valor de 128, superior à média nacional (102) (Seabra, 2006).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), desenvolvido e publicado pela primeira vez em 2013, tem como finalidade um premente conhecimento e investigação face aos atos suicidas, bem como a sensibilização para a importância de mais estratégias de prevenção primária, principalmente em zonas geográficas de maior risco (e.g. região sul) e em grupos mais vulneráveis (e.g. adolescentes, idosos) (DGS, 2013).

Concomitantemente, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) identificou que em algumas regiões do país, nomeadamente no Alentejo e no Algarve, o número de suicídio tem assumido um aumento dramático, particularmente na população com 65 ou mais anos (Ventosa, 2008).

Em Portugal, segundo a Sociedade Portuguesa de Suicidologia, morrem cerca de 10 pessoas por suicídio em cada 100.000 habitantes (SPS, 2011).

Os dados apontam para que, em território nacional, ocorram cerca de mil suicídios por ano, sobretudo nas regiões da Grande Lisboa, Alentejo e Algarve. Esta realidade sugere-nos que exista uma especificidade a sul do Tejo, em termos sociais, tais como: a dispersão geográfica, os níveis de desemprego, as questões da migração, os níveis de desesperança e de depressão, a ausência de práticas religiosas (Cândido, 2010), a baixa densidade populacional, o isolamento progressivo, o envelhecimento populacional, as alterações sociais e culturais que, conduzem sobretudo à solidão (Saraiva, 2006).

Dada a pertinência deste fenómeno, os estudos têm vindo a procurar delinear um perfil do suicida, desta forma, segundo Braz Saraiva (2010), o perfil do suicida caracteriza-se por um “indivíduo do sexo masculino, com mais de 50 anos, residente em Lisboa, Alentejo ou Algarve, divorciado ou viúvo, desempregado ou reformado, com escassos rendimentos, com baixos níveis de instrução, isolado socialmente, sem práticas religiosas, deprimido e alcoólico. Podendo, apresentar comorbilidade com perturbação da personalidade, doenças crónicas dolorosa ou incapacitante, com múltiplos problemas afetivos e de ideação suicida.

Analisar as tentativas de suicídios nos mais idosos apresenta uma particular relevância nos dias de hoje, uma vez que se assiste a um envelhecimento progressivo análogo a uma deterioração das condições económicas, em particular nestas faixas etárias, devido à situação financeira mundial em que nos encontramos (Sampaio, 2013).

As investigações nesta área, tanto a nível nacional como mundial, têm-se debruçado, sobretudo, em questões relacionadas com os atos suicidas (suicídio consumado e tentativas de suicídio). Porém, é fulcral compreender o fenómeno da ideação suicida que, para muitos autores, é considerada a fase mais precoce da conduta suicida, sendo a sua avaliação fundamental para o desenvolvimento de estratégias e programas de prevenção em estudos referentes à ideação suicida (Silva et al., 2006).

Os atos suicidas, consumados ou não, são um fenómeno global e apresentam consequências negativas não só para quem os concretiza como também tem efeitos marcantes sobre os familiares, amigos e colegas, assim como para a sociedade.

O suicídio é um problema complexo para o qual não existe uma única causa ou uma única razão, resultando de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais.

Neste sentido, considera-se importante elucidar e definir alguns conceitos fundamentais acerca deste fenómeno, que poderão ser qualificados em termos de gravidade distintas (DGS, 2013), nomeadamente a definição de suicídio, de tentativa de suicídio e ideação suicida.

Etimologicamente a palavra suicídio deriva do latim e *sui* “si mesmo” e *cidium* “matar”, ou seja, matar-se a si mesmo (Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico, 2003-2015).

Durkheim, sociólogo francês em 1897 publicou um livro sobre este tema, tendo sido o primeiro a apresentar uma definição de suicídio, descrevendo-o como *“todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado”*.

A OMS definiu suicídio como um ato deliberado, realizado pelo indivíduo qual sabe, ou espera que este lhe seja fatal (OMS, 2014). O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) numa perspectiva mais atual, define o suicídio consumado como a *“morte provocada por ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr fim à vida”* (DGS, 2013, p.110).

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

Ressalva-se que o suicídio consumado, assim como as tentativas de suicídio foram agrupados no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio sob a denominação de *atos suicidas* (DGS, 2013).

Durkheim no seguimento da definição de suicídio descreve a tentativa de suicídio como “ato que a vítima sabia dever produzir esse resultado mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”. Ou seja, é um ato deliberado, levado a cabo pelo indivíduo, contudo por diversas razões, não resulta na própria morte (Costa, 2010). Contudo, a definição é ainda assim imprecisa, pois a intenção de morrer, subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar (Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001).

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, em Portugal, define tentativas de suicídio como um “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado” (DGS, 2013, p. 110).

Realça-se que embora exista uma variação no grau da intenção da fatalidade e na gravidade do gesto autodestrutivo, as tentativas de suicídio surgem em momentos de crise individual do sujeito, sendo o maior preditor do ato suicida (Santos & Sampaio, 1997).

Por sua vez, segundo o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a ideação suicida consiste num conjunto de pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas (DGS, 2013).

Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm desejos e/ou planos para cometer o suicídio, sem que se tenha verificado necessariamente uma passagem ao ato (Saraiva & Gil, 2014).

A ideação suicida é compreendida como um marco primário na identificação do risco de futuros comportamentos suicidas, podendo ser classificada de forma hierárquica, desde os pensamentos mais gerais acerca da morte até aos planos mais concretos sobre como terminar com a vida. Este conjunto de pensamentos e de cognições geralmente não se restringem ao próprio, abrangendo pensamentos sobre a reação dos outros, após a sua morte, e sobre a hipótese de escrever um bilhete de despedida (Ferreira & Castela, 1999; Reynolds, 1991).

Diversas investigações associam a ideação suicida ao aumento do risco de ocorrerem tentativas de suicídio e/ou suicídio (Kessler *et al.*, 1999), sendo o risco mais eminente quanto mais premeditado e organizado for o plano para realizar o suicídio (Ferreira & Castela; Reynolds, 1991). Estudos apontam que cerca de 60% dos sujeitos com ideação suicida acaba por consumir o suicídio ao longo da sua vida. Posteriormente, no âmbito de uma investigação realizada por Pirkis *et al.* (2000), foi verificado que numa população não-clínica, 12% dos sujeitos que apresentaram níveis de ideação suicida acabaram por tentar o suicídio no ano seguinte (Silva *et al.*, 2006). Ressalva-se que indivíduos que possuem antecedentes familiares de suicídio tendem a apresentar níveis significativos de ideação suicida (Borges & Werlang, 2006).

A ideação suicida é portanto compreendida como o fator de risco mais importante e como o início de um caminho que pode levar ao ato suicida, sendo que fatores como a intensidade, a duração e a variabilidade se encontram correlacionados de forma significativa com a realização de tentativas de suicídio.

Face ao supracitado, é consensual que os pensamentos e comportamentos suicidas devem ser entendidos num processo contínuo que pode ir evoluindo da complexidade das cognições de ideação suicida, para as tentativas de suicídio que são frequentemente antecedentes de suicídios consumados.

Nesta perspetiva, o suicídio parece ser o ato mais pessoal que o indivíduo pode praticar. Porém mais do que um ato individual, existem inúmeras explicações e implicações sociais, como as relações que o indivíduo mantém consigo mesmo, com a família e a sociedade que podem ser determinantes para a conduta suicida, sendo que esta de igual forma, tem um forte impacto social e psicossocial.

Diferentes autores, ao longo dos últimos anos, têm proposto vários modelos explicativos centrados em características particulares do comportamento suicida, não existindo até ao momento, um modelo global que integre num todo, os fatores de risco e de proteção face ao suicídio. Verifica-se uma diversidade de modelos explicativos aglutinados em modelos sociológicos, neurobiológicos, genéticos, etiológicos e psicológicos.

Os modelos psicológicos integram, desde sempre, a linha psicanalítica que defende que o suicídio ocorre como uma forma de autodestruição. Isto é, a intenção de

cometer suicídio seria deste modo “o resultado de virar contra si próprio de um impulso contra outro” (Freud, 1917).

Os modelos psicológicos integram a teoria psicanalítica que defende que o suicídio ocorre como uma forma de autodestruição, tal é possível verificar na teoria proposta por Menninger (1938) que considera o suicídio como uma forma particular de morte, na qual se conjugam três elementos fundamentais: o *desejo de matar* – reação instintiva para suprimir uma ameaça ou uma privação, o *desejo de ser morto* – forma de submissão e uma interiorização da autoridade, e o *desejo de morrer* – quantidade de energia auto destruidora, traduzida pela morte do indivíduo (*cit in* Sampaio, 1991).

Colocando o foco sobre os neofreudianos como Alfred Adler, Karen Horney e Stack Sullivan verifica-se uma maior valorização dos aspetos humanos das relações, ou seja, existe uma forte contestação dos princípios e concepções de Freud, como a teoria da libido, as pulsões, o recalçamento. Alfred Adler, por exemplo, analisava o suicídio como um fracasso, um sinal de isolamento, de falta de interação social onde cresciam o egoísmo e o egocentrismo. Para Sullivan (1953), o suicídio é interpretado como um ato de agressão, uma hostilidade tanto para o indivíduo como para o que é exterior a si.

Concomitantemente, importa aludir e especificar alguns modelos que contribuíram para a índole e desenvolvimento do comportamento suicida.

A perspetiva sistémica defende que os problemas individuais não têm só um sentido, assumindo o comportamento suicida como uma manifestação de um problema familiar e não apenas um resultado de uma dificuldade individual. Nesta perspetiva, o indivíduo em geral, assim como o indivíduo suicida são percebidos como um todo, uma vez que existe uma interação constante com o que está ao seu redor, não fazendo sentido serem considerados externos ao seu ambiente familiar e social (Saraiva & Sampaio, 2014).

Minuchin (1990) conceptualiza a família como um sistema aberto, com uma relação com o exterior, salientando que uma alteração no contexto social da família determina mudanças na dinâmica familiar e nos elementos que a constituem. McGoldrick (1982) refere que o comportamento suicida envolve quatro aspetos comuns: a instabilidade familiar, a angústia, o rompimento de relacionamentos ao nível social e o insucesso em solucionar problemas.

Baechler (1975), por sua vez, propôs uma teoria interpretativa das condutas suicidas baseando-se na possibilidade de que o suicídio pudesse resultar de uma relação entre influências sociais e influências psicológicas. Nesta perspectiva, as noções dinâmicas e biológicas aglutinaram-se, teorizando que o suicídio tende a aparecer numa de três situações: quando as soluções são demasiado limitadas; quando a quantidade e a gravidade tende a ultrapassar a capacidade individual de o enfrentar e quando as capacidades essenciais do indivíduo ficam comprometidas.

Complementarmente, Sheidman (1993) reconhece o suicídio como um ato consciente de autodestruição, que exprime um mal-estar multidimensional, num indivíduo fragilizado por diversos fatores, e que vê na morte a única solução. Para Sheidman, cada suicídio é visto como um acontecimento idiossincrático, não existindo verdades totalitárias, ainda que todos os suicídios partilhem características em comum.

Indo ao encontro dos modelos descritos anteriormente, de forma a compreender o fenómeno suicida nos idosos, Sampaio (2013) crê que para muitos idosos a saída das suas casas para lares ou residências especializadas, levou a que uma grande parte se tivesse de confrontar com novas mudanças, podendo este fenómeno social ter um impacto importante em termos de risco psicopatológico, sendo que, vários estudos indicam que a prevalência de depressão poderá ser superior nos idosos institucionalizados.

O envelhecimento faz-se acompanhar de um declínio funcional progressivo associado à dependência e a cuidados especiais. Porém a saúde e a capacidade funcional são cruciais para a qualidade de vida social do idoso (Drayer *et al.*, 2005). O empobrecimento nas relações primárias reflete-se nas dinâmicas diárias e transforma o seu ambiente, no qual o idoso começa a sentir-se inútil, sem perspectivas futuras e com pouca capacidade para inverter a situação e enfrentar as dificuldades, tornando-se mais vulnerável ao suicídio (Marques & Sousa, 2012).

Nesta perspectiva, a família é um fator essencial na adaptação às mudanças sentidas nesta fase da vida, concluindo-se que o apoio social e familiar pode aliviar os efeitos psicológicos negativos associados ao processo de envelhecimento, originando uma maior satisfação com a vida, indicada como protetora do risco de suicídio (Beeston, 2006).

Todavia, ressalva-se que os estudos têm vindo a defender cada vez mais a perspectiva cognitiva na compreensão e interpretação do comportamento suicida, que comumente vai ao encontro da temática em estudo e às variáveis que se propõe investigar.

Os modelos cognitivos apresentam uma índole mais psicológica, isto é, fundamentam-se na premissa de que existe uma interação entre a forma como os indivíduos pensam (expectativas, crenças, inferências, esquemas e distorções cognitivas) e como se sentem e comportam face a acontecimentos do mundo. A origem de comportamentos suicidas está associada a representações e processos de pensamento distorcido e desadaptados, que são aprendidos ao longo do desenvolvimento (Reinecke, 2004).

Aaron Beck foi o primeiro autor a estabelecer uma teoria que procurava abordar as relações específicas entre cognições e afeto depressivo. O Modelo Cognitivo da Depressão e do Suicídio (Rush & Beck, 1978) sugere que a experiência leva as pessoas a formarem suposições ou esquemas acerca delas e do mundo, que posteriormente são utilizados para organizar a percepção e avaliar o comportamento. Para Beck, a depressão pode ser entendida como consequência das cognições e esquemas cognitivos disfuncionais do próprio, isto é, quando o indivíduo está deprimido age como se tudo o que o rodeia estivesse pior do que realmente está.

Neste modelo, Rush e Beck (1978) postulam três conceitos fundamentais para explicar a evolução e manutenção da depressão, nomeadamente a tríade cognitiva, os esquemas mentais e as distorções cognitivas.

A tríade cognitiva consiste num padrão idiossincrático negativo de pensamento em relação a si próprio, ao futuro e às experiências com o meio, isto é, o indivíduo tende a interpretar as experiências de uma forma negativa e a ter uma visão negativa do mundo, atribuindo um sentido depreciativo às suas experiências (Beck *et al.*, 1979). A visão negativa do futuro prende-se com a desesperança, ou seja, com a percepção de que as dificuldades e os sofrimentos presentes se prolongarão indefinidamente e que nada de positivo poderá surgir (Rush & Beck, 1978).

Os esquemas mentais aludem à forma como a pessoa interpreta as situações. Normalmente adaptativos e adequados, porém quando confrontados com situações específicas esses mesmos esquemas poderão alterar-se, deixando o indivíduo mais

vulnerável, conduzindo a distorções cognitivas, e conseqüentemente a um desenvolvimento de um quadro clínico depressivo (Rush & Beck, 1978).

Por sua vez, as distorções cognitivas são fruto dos esquemas idiossincráticos mal-adaptativos, surgindo erros de interpretação e avaliação. Ou seja, estes erros cognitivos representam as distorções no processamento das informações, adaptando a realidade aos esquemas cognitivos negativistas (Bahls, 1999).

De acordo com esta teoria, quando o indivíduo está deprimido os indivíduos com pensamentos e/ou comportamentos suicidários ativam de forma disfuncional o modo suicida, composto pelos sistemas cognitivo, afetivo, motivacional e comportamental, considerando-se que o elevado grau de desesperança é o principal responsável pela ativação do modo suicida (Reinecke, 2004).

O conceito de Desesperança desenvolvido por Beck (Beck, Steer, Kovacs & Garrison, 1985) é considerado uma ligação entre a depressão e a conduta suicida. Minkoff, Bergman e Beck (1973) concluíram que a depressão só constitui um elo importante na intenção suicida quando existe desesperança, salientaram ainda que mesmo quando a depressão está controlada, a desesperança aparece como um sinal de possível intenção suicida.

A desesperança inclui para além de um estado de desespero subjacente a si, o pessimismo como traço de personalidade (Cruz, 2000). Perante um nível elevado de desesperança, a pessoa tende a sentir-se impotente, sem conseguir encontrar uma solução para os seus problemas, conduzindo a uma maior probabilidade de encarar o suicídio como a única saída.

A desesperança pode ser definida como “um conjunto geral de expectativas negativas sobre si mesmo e o futuro” (Reineck, 2004). Neste sentido, a conjugação entre a desesperança e ausência de perspectivas futuras é encarada como um dos principais fatores na perda de sentido para viver (Saraiva, 1999).

A Teoria Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2009) tem por objetivo estabelecer uma ligação para a relação entre a coesão social e o fenómeno do suicídio. Neste âmbito, poderá considerar-se dois fatores distintos: os acontecimentos de vida negativos, que impulsionam a alguma vulnerabilidade, e a coesão social, que funciona como protetor, reduzindo o risco de suicídio.

A teoria refere que existem duas causas que despoletam a ideação suicida: a ameaça ao sentimento de pertença e a perceção de ser um fardo para outrem. O construto de ameaça ao sentimento de pertença emerge da necessidade de estabelecer

relações, sendo descrito por Baumeistr e Leary como a “necessidade de pertença”, algo que se reflete nos índices de isolamento social associado, de modo empírico, ao suicídio nos idosos, como viver sozinho, perda do cônjuge, a solidão e o escasso suporte social.

Desta forma, esta teoria expressa a ideia que a pouca integração social e a contração das ligações sociais aumenta a probabilidade de suicídio nos idosos, reforçando que os comportamentos suicidas resultam de uma frustração de necessidades de conexão social.

Verificou-se que indivíduos acima dos 65 anos com história de comportamento suicidário apresentam uma maior probabilidade de viverem sozinhos, não participarem em atividades ou pertencerem a um grupo ou organização, quando comparados com os seus iguais que estavam inseridos numa comunidade estruturada.

A nível social, muitos são os estudos que evidenciam a solidão e escassa interação social como preditores do suicídio (Conwell *et al.*, 1991). Nesta perspetiva a experiência da solidão, bem como a diminuição do apoio social são fatores que poderão aumentar o número de comportamentos suicidas em pessoas idosas (Waern *et al.*, 2001).

Sintetizando, os diferentes modelos permitem compreender o suicídio como um comportamento complexo e multidimensional, determinado por diversas causas fora e dentro da pessoa, resultando de uma interação complexa entre fatores ambientais, sociais, filosóficos, genéticos e biológicos (OMS, 2000).

A análise destes modelos do comportamento suicida permite reconhecer e interpretar um núcleo de fatores comuns no desenvolvimento do comportamento suicida.

Reforça-se que pela sua frequência na sociedade, o suicídio após os 65 anos de idade é considerado um problema real de saúde pública no mundo e que, contrariamente aos jovens associa-se a uma forte intenção de morte. De facto, na sua heterogeneidade o suicídio consumado é mais expressivo nos idosos (Pearson & Connell, 1995) e a explicação encontra-se na maior determinação para morrer, nos métodos usados mais planeados, nos comportamentos autodestrutivos mais letais (Conwell *et al.*, 1998). Sendo que as taxas de suicídio são mais elevadas nos homens do que nas mulheres, ainda que as mulheres apresentem mais ideação e tentativas de suicídio (Canetto, 2008)

A heterogeneidade referida não impede de identificar alguns fatores de risco e de proteção comuns à população idosa.

Segundo a PNPS os fatores protetores correspondem a características e circunstâncias individuais e socioculturais que, quando estão presentes podem contribuir para a prevenção de comportamentos suicidários (DGS, 2013).

Entre estes fatores de proteção do suicídio são destacados fatores individuais como a capacidade de resolver problemas e conflitos, a noção de valor pessoal, abertura para novas experiências e aprendizagens e empenho em projetos de vida; fatores familiares como um bom relacionamento, suporte e apoio familiar e relações de confiança; fatores sociais como ter facilidade de acesso aos serviços de saúde, articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários

A presença de bons vínculos afetivos, integração num grupo ou comunidade, sentimento de pertença a uma religião, ser casado ou com companheiro fixo e ter filhos pequenos, são apontados como fatores protetores do suicídio (Suominen *et al.*, 2004). Botega (2006) reforça que o sentimento de pertença a uma comunidade, grupo religioso, família ou a algumas instituições protege o idoso de comportamentos suicidas.

Entre os fatores psicológicos, a resiliência, a autoestima e autoconfiança, a eficácia na resolução de problemas, as capacidades adaptativas, os comportamentos de ajuda em situações difíceis são considerados como protetores contra o desenvolvimento de comportamentos suicidários. Relativamente aos acontecimentos de vida, consideram-se fatores protetores a segurança física e emocional, a harmonia familiar, a existência de ligações sociais, a não existência de história de suicídio ou doença e ter habitação segura e estável. Assim, fatores protetores capazes de impedir um ato suicida são tão importantes quanto o atenuar dos fatores de risco (Rosenberg & Mendoza, 2010).

Segundo a DGS (2013), os fatores de risco são circunstâncias, condições, acontecimentos de vida, doenças ou traços de personalidade que podem aumentar a probabilidade de alguém realizar uma tentativa de suicídio ou, mesmo, suicidar-se. A literatura demonstra que os domínios da saúde mental e física bem como os fatores sociais são os principais fatores de risco para o suicídio entre os idosos (Conwell *et al.*, 2002). O PNPS, por sua vez, define os fatores de risco em três grandes categorias: individuais, relacionais, comunitários e sociais.

Características sociodemográficas como a idade avançada e o sexo masculino, associam-se a um elevado risco de suicídio, sendo ambos facilmente identificados pela literatura (Kraemer *et al.*, 1997). O aumento das taxas de suicídio com o avançar da

idade é comprovado na maioria dos países com dados disponíveis. Portugal acompanha este padrão tipicamente ascendente, com as taxas de suicídio a demonstrarem um aumento progressivo e expressivo dos mais jovens para os mais velhos (Veiga & Saraiva, 2003).

De igual modo, a literatura identifica uma predominância de suicídio no sexo masculino comparativamente ao sexo feminino em todas as faixas etárias.

A doença tem um impacto no bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos, especialmente nos idosos, pela sua prevalência nesta faixa etária. O impacto da doença está, inegavelmente, ligado com a disfuncionalidade e a dependência mas também com a dor (Conwell *et al.*, 2002). Sendo que quanto mais limitativa e dolorosa for a doença, maior será o risco para pensamentos e comportamentos suicidas. Estudos mencionam que cerca de 70% dos idosos que se suicidaram apresentavam algum tipo de doença na altura da morte, sendo considerado um fator de risco determinante no suicídio (Dorpat, Anderson, & Ripley, 1968).

As tentativas de suicídio anteriores são consideradas dos mais significativos preditores de risco para o suicídio (DGS, 2013). Botega (2006) e Sadock (2007) referiram nos seus estudos que um dos grupos de maior risco de suicídio é o dos indivíduos com história de tentativas de suicídio prévias. Segundo a OMS (2015) entre 15% a 25% dos indivíduos que tentaram o suicídio tentarão novamente no ano seguinte, Em estudo publicados conclui-se que cerca de 50% dos indivíduos que morreram por suicídio fizeram pelo menos uma tentativa prévia (DGS, 2013). Também a história de suicídio na família é tida como um fator de risco (DGS, 2013; SPS, 2009) podendo influenciar o aumento de comportamentos suicidários (DGS, 2013).

Ao nível mental e de acordo com vários estudos, a perturbação psicológica constitui-se como o mais importante fator de risco para o suicídio nos idosos. A literatura revela que entre 71% a 95% das vítimas de suicídio, com 65 ou mais anos, apresentava doença mental no momento da morte (Conwell *et al.*, 1996).

No campo da doença mental, o diagnóstico de depressão tem especial relevância uma vez que está intimamente ligado, na maioria dos artigos, às tentativas de suicídio nas idades avançadas (Leo *et al.*, 2002). Com efeito, a depressão apresenta-se como um

fator de risco relevante nos comportamentos suicidários em geral (Kessler, Borges, & Walters, 1999).

O suicídio apresenta uma incidência de 15 a 20% entre as pessoas com depressão, independentemente da idade, sendo que cerca de 60 a 90% dos idosos que tencionam suicidar-se apresentam sintomas depressivos (Shulman, 1978), verificando-se que uma acentuada percentagem de idosos com depressão apresenta índices de ideação suicida. (Minayo & Cavalcante, 2010).

Nas populações idosas a depressão está associada aos estados físicos deficitários e a estados mentais decorrentes do processo de envelhecimento, que se manifestam em diferentes áreas da vida do indivíduo, originando sentimentos de tristeza e desânimo ao qual o idoso procura responder, recorrendo por vezes a comportamentos suicidários que surgem como uma possibilidade de travar as consequências dolorosas do envelhecimento às quais o indivíduo não consegue adaptar-se (Mitty & Flores, 2008).

A literatura tem demonstrado que existem alguns fatores predisponentes à depressão nos idosos, como os riscos demográficos (ruralidade, sexo, estado civil, instituição), riscos psicossociais (acontecimentos de vida adverso, luto, isolamento socioafetivo e sociofamiliar, falta de atividades de lazer, sensação de inutilidade) e, fatores de risco de saúde (doenças físicas, crônicas, psíquicas, perdas funcionais, incapacidade) (Blazer, 2003).

Sampaio e Telles-Correia (2013) afirmam que a depressão na população idosa é um fator de risco que interfere não só nas relações sociais mas contribui, também, de forma significativa para os comportamentos suicidários.

A desesperança é considerada, sem dúvida, um fator de risco e um dos maiores preditores da ideação suicida (Oliveira, 2003). Os sentimentos de desesperança aumentam 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 indivíduos deprimidos. Sadock (2007) revela que Aaron Beck num estudo que realizou mostrou que a desesperança era considerada um dos indicadores de risco mais precisos de suicídio a longo prazo.

A desesperança é igualmente considerada como um fator mediador entre a depressão e o comportamento suicida, pois ao projetar o estado deprimido no futuro, o

indivíduo propaga este seu estado no tempo, tanto a nível da sua existência como de intensidade (Cruz, 2006).

Os idosos relatam sentir uma sensação de desesperança, de falta de interesse perante tudo o que os rodeia e um sentimento de inutilidade maior, quando comparado com outras faixas etárias que apresentam depressão. Reforçando a ideia de que a desesperança e a depressão quando coexistem têm sido consideradas um dos maiores preditores da ideação suicida, tendo o papel de mediadoras na ideação suicida (Oliveira, 2003).

As investigações focadas no modelo dos Cinco Fatores (NEO-PI-R) de Costa e McCrae (1992) têm demonstrado uma relação entre os traços de personalidade e a ideação suicida nos idosos.

Nos estudos de Velting (1999) verificou-se uma relação entre o neuroticismo elevado e a baixa extroversão com a ideação suicida nos idosos. De igual modo, Duberstein *et al.* (1994), verificaram numa amostra de idosos, que aqueles que tinham tentado o suicídio apresentavam níveis mais elevados de neuroticismo e mais baixos níveis de extroversão

Compreenda-se o neuroticismo como uma instabilidade emocional, sendo que os indivíduos que evidenciam mais traços de neuroticismo estão mais predispostos a interpretar as situações normais como ameaçadoras, a sentir pequenas frustrações como dificuldades sem soluções e sem esperança, a experienciar mais emoções negativas e são emocionalmente mais reativos e vulneráveis aos acontecimentos. O neuroticismo ao tornar os idosos mais suscetíveis a experienciar emoções negativas, torna-os mais predispostos à ideação suicida.

A extroversão diz respeito à forma como o indivíduo interage com o outro e o tipo de relação interpessoal que estabelece. Deste modo, os idosos que evidenciam mais traços de extroversão são mais afáveis, mais comunicativos, mais sociais e otimistas, aparentando que a extroversão parece ter um papel oposto ao do neuroticismo (DeShong, *et al.*, 2015).

Num estudo subsequente verificou-se uma relação entre elevado neuroticismo e baixa extroversão, conscienciosidade e amabilidade com a ideação suicida (Segal, *et al.*, 2012). A amabilidade refere-se à forma como nos relacionamos com os outros, sendo que os idosos com maiores traços de amabilidade são mais compassivos, amistosos e

dedicados na relação com o outro. A conscienciosidade refere-se ao grau de organização do indivíduo, quanto maior for o nível de conscienciosidade maior será o grau de motivação e de confiança do idoso.

Duberstein, Conwell e Caine (1994), na sua investigação, demonstraram que níveis mais elevados de neuroticismo e menor abertura à experiência estavam mais presentes nos indivíduos com mais de 50 anos. A baixa capacidade de adaptação aos desafios do envelhecimento, e a capacidade de dissimular o seu sofrimento face àqueles que os rodeiam pode contribuir para o aumento do risco de suicídio nesta população (Conwell, Duberstein & Caine, 2002).

Não obstante, outro dos fatores de risco importantes na ideação suicida nos idosos é a baixa satisfação com o suporte social. A literatura tem verificado que a ausência de suporte social aumenta significativamente o risco de suicídio, ou seja há uma relação entre o papel do suporte social e a ideação Suicida (Lovisi, et al., 2009). Assim, perante uma menor perceção de suporte social maiores serão os níveis de ideação suicida.

Para muitos idosos a saída das suas casas para lares ou residências especializadas, levou a que uma grande parte se tivesse de confrontar com novas mudanças, podendo este fenómeno social ter um impacto importante em termos de risco psicopatológico, uma vez que, vários estudos indicam que a prevalência de depressão poderá ser superior nos idosos institucionalizados (Sampaio, 2013). Para Barrosos e Tapadinhas (2006) os idosos apresentam elevados níveis de depressão, sobretudo os que se encontram institucionalizados.

Rucan e colaboradores (2010) também compararam idosos não institucionalizados e institucionalizados e concluíram que os institucionalizados têm um risco mais elevado de sintomatologia depressiva e declaram com mais frequência a presença de ideação suicida

Para o idoso, o suporte social e a rede de apoio tende a sofrer uma constrição progressiva das ligações sociais, evidenciada pelas perdas e acontecimentos adversos como a morte de um cônjuge, o distanciamento da família, a dificuldade no cumprimento de tarefas sociais, as doenças, a redução das faculdades cognitivas e motoras tendem a comprometer o dia-a-dia do idoso e a sua independência (Peixoto &

Azenha, 2006). Todas estas perdas relacionais, contribuem para a deterioração cognitiva e emocional do idoso, que leva muitas vezes à solidão e desesperança, considerados potenciais fatores de risco na ideação suicida (Peixoto & Azenha, 2006).

A pouca integração social aumenta a probabilidade de suicídio nos idosos, ideia retratada pela Teoria Interpessoal do Suicídio descrita anteriormente. A falta deste contacto social gera solidão e isolamento, fatores de risco para o suicídio nos idosos.

Um dos aspetos do isolamento envolve a perda da rede de suporte do indivíduo e, nos idosos que manifestam a ideação suicida, verificou-se que apresentam menos recursos e menos suporte social, assim como têm menos contacto com família, amigos, estando isolados socialmente (Minayo & Cavalcante, 2010).

Um estudo de Oliveira *et al.* (2010) verificou que 25% dos inquiridos com mais de 65 anos vivem sozinhos e passam mais de oito horas do seu dia sem contactar com ninguém.

Neto (2004) refere que quando as pessoas percebem que estão sós e isolados, apenas conseguem ver um cenário deprimente e de desesperança face à sua vida.

Segundo Rebelo (2009), a ausência de vínculos sociais origina no idoso sentimentos de rejeição, abandono, depressão, uma vez que todo o ser humano necessita de intimidade com os outros. Interagir socialmente é fundamental para o idoso, pois atua um dos fatores mais relevantes na prevenção nos problemas de saúde mental, sendo o apoio social um motivo de esperança e crença no futuro.

Concomitantemente, a nível social, a família constitui um dos suportes mais importantes nesta fase da vida, e a coexistência de falta de apoio familiar poderá ser um fator preditor para o comportamento suicida no idoso (American Association of Suicidology, 2009). O sentimento de desamparo emocional e a falta de suporte adequado das pessoas significativas podem levar o idoso a perder progressivamente o elo de ligação com a vida, desejando antecipar o fim (Krüger & Werlang, 2010).

Os laços que se criam dentro de uma rede social proporcionam um suporte para além de social, cognitivo e emocional, proporcionando ao idoso a manutenção da autoestima, uma vez que, este auxílio possibilita uma melhoria da saúde mental e uma maior satisfação na qualidade de vida (Andrews, 2001; Hansen-Kyle, 2005).

Como foi possível constatar, o suicídio na terceira idade apresenta um conjunto de características especiais e fatores que contribuem para o aumento das tentativas de suicídio e de suicídio consumado. Ressalva-se que a ideação suicida constitui para

muitos autores, a fase mais precoce da conduta suicida, sendo a sua avaliação fundamental para se poder delinear programas de prevenção (Silva *et al.*, 2006).

Desta forma, parece importante estudar a efetiva relação entre os fatores psicológicos de risco para a ideação suicida nesta população específica, permitindo deste modo, delinear e implementar programas de prevenção e intervenção junto da população idosa.

Como referido anteriormente, atualmente acredita-se que o suicídio em Portugal é sobretudo um problema de metade do sul (Alentejo, Algarve, Grande Lisboa, em que a região do centro vem a seguir com valores significativamente mais altos do que a região do norte (DGS, 2013).

Seabra (2006) evidencia que o número de suicídios na população idosa tem assumido um particular dramatismo, principalmente no Alentejo e no Algarve.

Neste sentido, o presente estudo tem como objetivo compreender quais os fatores e as características da população idosa que a predispõe à ideação suicida e o porquê de as taxas de suicídio nos idosos serem superiores nas zonas do Alentejo e do Algarve e comparar as características dos idosos nestas duas regiões, de modo a perceber se eventualmente existem diferenças entre as mesmas.

A apresentação deste estudo seguiu os seguintes passos: numa primeira parte, a qual presente na introdução, apresentar-se uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual do tema a analisar. A segunda parte diz respeito à apresentação dos objetivos e questões de investigação. Posteriormente, a terceira parte refere-se à metodologia, onde são apresentados a amostra, instrumentos utilizados e procedimentos de recolha e tratamento dos dados da investigação. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados e apresentados os resultados do estudo, respetivamente.

II. Objetivos do estudo

2.1. Objetivo geral

O comportamento suicida é uma problemática que tem despoletado várias investigações ao longo dos anos. Contudo, a ideação suicida, em específico na população idosa, tem sido pouco explorada por parte dos investigadores. Se colocarmos a ideação suicida como a base do comportamento suicida, tratando-se de uma primeira fase de um processo que poderá conduzir a um desfecho fatal, torna-se crucial compreendê-la de modo a que seja possível trabalhar no sentido da prevenção de comportamentos suicidários posteriores.

O objetivo principal do presente estudo consiste em perceber em que medida determinados fatores psicológicos e/ou sociodemográficos podem influenciar a variação de ideação suicida em idosos, quer numa amostra do Algarve quer do Alentejo.

Com a realização deste estudo pretende-se, desta forma, explorar melhor a relação entre os níveis de ideação suicida, de desesperança, de sintomatologia depressiva, de satisfação com o suporte social e os traços de personalidade. Subsequentemente, pretende-se ainda, conhecer a relação entre os fatores descritos anteriormente e os fatores sociodemográficos, a história clínica, bem como, dos antecedentes pessoais ou familiares de condutas suicidas.

2.2. Objetivos específicos

- a) Caracterizar e comparar o perfil sociodemográfico dos idosos da amostra do Algarve e da amostra do Alentejo;
- b) Descrever e comparar a história clínica (médica e psiquiátrica), bem como a história familiar e pessoal de comportamentos suicidas dos idosos, na amostra do Algarve e na amostra do Alentejo;
- c) Analisar a relação existente entre as variáveis psicológicas (ideação suicida, desesperança, sintomatologia depressiva, satisfação com o suporte social e traços de personalidade), as variáveis sociodemográficas e de história clínica e a história pessoal ou familiar de antecedentes de conduta suicida;
- d) Averiguar quais as variáveis psicológicas preditoras de ideação suicida entre os idosos do Algarve e do Alentejo.

III. Metodologia

No presente capítulo e, com base nos objetivos anteriormente delineados, será apresentada a metodologia utilizada, designadamente o desenho da investigação, a amostra, os instrumentos e os procedimentos de recolha de dados e de análise estatística.

3.1. Desenho da Investigação

O desenho da investigação subsiste na estrutura geral ou plano de investigação de um estudo elaborado e produzido pelo investigador (Bowling, 1998), através da seleção de estratégias de investigação e de técnicas rigorosas e adequadas aos objetivos que se pretendem atingir (Baptista & Sousa, 2011).

A investigação caracteriza-se por um estudo quantitativo, transversal, do tipo descritivo, comparativo e correlacional.

A investigação quantitativa integra-se no paradigma positivista (Baptista & Sousa, 2011) que apresenta como objetivo a identificação e apresentação de dados observáveis e quantificáveis que existem independentemente do investigador (Fortin, 2003). A investigação quantitativa caracteriza-se por permitir a formulação de hipóteses que experimentem relações entre variáveis. Proporciona, de igual modo, a verificação de hipóteses mediante a utilização de técnicas estatísticas e a generalização dos resultados obtidos a partir da amostra (Baptista & Sousa, 2011)

De acordo com Vilelas (2009), a utilização de um estudo de natureza transversal é uma forma de apresentação sequencial de dados recolhidos no mesmo momento, que pretende informar acerca das variações ao longo do tempo e auxiliar a investigação na obtenção de resultado relativamente constantes no tempo.

O estudo de tipo descritivo-correlacional assenta em estratégias de pesquisa que pretendem observar, descrever e caracterizar, variáveis que possam estar relacionadas com um fenómeno, situação ou comportamento em particular. Este método tem ainda como objetivo medir o grau e a direção de uma relação entre duas variáveis que se expressa por um coeficiente de correlação (Freixo, 2009).

No que respeita ao estudo causal-comparativo, Vilelas (2009) refere que é um tipo de investigação quantitativa que procura descobrir possíveis causas e efeitos de um

padrão de comportamentos ou características pessoais, mediante a comparação que irá estabelecer as semelhanças e/ou as diferenças.

3.2. Amostra

A amostra total foi constituída por 120 indivíduos, com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos ($M = 79,9$; $DP = 8,87$), 49 (40,8%) do sexo feminino e 71 (59,2%) do sexo masculino. Oitenta e três idosos estavam institucionalizados (59 em situação permanente; 24 em centro de dia) e 37 não estavam institucionalizados.

No seguimento da caracterização da amostra total procede-se a uma caracterização da amostra do Algarve de forma mais individualizada, relativamente aos dados sociodemográficos e história pessoal e clínica do grupo em estudo.

A amostra do Algarve foi constituída por 50 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos ($M = 84,24$; $DP = 7,36$), 35 (68,6%) do sexo feminino e 15 (29,4%) do sexo masculino. Todos os participantes são de nacionalidade portuguesa e atualmente residem na freguesia de Vila Real de Santo António, uma vez que se encontram em situação de institucionalização permanente.

Em relação à sua naturalidade, estes são maioritariamente de Vila Real de Santo António (49%), Vila Nova de Cacela (27,5%), Monte Gordo (17,6%) e Manta Rota (3,9%). Quanto ao estado civil dos idosos, 78,4% são viúvos, 15,7% são casados ou vivem em união de facto e apenas 3,9% solteiros não se tendo verificado nenhum caso de divórcio.

No seguimento da caracterização da amostra do Algarve, e como o fulcro do estudo consiste numa comparação entre o Alentejo e o Algarve, é crucial proceder à caracterização da amostra do Alentejo relativamente aos dados sociodemográficos e história pessoal e clínica.

Neste sentido, a amostra do Alentejo foi constituída por 70 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos ($M = 76,27$; $DP = 8,96$), 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.

3.3. Instrumentos

Utilizaram-se, nesta investigação, instrumentos que permitiram avaliar os níveis de ideação suicida, desesperança, satisfação com o suporte social e os fatores sociodemográficos e da história pessoal.

Recorreu-se ao *Mini Mental State Examination* que possibilitou avaliar e triar quadros demenciais, permitindo determinar os participantes que não se encontravam aptos cognitivamente para responder aos restantes instrumentos de avaliação. Consequentemente, utilizou-se o questionário sociodemográfico, o Questionário de Ideação Suicida (SIQ), a Escala de Desesperança de Beck (BHS), o Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI), o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social.

3.3.1. Questionário sociodemográfico

Foi elaborado um questionário sociodemográfico (Anexo A) com o objetivo de caracterizar e descrever a amostra. A primeira parte consiste na caracterização sociodemográfica, a qual contém dados referentes ao género, idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional (que fora exercida durante a idade ativa), estado de saúde, local onde reside e se encontra institucionalizado. A segunda parte inclui dados tais como a religiosidade, o consumo de álcool, o isolamento sócio-afetivo, as atividades sociais, os antecedentes de comportamentos suicidas do próprio e da família e acontecimentos adversos, entre outros.

3.3.2. Mini Mental State Examination (MMSE)

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) foi desenvolvido por Folstein e McHugh, em 1975, e foi largamente utilizado tanto na prática clínica como em investigações científicas (Vaz, 2009).

Este instrumento foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994 (Pinto, 2007). O seu principal objetivo consiste em avaliar as funções cognitivas e, por sua vez, possibilitar a triagem de quadros de demência

O *Mini Mental State Examination* (MMSE) permite diferenciar os idosos com bom funcionamento cognitivo de idosos com alguma deterioração intelectual. Esta escala pode ser utilizada para rastreio cognitivo em idosos que estejam a viver na comunidade, idosos hospitalizados e institucionalizados (Vaz, 2009).

Permite avaliar as dimensões de orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade espacial.

É um instrumento de breve e fácil aplicação (5 a 10 minutos), sendo também prático para ser usado de forma repetida e rotineira (Vaz, 2009). Tem uma cotação máxima de 30 pontos (Ferrari & Dalacorte, 2007; Pinto, 2007; Vaz, 2009).

Para minimizar o efeito da limitação da escolaridade que poderia conduzir a um falso resultado, foi validada tendo em atenção esse aspeto, recomendando-se que na sua cotação se tenha em conta o nível de escolaridade dos sujeitos. Para tal definiram-se diferentes pontes de corte. Para pessoas analfabetas o ponto de corte situa-se nos 15 pontos, os participantes com 1 a 11 anos de escolaridade o ponto de corte situa-se nos 25 pontos e para os participantes com escolaridade o ponto de corte situa-se nos 27 pontos (Guerreiro et al., 1994). Segundo Fernandes (2000) apresenta uma boa validade e fiabilidade. (Anexo B)

3.3.3. Questionário de Ideação Suicida (SIQ)

O Questionário de Ideação suicida (QIS) desenvolvido por Reynolds em 1988, foi posteriormente, em 1999, adaptado para a população portuguesa por Ferreira e Castela.

É um instrumento constituído por 30 itens de autorresposta que tem como objetivo avaliar a frequência da ocorrência da ideação suicida. Os itens descritos representam os pensamentos relativos ao suicídio, sendo que o sujeito deve indicar quais desses pensamentos surgiram no mês passado. As respostas distribuem-se pelas seguintes categorias: 0 (*Nunca tive este pensamento*), 1 (*Pensei nisto mas não no último mês*) 2 (*Cerca de uma vez por mês*), 3 (*Duas vezes por mês*), 4 (*Cerca de uma vez por semana*), 5 (*Duas vezes por semana*) e 6 (*Quase todos os dias*).

Cada item é avaliado respectivamente de 0 a 6, sendo a pontuação total obtida através do somatório de todos os itens. Os resultados obtidos variam entre um mínimo de 0 e um máximo de 180 pontos (Ferreira & Castela, 1999), sendo que quanto maior for a frequência de pensamentos suicidas mais elevada é a pontuação no SIQ.

A adaptação portuguesa do Questionário de Ideação Suicida apresenta características psicométricas satisfatórias, quer a nível de precisão, quer ao nível da validade. Por sua vez, ao nível da consistência interna, os estudos psicométricos mostram um coeficiente alfa de *Cronbach* de .96 e correlação teste-reteste 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.

Ressalva-se que o instrumento atualmente ainda não ostenta pontos de corte para a população portuguesa, tendo sido seguido o critério mais rigoroso proposto pelo autor original, que segundo este uma pontuação igual ou superior a 41 pode ser indicativa de significativa psicopatologia e de potencial risco de suicídio (Reynolds, 1988).

No presente estudo, o coeficiente alfa de Cronbach foi de (.98) indicando uma consistência interna muito boa (Anexo C) .

3.3.4. Escala de Desesperança de Beck (BHS)

A escala de Desesperança de Beck (BHS) foi desenvolvida em 1974 por Beck, Weissman, Trexler, tendo sido traduzida e adaptada para a população portuguesa por Cruz em 2002.

De modo a possibilitar avaliar os níveis de desesperança recorreu-se à Escala de Desesperança de Beck, constituída por 20 frases de autopreenchimento, nas quais o sujeito deve assinalar “verdadeiro” ou “falso” para cada afirmação. Existem na escala 11 itens associados à desesperança e 9 itens referentes à esperança.

A pontuação total advém do somatório dos valores associados às respostas de cada item, variando a pontuação entre 0 e 20. Desta forma, a classificação da escala varia de um nível mínimo de desesperança (0-3), a nível leve de desesperança (4-8), a nível moderado de desesperança (9-14) e nível grave superior a 14 (Oliveira et al., 2006).

A estrutura interna do estudo original, identificou três fatores cruciais: sentimentos sobre o futuro; falta de motivação e expetativas futuras.

Ao nível da consistência interna, indica uma boa fiabilidade, sendo o nível de fidelidade Kunder-Richardson (KR- 20) de .93. Comparativamente à validade, os resultados indicam um nível bastante satisfatório (Beck et al., 1974).

No presente estudo, o coeficiente alfa da BHS (KR-20) foi de .91 indicando boa consistência interna (Anexo D).

3.3.5. Inventário dos cinco fatores (NEO-FFI)

O inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R) foi desenvolvido por Costa e McCrae (1992), tendo sido a versão portuguesa traduzida e desenvolvida por Lima e Simões (2000). Posteriormente, surgiu a versão do NEO-FFI a partir do inventário de Personalidade NEO Revisto (NEO-PI-R), uma versão reduzida constituída por 60 itens (12 por dimensão), tal como na versão original Norte Americana (Costa & McCrae, 1992), respondidos numa escala de Likert de cinco pontos: 0 (*discordo fortemente*), 1 (*discordo*), 2 (*neutro*), 3 (*concordo*) e 4 (*concordo fortemente*). De preenchimento rápido, entre 10 a 15 minutos, permite uma avaliação global da personalidade “normal” do adulto. Isto é, permite uma avaliação dos cinco principais domínios da personalidade: Neuroticismo (N), Extroversão (E), Amabilidade (A), Abertura à Experiência (O) e Conscienciosidade (C). Estes cinco domínios têm sido propostos para resumir as principais diferenças individuais nos traços de personalidade.

Perante a validade do instrumento, vários estudos têm vindo a confirmar a relação entre as diversas variáveis e os cinco domínios, tal como o poder preditivo das suas escalas (McCrae & John, 1992).

Concomitantemente, perante as características psicométricas, a consistência interna ostenta um alfa de Cronbach entre .68 e .86, apresentando especificamente para a extroversão um valor de .88, um valor de .79 para a amabilidade, um 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 apresenta 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, & Pedroso-Lima, 2014).

Quanto ao presente estudo, os coeficientes alfa de Cronbach das subescalas foram satisfatórios, sendo que as do Neuroticismo ($\alpha = .64$), Extroversão ($\alpha = .51$), Amabilidade ($\alpha = .75$) e Conscienciosidade ($\alpha = .74$), à exceção da subescala Abertura à Experiência ($\alpha = .13$). (Anexo E)

3.3.6. Inventário de Depressão de Beck-II (BDI -II)

O Inventário de Depressão de Beck-II (Beck, Steer & Brown, 1996) foi validado para a população portuguesa por Campos e Gonçalves (2011). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar os sintomas correspondentes aos critérios do DSM-IV de forma a diagnosticar as perturbações depressivas, isto é, permite avaliar sintomas cognitivos, motivacionais, físicos e afetivos inerentes à depressão. O inventário é composto por 21 grupos de sintomas (itens), dos quais o sujeito deve escolher o que melhor descreve a forma como se tem sentido nas últimas duas semanas (incluindo o dia em que é preenchido o inventário). A pontuação global consiste no somatório da pontuação em todos os itens que são cotados de 0 a 3 pontos. Obtém-se o nível de intensidade global de depressão através do somatório dos resultados dos vários itens, podendo oscilar entre os 0 e 63. A pontuação global do BDI-II é um indicador da gravidade da sintomatologia depressiva atual, os pontos de corte permitem interpretar os resultados podendo classificar como: ausência de depressão quando o valor é inferior a 10; 10 a 18 depressão ligeira a moderada; 19 a 29 depressão moderada a grave e 30 a 63 depressão severa (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

Ressalva-se que a versão portuguesa ostenta uma boa consistência interna, apresentando um coeficiente de alfa de .81 e de fiabilidade teste-reteste moderada a superior entre .60 a .90, baseada na diferenciação entre populações clínicas e não clínicas (Vaz & Pio, 1973).

No presente estudo, o coeficiente alfa foi de .96, indicando uma boa consistência interna (Anexo F).

3.3.7. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Foi igualmente utilizada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) desenvolvida por Pais Ribeiro (1999), constituída por 15 itens de autopreenchimento.

As afirmações dividem-se em quatro dimensões: *(SA) satisfação com amigos* (cinco itens), *(SI) satisfação com a intimidade* - (quatro itens), *(SF) satisfação com a família* (três itens) e *(SAS) satisfação com as atividades sociais* (três itens). Em cada item o sujeito deve responder o grau em que concorda com a afirmação, numa escala de 1 a 5, que varia entre 1 (*concordo totalmente*), 2 (*concordo na maior parte*), 3 (*não concordo nem discordo*), 4 (*discordo na maior parte*) e 5 (*discordo totalmente*). Aquando da cotação realça-se que os itens 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15 deverão ser cotados de modo invertido. A pontuação total resulta da soma dos valores conferidos a cada item, podendo variar entre 0 e 75 valores.

Não obstante, perante o estudo original, a Escala de Satisfação com Suporte Social obteve uma boa consistência interna, apresentando um coeficiente de alfa de .85 na escala total, bem como nas subescalas (SA, $\alpha = .83$; SI, $\alpha = .74$; SF, $\alpha = .74$; SAS, $\alpha = .64$) (Ribeiro, 1999).

O presente estudo evidenciou uma boa consistência interna na SAS ($\alpha = .73$), muito boa consistência interna na SF ($\alpha = .89$) e consistência satisfatória na SI ($\alpha = .62$) e SA ($\alpha = .71$) (Anexo G).

3.4. Procedimento de recolha de dados

Numa fase inicial foi solicitada por escrito a autorização ao Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Vila Real de Santo António, solicitando permissão para a recolha de dados no Lar de idosos Dr.º Alonso Vasquez, uma vez que a população-alvo se encontrava institucionalizada. (Anexo H)

Posteriormente, procedeu-se à aplicação dos questionários, de acordo com o agendado com a instituição, com o intuito de não perturbar o seu funcionamento.

Definiram-se como critérios de inclusão na amostra que os participantes tivessem idade igual ou superior a 65 anos e ausência de défice cognitivo determinado pelo *Mini Mental State Examination* (MMSE).

Todos os participantes foram questionados individualmente, tendo sido explicados os objetivos da investigação no seu âmbito mais alargado, bem como a respetiva confidencialidade e anonimato dos dados que seriam obtidos.

Antes de se iniciar a aplicação das várias escalas e testes, foi lido o consentimento informado a cada participante (Anexo I).

Os participantes foram, de forma clara, informados sobre a possibilidade de abandonarem o estudo a qualquer momento, sem que daí surgissem quaisquer consequências.

Os instrumentos foram aplicados individualmente e em formato de entrevista, uma vez que, devido à idade e habilitações académicas, os participantes apresentavam algumas limitações na leitura e na escrita.

A recolha da amostra ocorreu entre os meses de Dezembro de 2015 e Maio de 2016, sempre dentro do período e horário disponibilizado pela instituição e cada aplicação dos instrumentos durou em média entre 40 a 50 minutos. Estes participantes constituíram a amostra do Algarve.

A amostra do Alentejo foi recolhida seguindo os mesmos procedimentos, no concelho de Odemira, no âmbito de uma investigação realizada anteriormente, em que o anonimato e a confidencialidade foram igualmente preservados.

3.5. Procedimento de análise estatística

Para a análise dos dados procedeu-se ao seu tratamento através do programa informático de estatística *SPSS* (versão 24.00 para Windows), em que foram utilizadas análises estatísticas que permitiram ir ao encontro aos objetivos inicialmente propostos.

Utilizou-se a análise estatística descritiva para caracterizar os dados sociodemográficos da amostra de participantes em 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.

De modo a determinar a consistência interna de cada escala e/ou dimensão, os procedimentos de análise da fidelidade dos instrumentos utilizados foram cumpridos através do Alfa de Cronbach.

Para amostras iguais ou superiores a 30, foram utilizados os testes paramétricos, recorrendo-se ao teste estatístico *Independent-Sample t-test Student*, para comparar diferenças entre as médias de dois grupos independentes, em relação a uma variável contínua. A escolha de testes paramétricos prevê a existência de uma distribuição normal, homogeneidade dos dados e variáveis intervalares e contínuas (Afonso & Nunes, 2011).

O tratamento estatístico incluiu também a análise da intensidade e direção da relação linear entre as variáveis através dos testes de correlação de Pearson.

Posteriormente foi realizada a análise inferencial através da Regressão Linear Múltipla, de modo a analisar as relações entre as variáveis dependentes e preditoras (independentes) através do grau de explicação/variância que as variáveis preditoras fornecem a respeito do comportamento da variável dependente, a ideação suicida.

IV. Apresentação e Análise dos Resultados

A realização deste estudo, pretende, sobretudo, compreender a relação da desesperança, da sintomatologia depressiva, da satisfação com o suporte social, dos traços de personalidade e dos fatores sociodemográficos com a ideação suicida.

Neste sentido, de forma a alcançar os objetivos delineados, será apresentada, numa primeira parte, a caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes, bem como, da história médica, psiquiátrica e de tentativas de suicídio. Posteriormente apresentar-se-á a análise dos resultados nas diferentes variáveis psicológicas em função das variáveis sociodemográficas e de história clínica. Continuamente, explora-se a relação da sintomatologia depressiva, da desesperança, das características de personalidade e da satisfação como suporte social com a ideação suicida, bem como com a história de tentativas de suicídio. Posteriormente, serão exploradas quais as variáveis psicológicas preditoras de ideação suicida.

4.1. Caracterização do perfil sociodemográfico dos participantes

A caracterização das amostras foi realizada com base nos seguintes parâmetros: sexo, idade, habilitações literárias, profissão exercida anteriormente, consumo atual de álcool, participação em atividades religiosas, estado de saúde clínico e psicológico, receção de visitas e acontecimentos adversos.

A amostra total é constituída por 120 participantes, provenientes da região do Algarve e do Alentejo com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos ($M = 79,59$; $DP = 8,87$), 49 (40,8%) do sexo feminino e 71 (59,2%) do sexo masculino.

O grupo do Algarve é constituído por 50 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos ($M = 84,24$; $DP = 7,36$), 35 (68,6%) do sexo feminino e 15 (29,4%) do sexo masculino.

O grupo do Alentejo, por sua vez, é constituído 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.

Tabela 1

Caracterização do sexo dos participantes

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sexo						
Feminino	71	59,2%	35	68,9%	36	51,4%
Masculino	49	40,8%	15	29,4%	34	48,6%

A caracterização do sexo dos participantes (Tabela 1) mostra uma predominância da participação do sexo feminino tanto na amostra do Algarve como do Alentejo. Verifica-se uma diferença no número de participantes do sexo masculino na região do Alentejo face ao Algarve.

Tabela 2

Caracterização da idade dos participantes

	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Total	79,59	8,87	60	97
Algarve	84,24	7,36	65	97
Alentejo	76,27	8,40	60	92

A caracterização da idade dos participantes (Tabela 2) mostra uma média de idade mais elevada para a amostra do Algarve ($M=84,24$; $DP=7,36$), sendo que se observa uma maior dispersão nos valores da amostra do Alentejo ($M=76,27$; $DP=8,40$).

Posteriormente decidiu-se caracterizar os participantes em função da sua proveniência, sendo que na amostra total

Cinquenta (41,7%) dos participantes são provenientes da região do Algarve e setenta (58,3%) do Alentejo, sendo todos de nacionalidade portuguesa.

Na amostra do Algarve, relativamente à sua naturalidade, estes são maioritariamente de Vila Real de Santo António (49%), Vila Nova de Cacela (27,5%), Monte Gordo (17,6%) e Manta Rota (3,9%). Atualmente, no que diz respeito ao local de residência, todos os indivíduos, residem na freguesia de Vila Real de Santo António, uma vez que, se encontram em situação de institucionalização permanente.

Quanto à naturalidade dos participantes na amostra do Alentejo, todos pertencem ao concelho de Odemira, e 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.

Relativamente à situação de institucionalização, na amostra total oitenta e três idosos estavam institucionalizados (59 em situação permanente; 24 em centro de dia) e trinta e sete não estavam institucionalizados.

Os cinquenta idosos da amostra do Algarve estavam institucionalizados e em situação permanente. Dos setenta idosos da amostra do Alentejo trinta e três estavam institucionalizados, encontrando-se 9 em situação permanente e 24 em centro de dia e trinta e sete não estavam institucionalizados.

Posteriormente procedeu-se à caracterização dos participantes em função do estado civil.

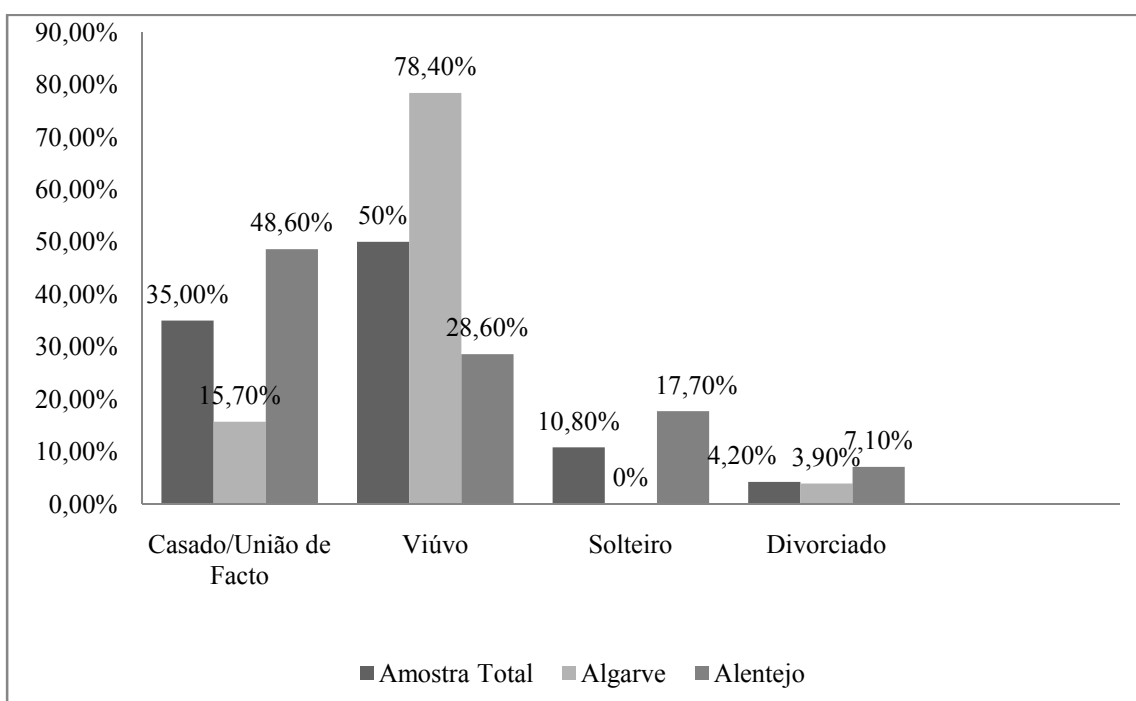


Figura1. Caracterização do estado civil dos participantes

Relativamente ao estado civil, na amostra geral 35% dos idosos são casados ou vivem em união de facto, 50% são viúvos, 10,8% solteiros e 4,2% divorciados.

Como se pode verificar na Figura 1, 78,4% dos idosos do grupo do Algarve são viúvos, 15,7% são casados ou vivem em união de facto e apenas 3,9% solteiros não se tendo verificado nenhum caso de divórcio. Por sua vez, no grupo do Alentejo 28,6% dos idosos são viúvos, 48,6% são casados ou vivem em união de facto, 15,7% solteiros e 7,1% divorciados.

Continuamente, procedeu-se à caracterização das habilitações literárias dos participantes.

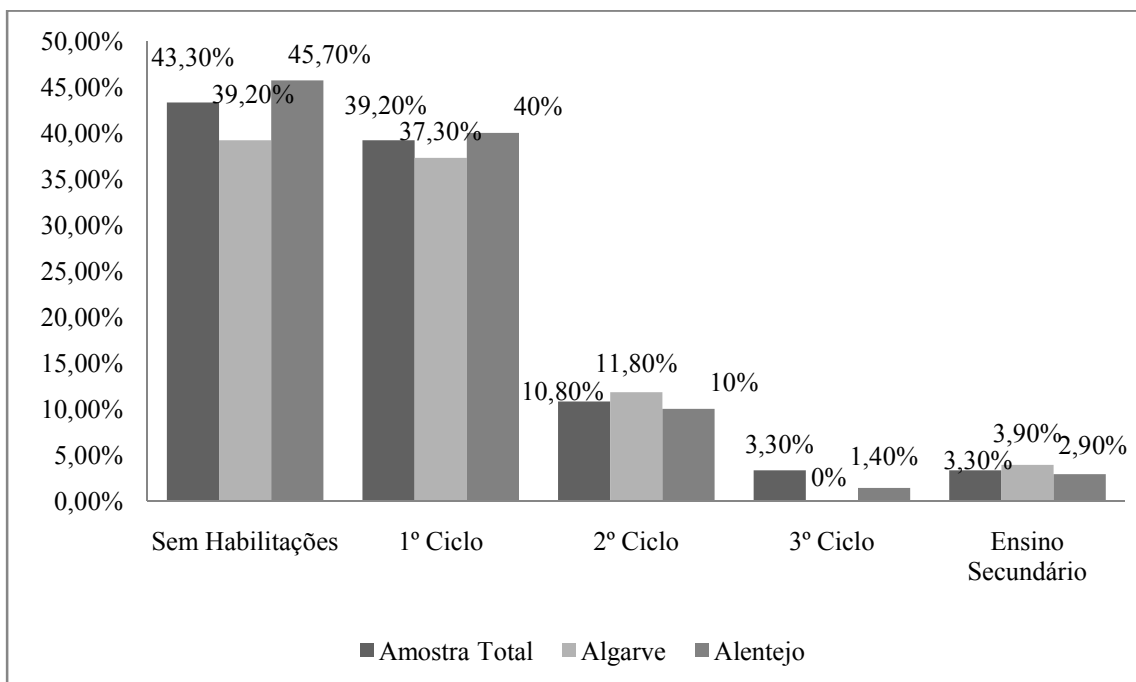


Figura 2. Caracterização das habilitações literárias dos participantes

No que concerne às habilitações literárias, na amostra total verificou-se que 52 participantes não possuem habilitações literárias, 47 frequentou o 1º ciclo, apenas 13 frequentou o 2º ciclo, 4 frequentou o 3º ciclo e 4 frequentou o ensino secundário.

No grupo do Algarve verificou-se que 20 participantes não possuem habilitações literárias, 19 frequentou o 1º ciclo, apenas 6 frequentou o 2º ciclo e 2 continuaram os estudos até ao ensino secundário.

No grupo do Alentejo aferiu-se que 32 participantes não têm habilitações literárias, 28 apenas frequentou o 1º ciclo, 7 frequentou o 2º ciclo, 1 estudou até ao 3º ciclo e 2 seguiram até ao ensino secundário.

Num momento seguinte optou-se por caracterizar os participantes em função da profissão exercida durante a idade ativa.

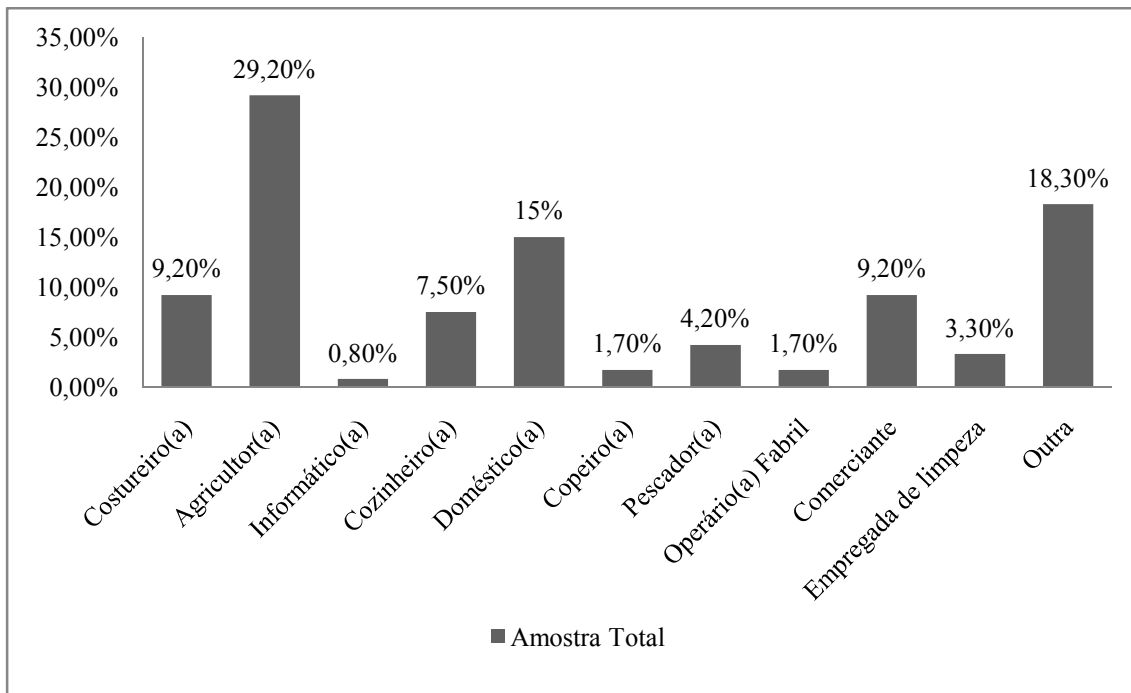


Figura 3. Caracterização dos participantes na amostra total em função da profissão exercida na idade ativa

Na amostra total, face à profissão exercida em idade ativa, 11 dos participantes foram comerciante, 35 foram agricultor, 18 foram doméstico(a)s, 9 dos participantes foram cozinheiro(a)s, 2 foram copeiro(as), 5 foram pescadores, 11 dos inquiridos foram costureiros(as), 4 dos participantes foram empregados(as) de limpeza, 1 participante foi informático e 2 foram operários fabris; dos restantes participantes 22 exerceram outra profissão.

Quanto à amostra do Algarve 21,6% dos idosos foi comerciante, 17,6% foram doméstico(a)s; 11,8% foram cozinheiro(a)s, 9,8% foram pescadores, 7,8% dos inquiridos foram costureiros(as), 7,8% das participantes foram empregados(as) de limpeza e 3,9% foram operários fabris; dos restantes participantes 17,6% exerceram outra profissão.

Relativamente à amostra do Alentejo, metade dos idosos foi agricultor(a); 12,9% foram domésticos(as); 10% dos inquiridos foram costureiros(as), 2,9% copeiros(as) e 1,4% foi técnico de informática; dos restantes participantes 4,3% foram cozinheiros(as) e 18,6% tiveram outra profissão.

Seguidamente, decidiu-se caracterizar os participantes em função do consumo atual de álcool, uma vez que é considerado um fator de risco face à ideação suicida.

Tabela 3

Caracterização dos participantes em função do consumo de álcool

	Amostra Total (N=120)	
	N	%
Consumo de Álcool		
Nunca	101	84,2%
Raramente	11	9,2%
Algumas vezes	6	5,0%
Frequentemente	2	1,7%

No que diz respeito ao consumo de álcool atualmente e analisando os dois grupos pertencentes à amostra total aferiu-se existirem diferenças significativas ($t_{(69,00)}=-3,80$; $p=0,000$) entre a média de consumos no Algarve ($M=1,00$; $DP=0,00$) e no Alentejo ($M=1,41$; $DP=0,77$).

Ressalva-se que na amostra do Algarve, os cinquenta participantes (100%) afirmaram não consumir atualmente álcool, variável que poderá ter sido influenciada pela situação permanente em instituição, uma vez que não têm acesso ao mesmo. Por sua vez, na amostra do Alentejo, 72,9% dos participantes afirmou não consumir atualmente álcool, 15,7% consome raramente, 8,6% respondeu que consome algumas vezes e 2,9% consome frequentemente, verificando-se que 27,2% dos idosos consome álcool atualmente.

Posteriormente, decidiu-se caracterizar os participantes da amostra em função da participação em atividades religiosas.

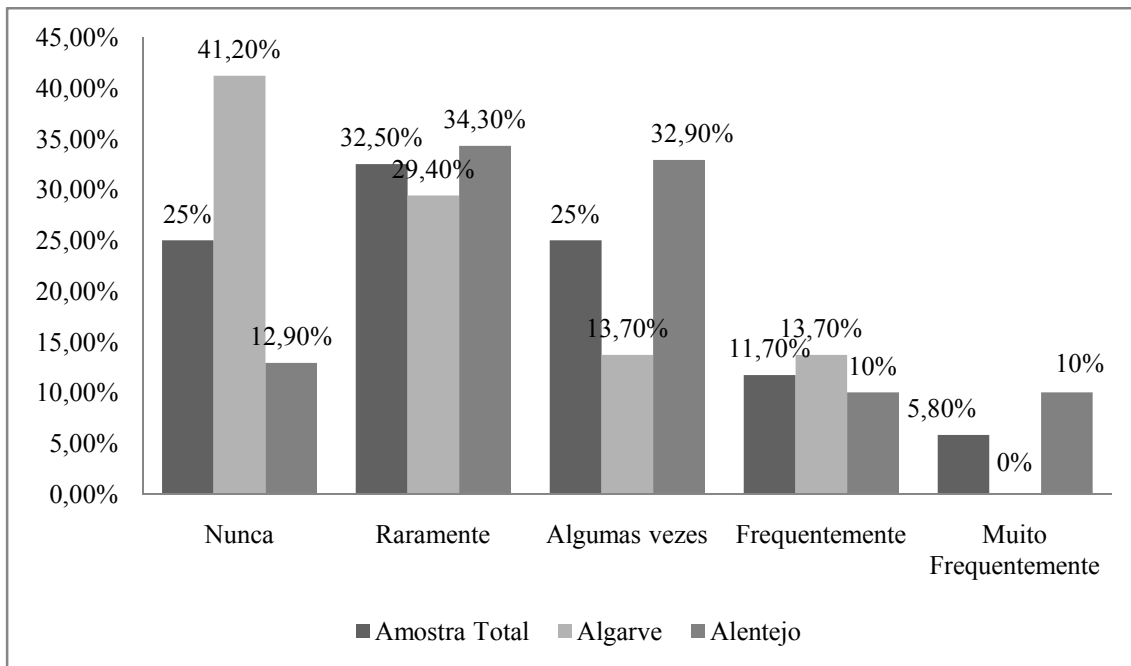


Figura 4. Caracterização dos participantes na amostra total em função da participação em atividades religiosas

No que respeita à participação em atividades religiosas, na amostra total aferiu-se que 30 dos idosos inquiridos respondeu nunca, 39 participa raramente, 30 participa algumas vezes, 14 participa frequentemente e outros 7 participam muito frequentemente.

Face à participação em atividades religiosas na amostra do Algarve, 21 dos idosos inquiridos respondeu nunca, 15 participa raramente, 7 participa algumas vezes e outros 7 participam frequentemente.

Por sua vez, na amostra do Alentejo 9 dos inquiridos respondeu nunca, 24 participa raramente, 23 algumas vezes, e 7 participam frequente e outros 7 muito frequentemente.

Analisando o valor médio da participação nas atividades religiosas verificou-se que o Algarve apresenta uma média de 2,00 ($DP=1,07$) e o Alentejo de 2,70 ($DP=1,13$). Na observação dos resultados verificam-se diferenças significativas ($t_{(109,27)}=-3,41$; $p=,001$) entre o Algarve e o Alentejo, existindo uma maior participação dos idosos em atividades religiosas na região do Alentejo.

De seguida, decidiu-se caracterizar os participantes em função da receção de visitas por parte dos familiares e/ou amigos.

Tabela 4

Caracterização dos participantes em função da recepção de visitas

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Recebe Visitas	99	82,5%	37	74,0%	62	88,6%
Não recebe Visitas	21	17,5%	13	26,0%	8	11,4%

Na amostra total todos os participantes têm familiares vivos, 82,5% idosos recebem visitas, sendo que 13,3% destas visitas são dos filhos(as), 23,3% dos(as) netos(as), 8,3% recebe visita dos(as) filhos(as) e os(as) netos(as), 15% dos(as) sobrinho(as) e 7,5% são de outros familiares e de outras pessoas significativas como vizinhos e amigos.

Relativamente ao grupo do Algarve 72,5% idosos recebem visitas, sendo que 27,5% destas visitas são dos filhos, 11,8% dos filhos e os netos e 27,5% são de outros familiares e de outras pessoas significativas como vizinhos e amigos.

No grupo do Alentejo dos 88,6% idosos recebem visitas, sendo que 31,4% destas visitas são dos filhos e 21,4 % são de outros familiares.

4.2. Caracterização da história médica, psiquiátrica e de tentativas de suicídio dos participantes

De seguida, apresenta-se a caracterização do estado de saúde (ausência ou presença de doença) dos participantes.

Tabela 5

Caracterização dos participantes em função da existência de doença

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Presença de doença	101	84,2%	44	88,0%	57	81,4%
Ausência de doença	19	15,8%	6	12,0%	13	18,6%

Quando abordados acerca do seu estado de saúde, a maior parte dos participantes respondeu que sofre de alguma doença (84,2%), quer na amostra do Algarve (88%) quer na amostra do Alentejo (81,4%).

Seguidamente decidiu-se caracterizar os participantes em relação ao tipo de doença.

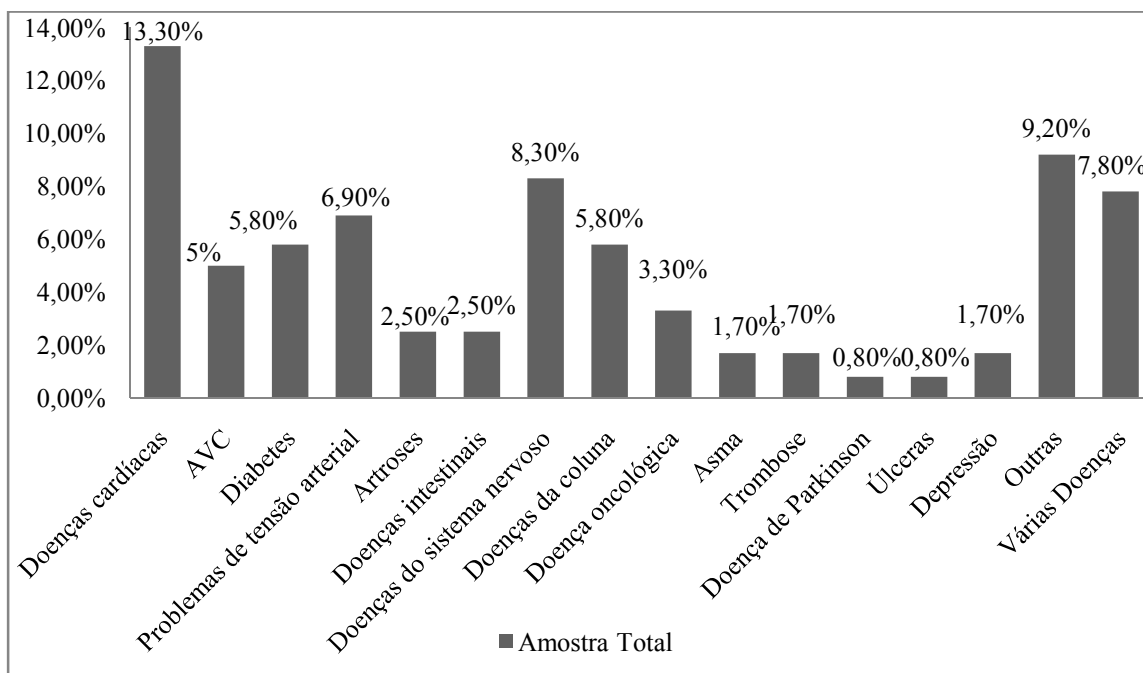


Figura 5. Caracterização dos participantes na amostra total em função do tipo de doença

A caracterização do tipo de doença nos participantes mostra uma prevalência de doenças cardíacas e de doenças do sistema nervoso, evidenciando-se também a predominância de várias doenças na amostra total.

Na amostra do Algarve, 11,8% sofrem de problemas cardíacos, 5,9% de AVC, 5,9% têm diabetes, 5,9% têm problemas a nível da tensão arterial e outros 5,9% sofrem de Artroses, 3,9% sofrem de problemas nos intestinos, 3,9% têm problemas a nível do sistema nervoso, e 3,9% são doentes oncológicos e outros 7,8% de outras.

Os restantes idosos referem sofrer de depressão (2%), asma (2%), um dos inquiridos sofreu uma trombose (2%), sendo que os restantes (19,6%) dos inquiridos apresentaram várias doenças.

Por sua vez, na amostra do Alentejo, 14,3% dos participantes sofrem de problemas cardíacos, 11,4% de depressão, 11,4% de várias doenças, 5,7% têm diabetes,

7,1% têm problemas relacionados com a tensão arterial, 5,7% sofrem de problemas na coluna, 4,3% tiveram AVC, 2,9% são doentes oncológicos e 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.

Posteriormente, procede-se à caracterização dos participantes face à história familiar de tentativa de suicídio.

Tabela 6

Caracterização dos participantes em função da história familiar de tentativa de suicídio

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Presença de história familiar de tentativa de suicídio	14	11,7%	7	14%	7	10%
Ausência de história familiar de tentativa de suicídio	106	88,3%	43	86%	63	86%

A análise permitiu aferir que 14% dos participantes da amostra do Algarve menciona a existência de tentativas de suicídio na família. Por sua vez, 10% dos participantes da amostra do Alentejo refere a presença de história familiar de tentativa de suicídio.

No seguimento da história familiar de tentativas de suicídio, foi questionado aos participantes quem tentou o suicídio e o número de tentativas de suicídio.

No grupo do Algarve os familiares que tentaram o suicídio foram o tio (6,0%), o pai (4,0%), o irmão (2,0%) e o primo (2,0%). Quanto ao número de vezes que os familiares tentaram o suicídio foi uma vez (7,85%) e duas vezes (5,9%).

No grupo do Alentejo, 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%).

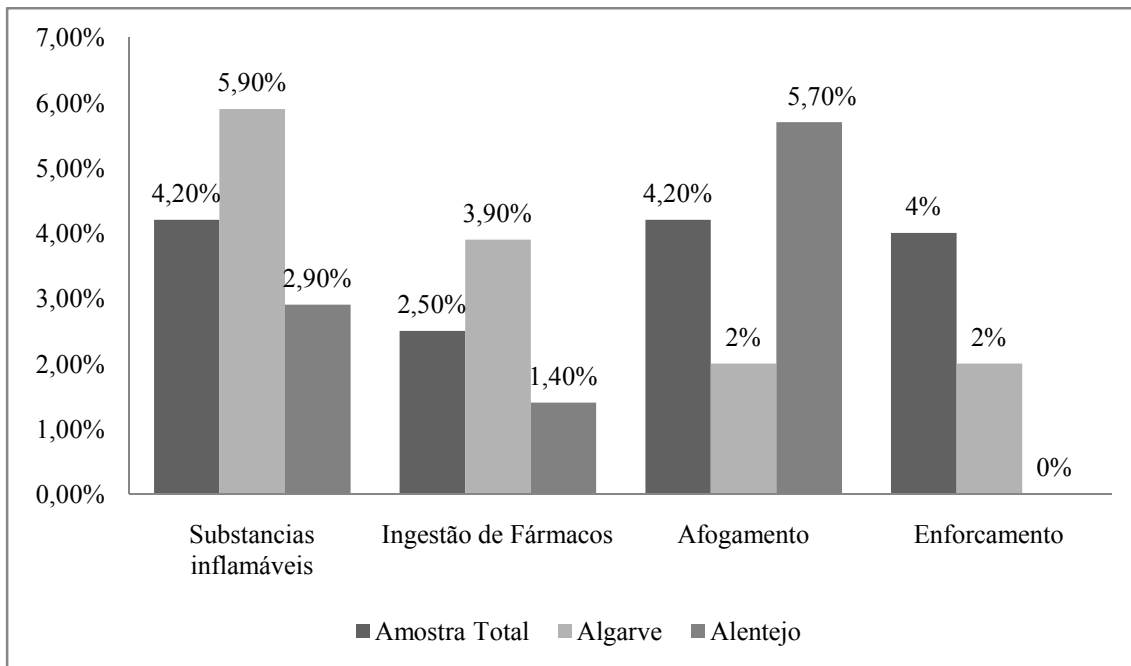


Figura 6. Caracterização do tipo de método utilizado na tentativa de suicídio utilizado pelo familiar

No que respeita ao método mais utilizado na tentativa de suicídio verifica-se uma predominância da recorrência ao uso da ingestão de substâncias inflamáveis (5,9%) no Algarve e de afogamento (5,7%) no Alentejo, sendo que na amostra total observa-se um predomínio na recorrência ao afogamento (4,20%).

Seguidamente, procede-se à caracterização dos participantes em função da história familiar de suicídio.

Tabela 7

Caracterização dos participantes em função da história familiar de suicídio

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Presença de história familiar de suicídio	37	30,8%	9	18%	28	40%
Ausência de história familiar de suicídio	83	69,2%	41	82%	42	60%

Relativamente à história familiar de suicídio, na amostra total, 37 dos familiares dos participantes cometeram suicídio. Na amostra do Algarve, verificou-se que 9 dos

familiares dos participantes tinham realizado um ato suicida consumado. Na amostra do Alentejo, 28 dos familiares tinham cometido suicídio.

Ressalva-se, que a análise à amostra, permitiu verificar a ocorrência de mais suicídio na família no Alentejo do que no Algarve.

Posteriormente, procede-se à caracterização do tipo de método utilizado no suicídio pelos familiares dos participantes.

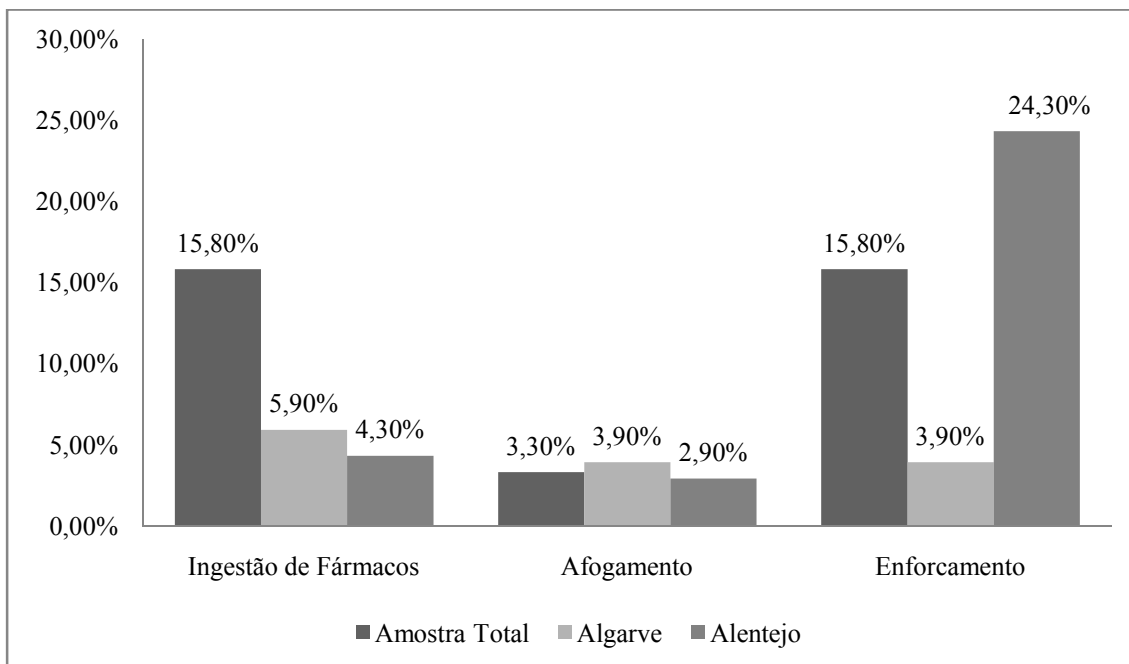


Figura 7. Caracterização do tipo de método utilizado no suicídio pelos familiares

Na amostra do Algarve, relativamente ao método mais usado no suicídio pelos familiares foi ingestão de fármacos (5,9%), seguido do enforcamento com uma percentagem de 3,9% e o afogamento com 3,9%. Na amostra do Alentejo, quanto ao método mais utilizado foi o enforcamento com uma percentagem de 24,3%, seguindo-se a ingestão de fármacos com 4,3% e o afogamento com 2,9%.

Respetivamente ao grau de parentesco do familiar que cometeu suicídio, a resposta mais frequente, na amostra do Algarve, foi o tio (7,8%), seguindo do avô (3,9%), sendo que os restantes responderam irmão (2%), primo (2%), sogro (2%).

Na amostra do Alentejo, 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%).

Na amostra total, 49,2% dos participantes já teve conhecimento de que alguma pessoa próxima tinha cometido uma tentativa de suicídio ou um suicídio.

Concomitantemente, 29,4% dos participantes do grupo do Algarve já teve conhecimento de que alguma pessoa próxima tinha cometido uma tentativa de suicídio ou um suicídio. E por sua vez, uma grande maioria (62,9%) dos participantes do grupo do Alentejo afirma ter tido conhecimento de que alguma pessoa próxima tinha cometido uma tentativa de suicídio ou um suicídio.

No seguimento da caracterização dos participantes decidiu-se fazer uma análise em função da história de tentativa de suicídio do próprio.

Tabela 8

Caracterização dos participantes em função da história de tentativa de suicídio do próprio

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Presença de história de tentativa de suicídio	11	9,2%	3	6%	8	11,4%
Ausência de história de tentativa de suicídio	109	90,8%	47	94%	62	88,6%

Quando questionados se já cometeram alguma tentativa de suicídio, 11 participantes da amostra total responderam que sim. Na amostra do Algarve, 3 dos participantes afirmou ter realizado alguma tentativa o suicídio. Na amostra do Alentejo, por sua vez, 8 dos participantes assume já ter cometido tentativa de suicídio.

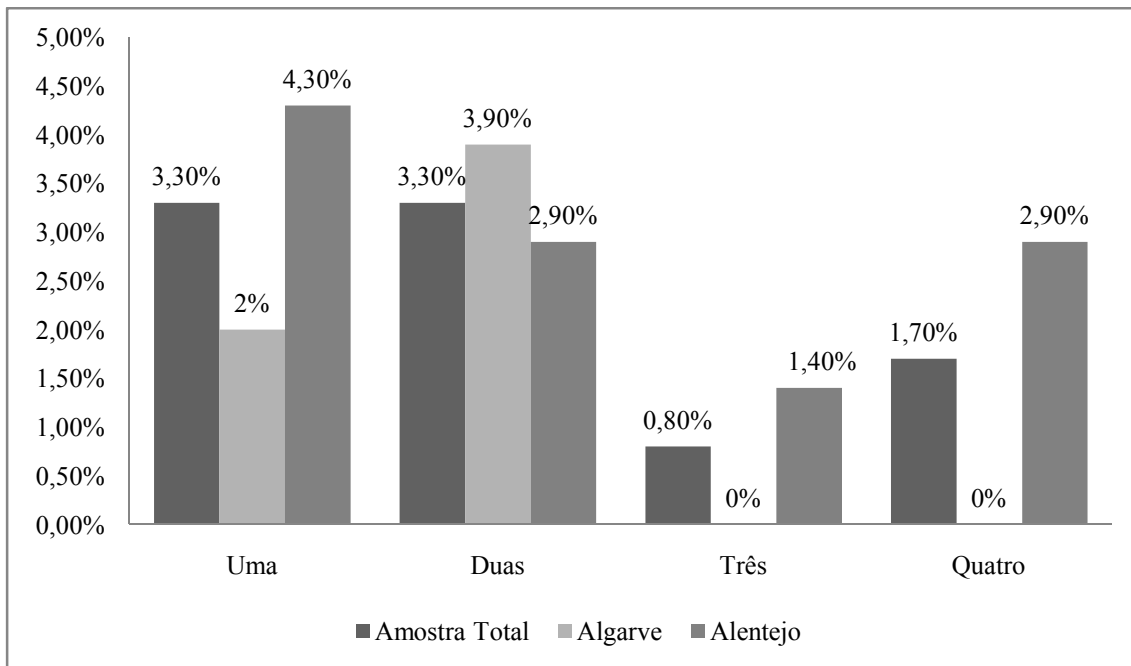


Figura 8. Caracterização dos participantes em função do número de tentativas de suicídio do próprio

No que concerne à amostra total, o número de tentativas de suicídio oscilou entre uma (3,3%), duas (3,3%), três tentativas (0,8%) e quatro com 1,7%.

Relativamente à amostra do Algarve, o número de tentativas de suicídio variou entre uma (2%) e duas (3,9%) tentativas.

Na amostra do Alentejo, o número de tentativas de suicídio oscilou entre uma (4,3%), duas (2,9%), três (1,4%) e quatro (2,9%).

No que respeita à tentativa de suicídio do próprio, procedeu-se à análise do método mais utilizado.

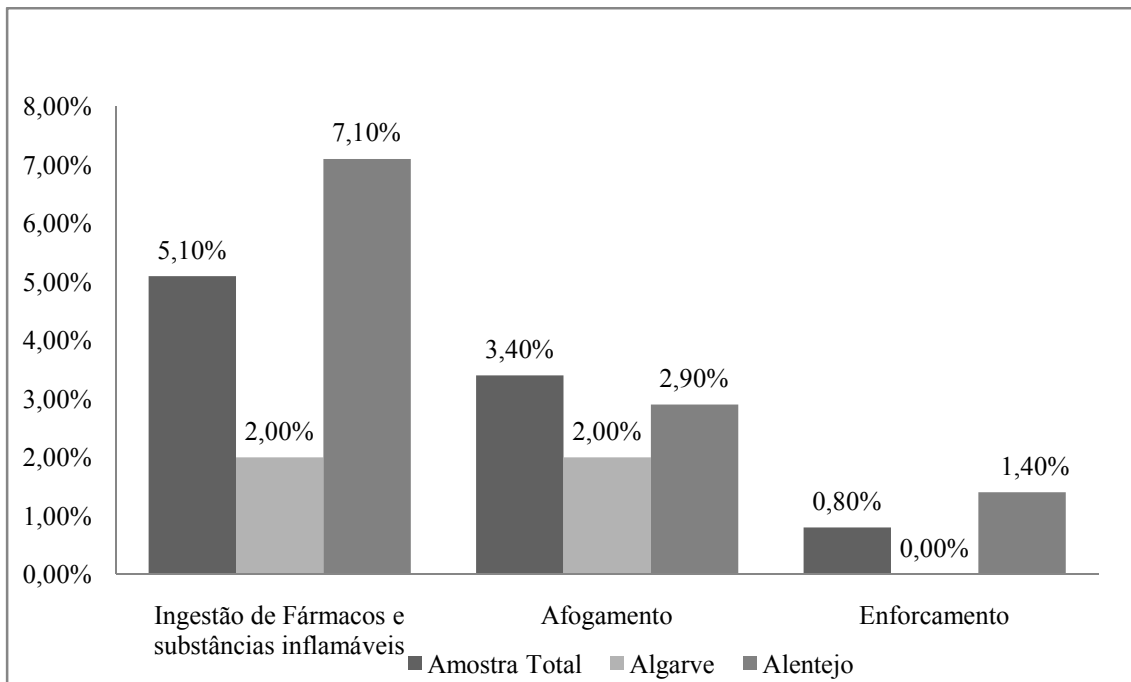


Figura 9. Caracterização do método utilizado na tentativa de suicídio do próprio

Na amostra total os métodos mais utilizados foram a ingestão de fármacos e de substâncias inflamáveis (5,1%), o afogamento (3,4%) e enforcamento (0,80%).

Por sua vez, na amostra do Algarve, o método mais utilizado foi a ingestão de fármacos e de substâncias inflamáveis (4%) e afogamento (2%). Na amostra do Alentejo, o método utilizado foi a ingestão de fármacos e de substâncias inflamáveis (7,1%), o afogamento (2,9%) e o enforcamento (1,4%).

Acerca do porquê de terem tentado o suicídio, no geral os participantes justificaram a tentativa de suicídio devido a problemas de saúde, a problemas financeiros, devido a problemas com o cônjuge e devido a violência física e psicológica por parte de um familiar.

Posteriormente, efetuou-se a caracterização dos participantes em função da história de acontecimentos adversos.

Tabela 9

Caracterização dos participantes em função da história de acontecimentos adversos

	Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)	
	N	%	N	%	N	%
Presença de acontecimentos adversos	31	25,8%	43	86%	46	65,7%
Ausência de acontecimentos adversos	89	74,2	7	14%	24	34,3%

No que diz respeito à questão se viveu acontecimentos adversos nos últimos anos, 31 dos idosos da amostra total referiu que sim. Relativamente à amostra do Algarve, 43 dos participantes referiu ter vivenciado acontecimentos adversos nos últimos anos. Na amostra do Alentejo, 46 dos participantes afirma ter vivenciado acontecimentos adversos nos últimos anos.

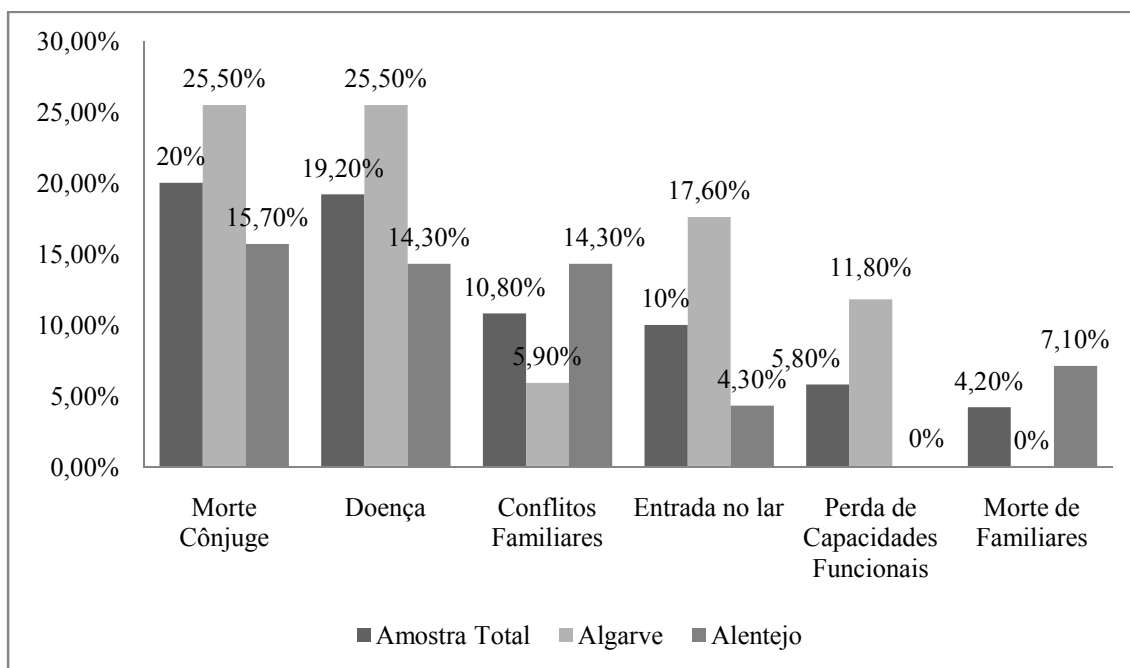


Figura 10. Caracterização do tipo de acontecimento adverso

Na amostra total destacam-se como acontecimentos adversos mais frequentes, a morte do cônjuge (20%), o aparecimento de uma doença (19,2%), conflitos familiares (10,8%), a entrada no lar (10%), a perda de capacidades funcionais (5,8%) e morte de familiares (4,2%).

Na amostra do Algarve os acontecimentos adversos que sobressaem são a morte do cônjuge (25,5%), o aparecimento de uma doença (25,5%), a entrada no lar (17,6%), perda de capacidades funcionais (11,8%) e conflitos familiares (5,9%).

Na amostra do Alentejo evidenciam-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%).

4.3. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas e da história clínica dos participantes

Inicialmente, procurou-se analisar as variáveis psicológicas em função do grau de ideação suicida na amostra total e, assim, verificar se existiram diferenças significativas nestas variáveis.

Tabela 10
Médias, Desvios-Padrão e Teste t de Student das Variáveis Psicológicas na Amostra Total e em Função do nível de Ideação Suicida

	Amostra Total (N=120)		Baixo nível de Ideação Suicida (N=108)		Alto nível de Ideação Suicida (N=12)		<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	12,66	24,56	6,01	9,65	71,92	36,19	-15,03	0,000
BHS	10,26	5,00	9,74	4,70	14,92	5,19	-3,58	0,000
BDI-II	17,14	11,27	15,00	9,09	36,42	10,93	-7,59	0,001
Neuroticismo	25,34	8,86	24,17	8,25	35,92	7,25	-4,73	0,000
Extroversão	26,95	7,21	27,74	6,69	19,83	8,08	3,80	0,000
Abertura à Experiência	24,42	3,87	24,53	3,93	23,42	3,23	0,943	0,347
Amabilidade	34,49	6,39	34,91	5,43	30,75	11,71	2,17	0,032
Conscienciosidade	36,36	6,75	36,64	5,74	33,84	12,86	1,36	0,175
ESSS	51,92	12,17	53,15	12,55	40,83	13,98	3,19	0,002
SA	19,18	4,51	19,49	4,25	16,42	5,95	2,27	0,025
SI	12,93	4,41	13,36	4,09	9,08	5,47	3,32	0,000
SF	11,70	3,53	12,04	3,34	8,67	3,89	3,26	0,001
SAS	8,10	3,71	8,26	3,66	6,67	4,05	1,41	0,160

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.
p* ≤ .05 ; *p* ≤ .01; ****p* ≤ .001

Ressalva-se que os grupos de baixo e alto nível de ideação suicida foram constituídos com base no ponto de corte do SIQ, sendo que valores iguais ou inferiores a 40 pontos constituiriam o grupo de baixo nível de ideação suicida e valores iguais ou superiores a 41 pontos pertenciam ao grupo com alto nível/grau de ideação suicida.

Da análise dos valores médios da amostra total verifica-se que 10% dos idosos apresenta um potencial risco de suicídio, sendo que o valor médio foi de 12,66 o que aponta para um valor relativamente baixo face à amplitude de resposta do SIQ que varia entre 0 a 180, porém deve ter-se em consideração que o desvio-padrão é bastante elevado.

A desesperança na amostra total apresenta um valor médio de 10,26 sendo considera moderada, variando a pontuação entre 0 e 20.

Referente à sintomatologia depressiva o valor médio é de 17,14, o que permite aferir que a amostra total apresenta um nível de sintomatologia depressiva de ligeira a moderada.

No que respeita aos traços de personalidade os valores médios mais elevados dizem respeito à amabilidade e à conscienciosidade e os mais baixos ao neuroticismo, à abertura à experiência e à extroversão.

Na análise da satisfação com o suporte social, a média da escala revela-se elevada, apresentando valores médios superiores de satisfação com as amizades e valores médios inferiores de satisfação com a intimidade.

Consecutivamente, a análise da tabela indica que existiram diferenças significativas na desesperança ($t_{(13,08)}=6,31$; $p=0,000$), sendo o valor médio superior no grupo de alto risco de ideação suicida ($M=14,92$; $DP=5,19$). Encontraram-se também diferenças significativas na sintomatologia depressiva ($t_{(12,75)}=3,32$; $p=0,000$), verificando-se que os idosos com maior pretensão para a ideação suicida evidenciam mais sintomatologia depressiva comparativamente aos idosos com baixo risco de ideação suicida.

Relativamente às características de personalidade, salientaram-se diferenças muito significativas entre os grupos no neuroticismo ($t_{(14,36)}=-4,73$; $p=0,000$), uma vez que, os idosos com valores mais altos de ideação suicida tendem a apresentar mais traços de neuroticismo do que os que apresentam índices de ideação suicida mais baixos. Na extroversão ($t_{(12,73)}=8,08$; $p=0,000$) e na amabilidade ($t_{(11,53)}=2,17$; $p=0,032$)

também foram encontradas algumas diferenças, sendo que o grupo de baixo risco de ideação suicida evidenciam níveis de extroversão e de amabilidade mais elevados.

Aquando da satisfação com o suporte social encontraram-se diferenças significativas, verificando-se, mais uma vez, que o nível de satisfação com as amizades ($t_{(12,28)}=2,27; p=0,025$) o nível de satisfação com a intimidade ($t_{(12,40)}=3,32; p=0,000$) e o nível de satisfação com a família ($t_{(12,87)}=3,26; p=0,001$) é visivelmente superior no grupo de baixo risco de ideação suicida.

No seguimento da análise decidiu-se verificar se existiam diferenças significativas nos níveis de ideação suicida em função da história familiar de tentativa e/ou ato suicida, da tentativa e/ou suicídio de uma pessoa próxima e a tentativa de suicídio do próprio. Neste sentido, verificou-se que quando se afere a existência de suicídio na família ($t_{(12,94)}=-2,20; p=0,030$) o nível de ideação suicida é significativamente superior ($M=1,58; DP=0,51$). Do mesmo modo, quando se verifica a presença de história de tentativa de suicídio de uma pessoa próxima ($t_{(15,35)}=-2,77; p=0,001$) a ideação suicida é significativamente mais elevada ($M=1,85; DP=0,38$). Averiguaram-se ainda mais tentativas de suicídio do próprio ($t_{(11,40)}=-5,81; p=0,000$) no grupo de risco de ideação suicida ($M=1,50; DP=0,52$) bem como o número de tentativas de suicídio ($t_{(11,40)}=-7,02; p=0,000$).

Posteriormente serão apresentados na tabela todos os resultados médios das variáveis psicológicas na amostra total em função da institucionalização.

Recorre-se a esta análise por existirem na amostra total idosos institucionalizados e não-institucionalizados e, desta forma, pretende-se verificar se esta variável externa teria influência nas variáveis internas como a desesperança, a ideação suicida, a sintomatologia depressiva e a satisfação como suporte social, bem como a nível das características de personalidade.

Tabela 11

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

	Amostra Total (N=120)		Institucionalização (N=83)		Não Institucionalização (N=37)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	12,66	24,56	11,54	20,27	15,14	32,39	0,74	0,462
BHS	10,26	5,00	10,77	4,96	9,11	4,89	-	0,091
BDI-II	17,14	11,27	18,33	11,55	14,49	10,25	1,70	0,085
Neuroticismo	25,34	8,86	25,94	8,12	24,00	10,33	1,74	0,270
Extroversão	26,95	7,21	25,31	6,16	30,62	8,07	3,95	0,000
Abertura à Experiência	24,42	3,87	23,70	3,52	26,03	4,17	3,16	0,002
Amabilidade	34,49	6,39	35,11	5,30	33,11	8,25	1,59	0,113
Conscienciosidade	36,36	6,75	35,58	5,44	38,09	8,89	1,90	0,060
ESSS	51,92	12,17	48,46	11,53	59,67	13,45	4,67	0,000
SA	19,18	4,51	18,20	4,25	21,39	4,38	3,74	0,000
SI	12,93	4,41	12,06	3,95	14,89	4,81	3,39	0,000
SF	11,70	3,53	11,14	3,42	12,95	3,51	2,64	0,017
SAS	8,10	3,71	7,05	3,03	10,46	4,04	5,11	0,000

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

Conforme se pode aferir, na tabela 11, não se verificaram diferenças significativas na ideação suicida ($t_{(49,25)}=0,74$; $p=0,462$), contudo a média de ideação suicida aparenta ser superior nos idosos que não se encontram em situação de institucionalização ($M=15,14$; $DP=32,39$) face aos que se encontram institucionalizados ($M=11,54$; $DP=20,27$).

Ressalva-se que a amostra de idosos não-institucionalizados é proveniente da região do Alentejo que apresenta, como descrito anteriormente, uma média de ideação suicida superior. Este fator poderá explicar a diferença dos valores na média de ideação suicida entre a situação de institucionalização e não-institucionalização.

A análise salienta que não se verificam diferenças significativas entre os idosos institucionalizados e não-institucionalizados a nível das variáveis psicológicas desesperança ($t_{(70,19)}=-1,70$; $p=0,091$) e sintomatologia depressiva ($t_{(77,40)}=-1,74$; $p=0,085$).

No que diz respeito às características de personalidade, encontram-se diferenças significativas entre ambos os grupos. Na extroversão encontram-se diferenças significativas ($t_{(55,48)}=3,95$; $p=0,000$), dado que os idosos não-institucionalizados ($M=30,62$; $DP=8,07$) apresentam maiores índices de extroversão. Na abertura à experiência ($t_{(59,80)}=3,16$; $p=0,002$) os idosos não-institucionalizados voltam a apresentar valores superiores neste traço comparativamente aos idosos que se encontram em situação de institucionalização.

Aquando da satisfação com suporte social salientam-se diferenças significativas em todas as subescalas entre os idosos institucionalizados e os não-institucionalizados. Ressalva-se que o nível de satisfação com o suporte social ($t_{(60,59)}=4,67$; $p=0,00$) sentido é maior quando não existe institucionalização ($M=59,67$; $DP=13,45$). Neste sentido, os idosos não-institucionalizados apresentam um nível de satisfação com as amizades ($t_{(67,36)}=3,74$; $p=0,00$), bem como um nível de satisfação com a intimidade ($t_{(58,60)}=3,39$; $p=0,00$), maior do que os não institucionalizados. A nível da satisfação com o suporte familiar ($t_{(7,55)}=2,64$; $p=0,017$), os idosos não-institucionalizados ($M=12,95$; $DP=3,51$) evidenciam uma maior satisfação.

Por sua vez, também é a não-institucionalização que detém uma maior Satisfação com as atividades sociais ($t_{(54,77)}=5,11$; $p=0,000$).

Posteriormente, e após se analisar as diferenças entre a situação de institucionalização ou não institucionalização, torna-se pertinente analisar dentro da variável instituição se existem diferenças significativas em função da situação específica do idoso na instituição, isto é, entre a situação permanente na instituição e de centro de dia.

Em relação à situação de institucionalização - permanente ou em centro de dia – os valores da tabela 12 revelam não existirem diferenças significativas nas variáveis psicológicas ideação suicida e desesperança. Contudo verificaram-se diferenças significativas na sintomatologia depressiva ($t_{(70,19)}=-3,03$; $p=0,003$), sendo que esta tende a ser superiores nos idosos que se encontram em situação permanente.

Tabela 12

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis Psicológicas na Amostra Total e em Função da Situação na Instituição

	Amostra Total (N=83)		Permanente (N=59)		Centro de Dia (N=24)		t	P
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	11,54	20,27	11,02	20,72	12,79	19,53	0,36	0,721
BHS	10,77	4,96	11,29	4,99	9,50	4,76	-1,50	0,138
BDI-II	18,33	11,55	20,66	11,41	12,58	9,96	-3,03	0,003
Neuroticismo	25,94	8,12	28,37	5,39	19,96	10,46	-4,83	0,000
Extroversão	25,31	6,16	24,19	5,41	28,08	7,09	2,71	0,008
Abertura à	23,70	3,52	22,97	2,82	25,50	4,04	3,13	0,002
Experiência								
Amabilidade	35,11	5,30	34,14	4,83	37,50	5,75	2,72	0,008
Conscienciosidade	35,58	5,44	33,62	4,37	40,41	4,82	6,23	0,000
ESSS	48,46	11,53	46,03	9,06	54,42	14,66	3,16	0,002
SA	18,20	4,25	17,35	3,33	20,29	5,48	2,99	0,004
SI	12,06	3,95	11,27	3,23	14,00	4,86	2,99	0,004
SF	11,14	3,42	10,86	3,24	11,83	3,81	1,17	0,241
SAS	7,05	3,03	6,54	2,31	8,29	4,12	2,45	0,016

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

No seguimento da análise verificou-se que existem diferenças muito significativas nos traços de personalidade. Neste sentido, os idosos que se encontram em situação permanente ostentam mais traços de neuroticismo ($t_{(28,10)} = -4,83$; $p=0,000$) do que os que estão apenas em centro de dia. Por sua vez, são os idosos que se encontram em situação de centro de dia que evidenciam níveis superiores de extroversão ($t_{(34,45)} = 2,71$; $p=0,008$), de abertura à experiência ($t_{(30,95)} = 3,13$; $p=0,002$), amabilidade ($t_{(36,90)} = 2,72$; $p=0,008$) e de conscienciosidade ($t_{(39,19)} = 6,23$; $p=0,000$).

Relativamente à satisfação com o suporte social, encontraram-se diferenças significativas na satisfação com as amigas ($t_{(30,16)} = 2,99$; $p=0,004$) na satisfação com a intimidade ($t_{(31,63)} = 2,99$; $p=0,004$) e na satisfação com as atividades sociais ($t_{(29,08)} = 2,45$; $p=0,016$). Os idosos em situação de centro de dia demonstram maiores níveis de satisfação com as amigas ($M=20,29$; $DP=5,48$), de satisfação com a intimidade ($M=14,00$; $DP=4,86$) e de satisfação com as atividades sociais ($M=8,29$; $DP=4,12$).

Seguidamente, decidiu-se aferir se existiram diferenças significativas nas variáveis psicológicas em função da história de tentativas de suicídio do próprio.

Tabela 13

Médias, Desvios-Padrão, d de Cohen e Teste t de Student das Variáveis Psicológicas na Amostra Total e em Função da História de Tentativas de Suicídio do Próprio

	Amostra Total (N=120)		Ausência de Tentativa de suicídio (N=109)		Presença de Tentativa de suicídio (N=11)		T	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	12,66	24,56	8,97	19,94	48,82	35,72	-5,79	0,000
BHS	10,26	5,00	9,94	4,88	13,45	5,03	-2,27	0,025
BDI-II	17,14	11,27	16,00	9,93	28,45	17,07	-3,67	0,000
Neuroticismo	25,34	8,86	24,71	8,23	31,64	12,45	-2,53	0,013
Extroversão	26,95	7,21	27,44	6,74	22,09	9,99	2,39	0,018
Abertura à Experiência	24,42	3,87	24,40	3,94	24,55	4,76	-0,11	0,908
Amabilidade	34,49	6,39	34,92	5,51	30,27	11,64	2,34	0,021
Conscienciosidade	36,36	6,75	36,81	5,69	31,87	13,01	2,36	0,020
ESSS	51,92	12,17	52,32	12,32	47,91	17,79	1,06	0,292
SA	19,18	4,51	19,35	4,25	17,54	6,68	1,26	0,209
SI	12,93	4,41	13,18	4,32	12,09	5,36	0,66	0,509
SF	11,70	3,53	11,93	3,32	9,36	4,80	2,34	0,021
SAS	8,10	3,71	8,02	3,57	8,91	5,07	-0,76	0,451

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

Neste sentido, a análise da tabela permite averiguar a existência de diferenças significativas nos níveis de ideação suicida, em função da ausência ou presença de tentativa de suicídio do próprio ($t_{(11,98)}=-5,79$; $p=0,000$). Verifica-se que, quando há história de tentativa de suicídio do próprio, os níveis de ideação suicida apresentam-se significativamente mais elevados comparativamente aos níveis de ideação suicida dos que não ostentam historial de tentativa de suicídio anterior.

Conforme os resultados inerentes à tabela 13 verifica-se a existência de diferenças significativas entre os grupos face aos níveis de desesperança e de sintomatologia depressiva. Os níveis de desesperança ($t_{(11,98)}=-2,27$; $p=0,025$) e de

sintomatologia depressiva ($t_{(10,69)}=-3,67; p=0,000$) são mais elevados quando se verifica a presença de história de tentativa de suicídio.

No que diz respeito aos traços de personalidade verificou-se a existência de diferenças significativas. Relativamente ao neuroticismo ($t_{(10,89)}=-2,53; p=0,013$) os idosos com história de tentativas de suicídio apresentam valores médios de neuroticismo mais elevados comparativamente aos idosos sem história de tentativas de suicídio. Por sua vez, os resultados apontam que os idosos sem história de tentativa de suicídio ($M=24,71; DP=6,74$) revelam valores médios mais elevados de extroversão ($t_{(10,93)}=2,39; p=0,018$), de amabilidade ($t_{(10,46)}=2,34; p=0,021$) e de conscienciosidade ($t_{(10,39)}=2,36; p=0,020$).

Verificaram-se ainda diferenças significativas na satisfação com o suporte social, no qual a satisfação com a família ($t_{(10,98)}=2,34; p=0,021$) tende a ser maior na ausência de história de tentativas de suicídio.

Uma vez que, a variável 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.

Como se pode verificar, na tabela 14, foram encontradas diferenças significativas no que respeita à sintomatologia depressiva, sendo que os idosos que vivenciaram acontecimentos adversos nos últimos anos revelam maiores níveis de sintomatologia depressiva ($t_{(66,49)}=-3,45$) do que os que afirmam não ter vivenciado nenhum acontecimento adverso nos últimos anos.

Tabela 14

Médias, Desvios-Padrão, d de cohen e Teste t de Student das Variáveis Psicológicas na Amostra Total e em Função da Ausência ou Presença de Acontecimentos Adversos

	Amostra Total (N=120)		Ausência de acontecimentos adversos (N=31)		Presença de acontecimentos adversos (N=89)		T	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	12,66	24,56	6,58	15,23	14,80	26,83	-1,61	0,110
BHS	10,26	5,00	8,87	4,51	10,74	5,07	-1,82	0,071
BDI-II	17,14	11,27	11,39	8,89	19,15	11,36	-3,45	0,001
Neuroticismo	25,34	8,86	20,77	8,14	26,93	8,58	-3,48	0,001
Extroversão	26,95	7,21	28,58	6,48	26,38	7,39	1,47	0,144
Abertura à Experiência	24,42	3,87	25,26	4,17	24,15	3,74	1,41	0,161
Amabilidade	34,49	6,39	34,97	5,66	34,33	6,64	0,48	0,632
Conscienciosidade	36,36	6,75	36,21	5,46	36,41	7,18	-0,14	0,887
ESSS	51,92	12,17	56,87	10,40	50,19	13,64	2,48	0,014
SA	19,18	4,51	20,81	3,39	18,62	4,74	2,37	0,020
SI	12,93	4,41	14,48	3,62	12,39	4,55	2,31	0,022
SF	11,70	3,53	12,97	2,82	11,26	3,66	2,36	0,020
SAS	8,10	3,71	8,61	3,72	7,92	3,71	0,89	0,374

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 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.

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

No neuroticismo, a diferença entre os grupos também demonstra ser significativa ($t_{(54,92)}=-3,48$; $p=0,001$), sendo que os idosos que viveram acontecimentos adversos nos últimos anos revelam mais traços de neuroticismo comparativamente aos idosos que não experienciaram tais acontecimentos. Tal resultado poderá levantar a questão se, de facto, foram verdadeiramente vivenciados esses acontecimentos ou se, por apresentarem mais traços de neuroticismo que interpretam e identificam os acontecimentos como tal.

A análise dos resultados evidencia também diferenças significativas na satisfação com o suporte social ($t_{(68,33)}=2,48$; $p=0,014$). Sendo que a satisfação com as amizades ($t_{(73,15)}=2,37$; $p=0,020$), bem como a satisfação com a intimidade ($t_{(65,29)}=2,31$; $p=0,022$) tendem a ter valores mais baixos quando ocorrem acontecimentos adversos. Semelhante aos valores anteriores, também a satisfação com a família ($t_{(67,55)}=2,36$;

$p=0,020$) apresenta valores mais baixos quando se verifica a existência de acontecimentos adversos.

De forma a complementar os resultados supra explanados, através do coeficiente de correlação de Pearson, analisou-se a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e as variáveis psicológicas. Neste sentido verifica-se que a idade dos participantes se encontra correlacionada de forma negativa e significativa com a satisfação com o suporte social ($r=-0,21$; $p=0,022$), com a satisfação com as atividades sociais ($r=-0,24$; $p=0,008$) e com a abertura à experiência ($r=-0,24$; $p=0,008$). Tais resultados permitem aferir que quanto maior a idade menor será a satisfação com as atividades sociais e a abertura à experiência. A análise permite aferir ainda que a idade se encontra correlacionada de forma significativamente positiva com a desesperança ($r=0,23$; $p=0,013$), ou seja, com o aumento de idade os níveis de desesperança tendem a aumentar.

Relativamente às atividades religiosas, os resultados permitem aferir que tem uma correlação forte e positiva com a satisfação com o suporte social ($r=0,34$; $p=0,000$), com a satisfação com as amizades ($r=0,28$; $p=0,002$), com a satisfação íntima ($r=0,23$; $p=0,013$), com a satisfação com a família ($r=0,275$; $p=0,002$), com a satisfação com as atividades sociais ($r=0,34$; $p=0,000$), evidenciando que quanto maior for o número de participações em atividades religiosas maior será o nível médio de satisfação com o suporte social em todas as subescalas.

4.4. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis sociodemográficas e da história clínica na amostra do Algarve e do Alentejo

Seguidamente, procedeu-se à análise das variáveis psicológicas em estudo em função da proveniência. A análise permite comparar e verificar se existem diferenças entre as duas amostras em estudo face às variáveis psicológicas.

Tabela 15

Médias, Desvios-Padrão e Teste t de Student das Variáveis Psicológicas na Amostra Total e em Função da Proveniência

	Amostra Total (N=120)		Algarve (N=50)		Alentejo (N=70)		t	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
SIQ	12,66	24,56	8,18	16,62	15,79	28,54	-1,67	0,097
BHS	10,26	5,00	10,70	5,09	9,94	4,91	0,820	0,414
BDI-II	17,14	11,27	20,26	11,38	14,91	10,72	2,65	0,010
Neuroticismo	25,34	8,86	28,36	4,42	23,19	10,50	3,28	0,001
Extroversão	26,95	7,21	24,14	5,29	28,96	7,74	-3,81	0,000
Abertura à Experiência	24,42	3,87	22,66	2,69	25,67	4,10	-4,54	0,000
Amabilidade	34,49	6,39	33,84	4,73	34,96	7,34	-9,44	0,347
Conscienciosidade	36,36	6,75	32,80	3,89	38,90	7,23	-5,43	0,000
ESSS	51,92	12,17	45,64	8,38	56,40	14,16	-4,80	0,000
SA	19,18	4,51	19,98	2,79	20,76	4,86	-4,93	0,000
SI	12,93	4,41	11,12	2,84	14,23	4,89	-4,04	0,000
SF	11,70	3,53	11,18	3,07	12,07	3,80	-1,37	0,174
SAS	8,10	3,71	6,36	2,09	9,34	4,11	-4,71	0,000

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

Os valores médios de ideação suicida na amostra do Algarve foram de 8,18, sendo que 7,8% dos idosos se encontra acima do ponto de corte e na amostra do Alentejo foram de 15,79 e 11,4% dos idosos encontram-se acima do ponto de corte. Os valores referidos têm como significado a presença de um potencial risco de suicídio.

Os valores médios de ideação suicida em ambas as amostras pode parecer relativamente baixo uma vez que a amplitude possível de respostas do SIQ varia de 0 a 180, porém deverá ter-se em consideração que o desvio padrão é bastante elevado.

Os valores médios de desesperança na amostra do Algarve são de 10,70 caracterizando-se como moderada, podendo variar entre 0 e 20. Verifica-se que 64,8% dos idosos regista valores acima do ponto de corte, apresentando um nível de desesperança moderado face ao futuro.

A desesperança na amostra do Alentejo caracteriza-se como moderada tendo um valor médio de 9,94. A maioria dos idosos (57,14%) regista valores acima do ponto de corte, verificando-se de igual modo um nível moderado de desesperança face ao futuro.

Quanto à sintomatologia depressiva, a média dos resultados da amostra do Algarve é de 20,26, correspondendo à categoria de depressão moderada a grave. Ressalva-se que cerca de 88,2% dos idosos registou algum nível de sintomatologia depressiva, sendo que 49% apresenta depressão ligeira a moderada, 25,5% manifesta depressão moderada a grave e 13,7% depressão severa.

Na amostra do Alentejo, o valor médio de sintomatologia depressiva é de 14,91, correspondendo à categoria de depressão ligeira. Os resultados indicam que pelo menos 70% dos idosos apresentava algum nível de sintomatologia depressiva, salientando que 12,86% registou depressão severa, 10% depressão moderada a grave e 47,14% encontravam-se com depressão ligeira a moderada.

A análise dos dados relativos aos traços de personalidade permite aferir que na amostra do Algarve, os valores médios mais elevados correspondem à amabilidade e à conscienciosidade e os mais baixos à abertura à experiência e à extroversão. O valor médio do neuroticismo, por sua vez, quando comparado à amabilidade e à conscienciosidade é relativamente mais baixo.

Na amostra do Alentejo, o valor médio mais elevado é a conscienciosidade e o mais baixo é o neuroticismo. Salienta-se que este último é relativamente mais baixo quando comparado com a amabilidade, porém deve-se ter em consideração que o desvio-padrão do neuroticismo é mais elevado.

No que se refere à satisfação com o suporte social, na amostra do Algarve, a média da escala revela-se moderada, na qual os valores médios mais elevados correspondem à satisfação com as amizades e os valores mais baixos à satisfação com as atividades sociais.

Na amostra do Alentejo, a média da escala total revela-se relativamente alta, sendo que a satisfação com as amizades é a que apresenta valores médios superiores e a satisfação com as atividades sociais a que ostentam valores médios inferiores.

No seguimento da análise, conforme os resultados supra explanados verificam-se diferenças significativas na maior parte das variáveis psicológicas entre o Algarve e o Alentejo.

Neste sentido, a análise demonstra que a nível dos resultados referentes à ideação suicida observa-se que o Alentejo apresenta um maior índice de ideação suicida

($t_{(113,69)}=-1,67$; $p=0,097$) face ao Algarve. Por sua vez, o nível de sintomatologia depressiva ($t_{(101,81)}=-2,62$; $p=0,010$) aparenta ser superior no Algarve em comparação com o Alentejo.

Em relação às características da personalidade no neuroticismo ($t_{(98,91)}=3,28$; $p=0,001$) encontraram-se diferenças significativas, verificando-se que os idosos do Algarve apresentam mais traços de neuroticismo do que idosos do Alentejo. Por outro lado, foram ainda encontradas diferenças entre a extroversão ($t_{(117,82)}=-3,84$; $p=0,000$), abertura à experiência ($t_{(117,26)}=-4,54$; $p=0,000$) e a conscienciosidade ($t_{(114,50)}=-5,43$; $p=0,000$) sendo que, os idosos do Alentejo apresentam valor médio superior de nestes traços de personalidade.

Respetivamente à satisfação com o suporte social foram evidenciadas diferenças significativas em todas as subescalas ($t_{(114,50)}=-4,80$; $p=0,000$), tendo o Alentejo ($M=56,40$; $DP=14,16$) apresentado os valores mais elevados. A nível do Suporte com as Amizades ($t_{(113,31)}=-4,93$; $p=0,000$) o Alentejo apresenta um valor médio de 20,76 ($DP=4,86$), sendo superior ao do Algarve ($M=19,98$; $DP=2,79$). Do mesmo modo, a satisfação com a intimidade ($t_{(113,95)}=-4,04$; $p=0,000$), bem como a apresenta valores superiores no Alentejo ($M=14,23$, $DP=4,89$). No mesmo sentido, é o grupo do Alentejo ($M=9,34$; $DP=4,11$) que evidencia níveis superiores de satisfação com as atividades sociais.

Procurou-se, posteriormente, analisar as variáveis psicológicas em função do grau de ideação suicida na amostra do Algarve e do Alentejo, recorrendo-se ao mesmo procedimento descrito na análise da relação das variáveis psicológicas e a ideação suicida na amostra total (Tabela 10) baseada no ponto de corte.

Tabela 16

Comparação de Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t* de Student das Variáveis Psicológicas em função do nível/grau ideação suicida na amostra do Algarve e do Alentejo

	Algarve (N=50)						Alentejo (N=70)					
	Baixo nível/grau de Ideação Suicida N=46		Alto nível/grau de Ideação Suicida N=4		<i>T</i>	<i>p</i>	Baixo nível/grau de Ideação Suicida N=62		Alto nível/grau de Ideação Suicida N=8		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
BHS	10,02	4,71	18,50	1,29	-	0,001	9,53	4,72	13,13	5,54	-	0,051
BDI-II	18,46	9,67	41,00	9,42	-4,48	0,000	12,44	7,77	34,13	11,48	-	0,000
Neuroticismo	27,87	3,97	34,00	6,05	-	0,006	21,42	9,47	36,88	7,99	-	0,000
Extroversão	24,76	4,97	17,00	3,74	3,04	0,004	29,95	6,98	21,25	9,47	3,18	0,002
Abertura à Experiência	22,72	2,75	22,00	2,16	0,51	0,614	25,87	4,15	24,13	3,56	1,13	0,260
Amabilidade	34,43	4,28	27,00	4,69	3,31	0,002	35,26	6,16	32,63	13,93	0,95	0,344
Conscienciosidade	33,11	3,52	29,25	6,05	1,96	0,056	39,26	5,69	36,14	14,94	1,15	0,254
ESSS	46,91	7,44	31,00	2,45	4,22	0,000	57,78	13,5	45,75	17,89	2,33	0,023
SA	17,26	2,72	13,75	0,96	2,55	0,014	21,14	4,44	17,75	7,00	1,89	0,063
SI	11,48	2,67	7,00	0,00	3,32	0,000	14,76	4,40	10,12	6,58	2,64	0,010
SF	11,61	2,78	6,25	2,04	3,77	0,000	12,35	3,70	9,87	4,15	1,76	0,083
SAS	6,56	2,04	4,00	0,82	2,48	0,017	9,52	4,08	9,52	4,08	0,98	0,330

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 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

Os resultados da tabela mostram que se verificam diferenças significativas nas variáveis psicológicas em função do grau de ideação suicida em ambas as amostras.

Perante a análise dos resultados, face à desesperança, verificaram-se diferenças significativas, entre grupos, na amostra do Algarve ($t_{(12,83)}=-3,56$; $p=0,000$) e do Alentejo ($t_{(38,36)}=-1,99$; $p=0,051$), sendo que em ambas o nível de desesperança é superior quando existe um alto grau de ideação suicida.

Quando comparadas as amostras observa-se que a média de desesperança é superior na amostra do Algarve ($M=18,50$; $DP=1,29$) face ao Alentejo ($M=13,13$; $DP=5,54$) nos grupos com alto grau de ideação suicida.

No que respeita à sintomatologia depressiva, comprovou-se que tanto na amostra do Algarve ($t_{(3,57)}=-4,48$; $p=0,000$) como na amostra do Alentejo ($t_{(7,85)}=-7,02$; $p=0,000$) os idosos apresentam um nível de sintomatologia depressiva superior quando existe um alto risco de ideação suicida. Verificando-se, concomitantemente uma predominância de sintomatologia depressiva no Alentejo.

Relativamente aos traços de personalidade aferiu-se que os participantes evidenciam mais traços de neuroticismo quando o nível de ideação suicida é alto, sendo verificado tanto na amostra do Algarve ($t_{(3,23)}=-2,85$; $p=0,006$) como do Alentejo ($t_{(9,73)}=-1,99$; $p=0,000$). Por sua vez, face à análise de resultados foram encontradas diferenças significativas na extroversão, na amostra do Algarve ($t_{(3,98)}=3,04$; $p=0,004$) e na amostra do Alentejo ($t_{(9,63)}=3,18$; $p=0,000$), sendo que os níveis de extroversão são mais elevados quando se verifica um baixo grau de ideação suicida.

Contudo, quanto à amabilidade ($t_{(3,45)}=4,69$; $p=0,002$) foram identificadas diferenças significativas apenas na amostra do Algarve, entre os grupos, sendo que quando existe um baixo grau de ideação suicida, a amabilidade apresenta valores superiores.

No que concerne à satisfação com o suporte social, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas nas duas amostras. Sendo que, perante um baixo grau de ideação suicida a satisfação com o suporte social tende a ser superior, resultados observados na amostra do Algarve ($t_{(9,34)}=4,22$; $p=0,000$) e na amostra do Alentejo ($t_{(8,57)}=2,33$; $p=0,023$). Relativamente à satisfação com as amizades, apenas se verificaram diferenças significativas, entre os grupos, na amostra do Algarve ($t_{(8,41)}=2,55$; $p=0,014$), aferindo-se que quanto maior o grau de ideação suicida, menor a

satisfação com as amizades. Na amostra do Alentejo não se verificaram diferenças significativas, entre grupos, na satisfação com as amizades.

Verificaram-se, mais uma vez, diferenças significativas apenas na amostra do Algarve aquando da satisfação com a família ($t_{(4,22)}=3,77$; $p=0,000$) e da satisfação com as atividades sociais ($t_{(7,00)}=2,48$; $p=0,017$), sendo que quanto maior o risco de ideação suicida na amostra do Algarve, mais baixos são os níveis de satisfação com a família e de satisfação com as atividades sociais.

Por sua vez, aferiram-se diferenças significativas na satisfação íntima, aquando a comparação entre grupos, na amostra do Algarve ($t_{(45,00)}=3,32$; $p=0,000$) e na amostra do Alentejo ($t_{(7,83)}=2,64$; $p=0,010$). Perante um maior índice de ideação suicida nos participantes, a satisfação íntima tende a diminuir.

Seguidamente, analisou-se as variáveis psicológicas em função da história de tentativas de suicídio na amostra do Algarve e do Alentejo.

Tabela 17

Comparação de Médias, Desvios-Padrão, *d* de Cohen e Teste *t* de Student das Variáveis Psicológicas em Função da História de Tentativas de Suicídio na amostra do Algarve e do Alentejo

	Algarve (N=50)						Alentejo (N=70)					
	Ausência de História de Tentativas de Suicídio N=47		Presença de História de Tentativas de Suicídio N=3		<i>t</i>	<i>p</i>	Ausência de História de Tentativas de Suicídio N=46		Presença de História de Tentativas de Suicídio N=4		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>D</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
QIS	5,04	11,3	56,33	5,13	-	0,000	11,89	24,1	46,00	42,22	-	0,001
		6			7,71			2			3,42	
BHS	10,21	4,84	18,33	1,53	-	0,006	9,73	4,94	11,63	4,63	-	0,307
					2,87						1,03	
BDI-II	18,64	9,64	45,67	1,53	-4,81	0,000	14,00	9,75	22,00	15,52	-	0,046
											2,03	
Neuroticismo	27,81	3,95	37,00	1,00	-	0,000	22,35	9,75	29,63	14,29	-	0,065
					3,99						1,88	
Extroversão	24,70	4,93	15,33	2,08	3,25	0,002	29,52	7,20	24,63	10,70	1,70	0,093
Abertura à Experiência	22,70	2,72	22,00	2,65	0,43	0,666	25,69	4,00	25,50	5,15	0,12	0,901
Amabilidade	34,43	4,24	24,67	0,58	3,95	0,000	35,29	6,32	32,38	13,22	1,06	0,294
Conscienciosidade	33,19	3,52	26,67	5,03	3,04	0,004	39,55	5,49	33,82	14,79	2,17	0,034
ESSS	46,64	7,60	30,00	1,73	3,75	0,000	56,63	14,0	54,62	16,19	0,37	0,709
								0				
SA	17,19	2,73	13,67	1,15	2,20	0,032	20,98	4,48	19,00	7,39	1,09	0,281
SI	11,38	2,73	7,00	0,00	2,76	0,008	14,26	4,89	14,00	5,07	0,14	0,889
SF	11,55	2,77	5,33	0,58	3,84	0,000	12,22	3,67	10,87	4,82	0,94	0,348
SAS	6,51	2,05	4,00	1,00	2,09	0,042	9,16	4,04	10,75	4,71	-	0,307
											1,03	

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 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

No que respeita à história de tentativas de suicídio verificaram-se diferenças na ideação suicida tanto na amostra do Algarve ($t_{(3,74)}=3,74$; $p=0,000$) como na amostra do

Alentejo ($t_{(7,60)}=-3,42$; $p=0,001$). Aferindo-se que na presença de história de tentativa de suicídio o nível de ideação suicida é superior nas duas amostras [Algarve: ($M=56,33$; $DP=5,13$); Alentejo: ($M=46,00$; $DP=42,22$)].

Quanto à desesperança apenas se verificam diferenças entre grupos na amostra do Algarve ($t_{(5,29)}=-2,87$; $p=0,006$), sendo que o nível de desesperança é superior na presença de história de tentativa.

Na sintomatologia depressiva, por sua vez, na comparação entre grupos verificaram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra do Algarve ($t_{(19,60)}=-24,81$; $p=0,000$) e do Alentejo ($t_{(7,73)}=-2,03$; $p=0,046$) sendo que em ambas na presença de história de tentativa de suicídio os níveis de sintomatologia depressiva são superiores [Algarve: ($M=45,67$; $DP=1,53$); Alentejo ($M=22,00$; $DP=15,52$)].

Relativamente aos traços de personalidade encontraram-se diferenças muito significativas, entre o grupo com história de tentativa de suicídio e o grupo sem história de tentativa de suicídio na amostra do Algarve, nomeadamente no neuroticismo ($t_{(2,44)}=-3,99$; $p=0,000$), na extroversão ($t_{(3,67)}=-3,25$; $p=0,002$) e na amabilidade ($t_{(26,01)}=3,95$; $p=0,000$). Não se verificaram diferenças significativas nestes traços de personalidade na amostra do Alentejo.

Desta forma, constata-se que na presença de história de tentativa de suicídio os participantes da amostra do Algarve evidenciam mais traços de neuroticismo ($M=37,00$; $DP=1,00$) do que os que não apresentam história de tentativa de suicídio ($M=27,81$; $DP=3,95$).

Por sua vez, a análise permite aferir que na ausência de história de tentativa de suicídio os participantes da amostra do Algarve apresentam valores médios superiores de extroversão ($M=24,70$; $DP=2,72$) e de amabilidade ($M=34,43$; $DP=24,67$).

Concomitantemente, face à conscienciosidade aferiram-se diferenças significativas, entre os grupos na amostra do Algarve ($t_{(2,13)}=5,03$; $p=0,004$) e do Alentejo ($t_{(7,25)}=2,17$; $p=0,034$), concluindo-se que na ausência de história de tentativa de suicídio os indivíduos evidenciam mais traços de conscienciosidade [Algarve: ($M=33,43$; $DP=3,52$); Alentejo: ($M=39,55$; $DP=5,49$)].

Aquando da satisfação com o suporte social encontraram-se diferenças estatisticamente significativas na amostra do Algarve ($t_{(9,32)}=3,75; p=0,000$), não se tendo verificado diferenças significativas entre grupos na amostra do Alentejo ($t_{(8,41)}=0,37; p=0,709$).

Verifica-se, mais uma vez, que o nível de satisfação com as amizades ($t_{(3,66)}=2,20; p=0,032$), o nível de satisfação com a intimidade ($t_{(46,00)}=2,76; p=0,008$), o nível de satisfação com a família ($t_{(11,17)}=3,84; p=0,000$) e o nível de satisfação com as atividades sociais ($t_{(3,21)}=2,09; p=0,042$) são visivelmente superiores na amostra do Algarve mesmo quando existe história de tentativa de suicídio.

Concomitantemente, de modo a complementar os resultados supra explanados, analisou-se através do coeficiente de correlação de Pearson, a relação entre a participação em atividades religiosas, a receção de visitas e a presença de acontecimentos adversos e as variáveis psicológicas nas amostras do Algarve e do Alentejo.

No que respeita à participação em atividades religiosas, na amostra do Algarve os resultados aludem a uma correlação negativa e bastante significativa com a sintomatologia depressiva ($r=-0,47; p=0,000$), com os níveis de desesperança ($r=-0,50; p=0,000$), com a ideação suicida ($r=-0,37; p=0,009$), com o neuroticismo ($r=-0,50; p=0,000$). Continuamente, a participação nas atividades religiosas na amostra do Algarve encontra-se ainda correlacionada de forma positiva e muito significativa com a amabilidade ($r=0,50; p=0,000$), a conscienciosidade ($r=0,42; p=0,000$), a extroversão ($r=0,34; p=0,000$) e ainda com a satisfação com o suporte social ($r=0,57; p=0,000$), com a satisfação com as amizades ($r=0,34; p=0,015$), com a satisfação íntima ($r=0,38; p=0,006$), com a satisfação com a família ($r=0,55; p=0,000$) e com a satisfação com as atividades sociais ($r=0,50; p=0,000$).

Por sua vez, perante a observação dos resultados aquando da participação nas atividades religiosas na amostra do Alentejo foi possível verificar a existência de relações positivas estatisticamente significativas com a amabilidade ($r=0,38; p=0,001$) e a sintomatologia depressiva ($r=0,26; p=0,030$).

Ressalva-se que no que respeita à receção de visitas na amostra do Algarve observou-se a existência de uma correlação estatisticamente negativa com a

sintomatologia depressiva ($r=-0,30$; $p=0,033$) e a ideação suicida ($r=-0,32$; $p=0,023$). Assim como uma relação positiva e estatisticamente positiva com a satisfação com o suporte social ($r=0,38$; $p=0,006$), a satisfação com as amigas ($r=0,33$; $p=0,021$) e com a satisfação com a família ($r=0,33$; $p=0,007$).

Na amostra do Alentejo, no que concerne à receção de visitas verificou-se a presença de uma relação estatisticamente positiva com a extroversão ($r=0,36$; $p=0,002$), a conscienciosidade ($r=0,31$; $p=0,005$) e a satisfação com a família ($r=0,34$; $p=0,004$).

Relativamente à variável acontecimentos adversos, na amostra do Algarve foram encontradas relações negativamente significativas com a abertura à experiência ($r=-0,29$; $p=0,042$) e com a satisfação com a família ($r=-0,33$; $p=0,019$), e foram encontradas relações positivas e significativas com o neuroticismo ($r=0,32$; $p=0,022$) e com a desesperança ($r=0,30$; $p=0,037$).

Concomitantemente, em relação à variável acontecimentos adversos foram verificadas na amostra do Alentejo correlações estatisticamente positivas com o neuroticismo ($r=0,25$; $p=0,037$) e com a sintomatologia depressiva ($r=0,33$; $p=0,005$).

4.5. Relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis indicadoras de risco suicida

Na continuidade da análise estatística, decidiu-se explorar a relação entre as variáveis psicológicas e as variáveis indicadoras de risco suicida, através do procedimento estatístico de correlação bivariada de Pearson, e compreender de que forma estão correlacionadas.

4.5.1. Correlações entre as variáveis psicológicas e a ideação suicida na amostra total

Tabela 18

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

	Ideação Suicida (SIQ) (N=120)
BHS	0,38**
BDI-II	0,64**
Neuroticismo	0,50**
Extroversão	-0,31**

Abertura à Experiência	-0,07
Amabilidade	-0,33**
Conscienciosidade	-0,22*
ESSS T	-0,31**
SA	-0,25**
SI	-0,35**
SF	-0,30**
SAS	-0,11

Nota: 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.

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

Os resultados obtidos através da correlação de Pearson indicam que a Ideação suicida se encontra correlacionada de forma positiva e significativa com a desesperança ($r=0,38$; $p=0,000$), com a sintomatologia depressiva ($r=0,64$; $p=0,000$) e com o neuroticismo ($r=0,50$; $p=0,000$), A referente análise propõe que quanto maior o nível de ideação suicida maiores serão os níveis de desesperança e de sintomatologia depressiva e mais traços de neuroticismo o indivíduo possui.

Por sua vez, a extroversão ($r=-0,31$; $p=0,001$), a amabilidade ($r=-0,33$; $p=0,000$) e a conscienciosidade ($r=0,38$; $p=0,014$) apresentam uma correlação negativa e significativa com a ideação suicida, indicando que quanto maior for o nível de ideação suicida, menores são os valores médios de extroversão, amabilidade e conscienciosidade.

A ideação suicida apresenta-se ainda correlacionada de forma negativa e significativa com a satisfação com o suporte social ($r=-0,31$; $p=0,001$), a satisfação com as amigas ($r=-0,25$; $p=.006$), a satisfação com a intimidade ($r=-0,35$; $p=0,000$), a satisfação com a família ($r=-0,30$; $p=0,001$), verificando-se que quando existe ideação suicida a satisfação com o suporte social, mais concretamente, a satisfação com as amigas, a satisfação com a intimidade e a satisfação com a família é significativamente inferior.

4.5.2. Correlações entre as variáveis psicológicas e as tentativas de suicídio na amostra total

No prosseguimento da análise das associações entre as variáveis, procurou-se conhecer a relação entre as variáveis psicológicas e o número de tentativas de suicídio, partindo-se do princípio que o quanto mais vezes o indivíduo tenta o suicídio, maior será a intencionalidade de terminar com a própria vida.

Tabela 19

Correlações entre as variáveis psicológicas e as tentativas de suicídio na amostra total

	Tentativas de suicídio (N=11)
BHS	0,38**
BDI-II	0,64**
Neuroticismo	-0,50**
Extroversão	-0,31**
Abertura à Experiência	-0,07
Amabilidade	-0,33**
Conscienciosidade	-0,22*
ESSS T	-0,31**
SA	-0,25**
SI	-0,35**
SF	-0,30**
SAS	-0,11

Nota: 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.

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

No prosseguimento da análise das associações entre as variáveis, procurou-se conhecer a relação entre as variáveis psicológicas e as tentativas de suicídio.

Neste sentido, e de acordo com os dados da tabela, verifica-se que a variável tentativas de suicídio apresenta uma correlação significativamente positiva com a desesperança ($r=0,38$; $p=0,000$), com a sintomatologia depressiva ($r=0,64$; $p=0,000$) e com o traço de neuroticismo ($r=0,64$; $p=0,000$). Estes resultados apontam para uma relação diretamente proporcional, isto é, quanto maior o número de tentativas de suicídio maiores serão os níveis de ideação suicida, desesperança e sintomatologia depressiva, e mais traços de neuroticismo evidencia.

Por outro lado, as tentativas de suicídio encontram-se correlacionadas de forma negativa e significativa com a extroversão ($r=-0,31$; $p=0,001$), com a amabilidade ($r=-0,33$; $p=0,000$) e com a conscienciosidade ($r=-0,22$; $p=0,014$). Neste sentido, perante a presença de tentativas de suicídio, os níveis de extroversão, amabilidade e conscienciosidade tendem a ser menores.

As tentativas de suicídio encontram-se correlacionadas de forma negativa e significativa com a satisfação com o suporte social ($r=-0,31$; $p=0,001$), com a satisfação com as amizades ($r=-0,25$; $p=0,006$), com a satisfação com a intimidade ($r=-0,35$; $p=0,00$) e com a satisfação com a família ($r=-0,30$; $p=0,001$). Quanto maior o número de tentativas de suicídio, menores tendem a ser os níveis de satisfação com o suporte social em todas as subescalas.

4.6. Papel preditor das variáveis psicológicas na explicação da ideação suicida

De forma a estimar qual o contributo das variáveis psicológicas na explicação da ideação suicida recorreu-se, à técnica de regressão hierárquica multivariada. Esta técnica assume que existe uma relação entre a variável dependente e as variáveis independentes.

Inicialmente, tanto para a amostra total, como para a amostra do Algarve e do Alentejo analisou-se o contributo do conjunto das diversas variáveis psicológicas como – a desesperança, a sintomatologia depressiva, as características de personalidade e a satisfação com o suporte social pelo método enter. Ressalva-se que este método é um procedimento que permite a seleção de variáveis em que todas elas, num conjunto, entram no processo uma única vez.

Tabela 20
Regressão Hierárquica Multivariada para as Variáveis Preditivas da Ideação Suicida na Amostra Total

Variáveis	R^2	ΔR^2	B	$Se B$	β	t	p
Passo 1	0,459	0,459				-0,77	0,444
BHS			0,08	0,46	0,01	0,17	0,867
BDI-II			1,21	0,23	0,56	5,19	0,000
Neuroticismo			0,36	0,29	0,13	1,25	0,212
Extroversão			-0,00	0,30	-0,00	-0,01	0,990
Abertura à Experiência			0,00	0,48	0,00	0,00	0,998
Amabilidade			-0,82	0,37	-0,21	-2,24	0,027
Conscienciosidade			0,75	0,39	0,21	1,92	0,058
ESSS			-0,01	0,18	-0,01	-0,06	0,950
Passo 2	0,431	0,028				0,63	0,530
BDI-II			1,31	0,16	0,60	8,11	0,000
Amabilidade			-0,49	0,28	-0,13	-1,72	0,088

Nota. R^2 = Coeficiente de determinação ; ΔR^2 = Diferença de Coeficiente de determinação; B = Coeficiente não padronizado; β = Coeficiente de regressão padronizado; t = Teste t de Student para amostras independentes; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS= Valor total da Escala de satisfação com o suporte social

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

a. Variável Dependente: SIQ

A análise dos coeficientes do modelo de regressão mostra que o modelo do conjunto de todas as variáveis psicológicas em estudo contribuiu com 45,9% de explicação de variância da ideação suicida, sendo possível observar que apenas a sintomatologia depressiva ($\beta=1,21$; $p=0,000$) e a amabilidade ($\beta=-0,82$; $p=0,027$) permitem predizer de forma significativa a ideação suicida.

Posteriormente foram explorados vários modelos com as variáveis psicológicas, concluindo-se que o melhor modelo encontrado incluía as variáveis amabilidade e sintomatologia depressiva. Observando-se os indicadores do segundo passo, verifica-se que a sintomatologia depressiva detém uma relação positiva com a ideação suicida e a amabilidade uma relação negativa, sendo que o seu conjunto contribui para 43,1% de explicação da variância de ideação suicida.

Subsequentemente, decidiu-se explorar, separadamente, o contributo das variáveis psicológicas na variância da ideação suicida, na amostra do Algarve e do Alentejo, permitindo verificar se existem e quais as diferenças entre ambas.

Tabela 21

Regressão Hierárquica Multivariada para as Variáveis Preditivas da Ideação Suicida na Amostra do Algarve

Variáveis	R^2	ΔR^2	B	Se B	β	t	p
Passo 1	0,724	0,724				0,73	0,470
BHS			-0,50	0,57	-0,15	-0,88	0,382
BDI-II			0,97	0,25	0,67	3,89	0,000
Neuroticismo			-0,06	0,62	-0,01	-0,09	0,927
Extroversão			-0,79	0,37	-0,25	-2,10	0,042
Abertura à Experiência			-0,10	0,61	-0,02	-0,16	0,875
Amabilidade			0,02	0,56	0,01	0,04	0,965
Conscienciosidade			0,43	0,50	0,10	0,85	0,400
ESSS			-0,58	0,27	-0,30	-2,17	0,036
Passo 2	0,713	0,011				1,86	0,070
BDI-II			0,81	0,17	0,55	4,82	0,000
Extroversão			-0,64	0,31	-0,21	-2,01	0,043
ESSS			-0,41	0,20	-0,21	-2,00	0,051

Nota. R^2 = Coeficiente de determinação ; ΔR^2 = Diferença de Coeficiente de determinação; B= Coeficiente não padronizado; β = Coeficiente de regressão padronizado; t = Teste t de Student para amostras independentes; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS= Valor total da Escala de satisfação com o suporte social

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

a. Variável Dependente: SIQ

No que diz respeito à amostra do Algarve, o modelo do conjunto de todas as variáveis psicológicas permitiu explicar 72,4% da variância de ideação suicida, sendo que os 27,6% serão explicados por outros fatores.

Num segundo passo, decidiu-se explorar um modelo com as variáveis que revelaram uma predição significativa no conjunto de todas as variáveis, sendo estas a sintomatologia depressiva ($\beta=0,97$; $p=0,000$), a extroversão ($\beta=-0,79$; $p=0,042$) e a satisfação com o suporte social ($\beta=-0,58$; $p=0,036$).

Os indicadores consequentes do segundo passo demonstram que o modelo final com as variáveis sintomatologia depressiva, extroversão e satisfação com o suporte social contribui com 71,3% de explicação da variância de ideação suicida. A sintomatologia depressiva tem um contributo positivo ($\beta=0,81$; $p=0,000$) na ideação suicida, enquanto a extroversão ($\beta=-0,64$; $p=0,043$) e a satisfação com o suporte social

($\beta=-0,41$; $p=0,051$) detêm um contributo negativo, sendo a satisfação com o suporte social, marginalmente significativo.

Tabela 22

Regressão Hierárquica Multivariada para as Variáveis Preditivas da Ideação Suicida na Amostra do Alentejo

Variáveis	R^2	ΔR^2	B	Se B	B	T	p
Passo 1	0,554	0,554				1,18	0,242
BHS			-0,27	0,60	-0,05	-0,45	0,653
BDI-II			1,62	0,33	0,61	4,84	0,000
Neuroticismo			0,01	0,37	0,10	0,79	0,431
Extroversão			0,01	0,37	0,00	0,04	0,970
Abertura à Experiência			-0,81	0,62	-0,12	-1,30	0,199
Amabilidade			-0,54	0,49	-0,14	-1,11	0,269
Conscienciosidade			0,12	0,51	0,03	0,23	0,817
ESSS			-0,18	0,22	-0,09	-0,83	0,407
Passo 2	0,502	0,052				-2,96	0,004
BDI-II			1,89	0,23	0,71	8,28	0,000

Nota. R^2 = Coeficiente de determinação ; ΔR^2 = Diferença de Coeficiente de determinação; B= Coeficiente não padronizado; β = Coeficiente de regressão padronizado; t = Teste t de Student para amostras independentes; BHS = *Beck hopelessness scale*; BDI-II = *Beck depression inventory-II*; ESSS= Valor total da Escala de satisfação com o suporte social

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

a. Variável Dependente: SIQ

A análise dos coeficientes do modelo de regressão, na amostra do Alentejo, mostrou que o conjunto de todas as variáveis permitiu explicar 55,4% de variância de ideação suicida, sendo o restante explicado por outros fatores.

Posteriormente, a análise individual dos contributos dos preditores mostra que a variável sintomatologia depressiva ($\beta=1,89$; $p=0,000$) se revelou significativa para o modelo final, contribuindo com 50,2% de explicação da variância de ideação suicida. Verifica-se que a sintomatologia depressiva detêm uma relação positiva com a ideação suicida.

Sintetizando, os resultados dos modelos finais permitem concluir que no Algarve o conjunto das variáveis sintomatologia depressiva, extroversão e satisfação com o

suporte social têm um contributo significativo na variância da ideação suicida. No Alentejo o modelo final é composto apenas por uma variável, a sintomatologia depressiva, que detém um contributo significativo na variância da ideação suicida.

V- Discussão

“As atitudes em relação ao suicídio estão estreitamente relacionadas com ideologias de morte. Isto explica as similaridades e diferença entre as reações de diversas sociedades perante o suicídio.”
Stengel

A presente investigação teve como objetivo primordial compreender de que forma determinadas variáveis psicológicas podem influenciar a ideação suicida, comparando as amostras dos idosos do Alentejo e dos idosos do Algarve.

A ideação suicida foi considerada como indicador de maior vulnerabilidade para o comportamento suicidário, ou seja, representa o marco primário do processo suicida, sendo que quanto maiores forem os níveis de ideação de suicídio, maior é a probabilidade de ocorrência de um suicídio consumado.

A caracterização geral dos idosos permitiu verificar uma predominância do sexo feminino, tal como na generalidade dos estudos com enfoque na população idosa em Portugal (Carrilho & Patrício; 2009 INE, 2013), com idades compreendidas entre os 60 e os 97 anos.

Os idosos eram proveniente das regiões do Algarve e do Alentejo, fator a ter em consideração, uma vez que, residir em meio rural sobretudo no sul do país constitui-se como fator de risco. Eram maioritariamente viúvos, sem habilitações literárias, agricultores de profissão, sem consumo atual de álcool e com reduzida participação em atividades religiosas, sendo que 83 estavam institucionalizados e 37 residiam nas suas casas. Várias investigações reforçam a presença destes fatores como fatores de risco para o comportamento suicidário (DGS, 2013; Cruz, 2000; Henriques, 2006).

Constatou-se que a sua grande maioria recebe visitas, principalmente da parte dos filhos e dos netos.

A maior parte dos idosos sofre de alguma doença crónica do tipo não psiquiátrico, sendo os problemas cardíacos os mais mencionados. A presença de doenças está, por sua vez, ligada a alguma situação de dor, desconforto e incapacidade e até perda de mobilidade e autonomia. Diversos estudos mencionam que a doença física pode aumentar o risco de comportamentos suicidários, sobretudo se estiver relacionada com défices funcionais, dor crónica e dependência de terceiros (Abreu, 2010; DGS, 2013; Rosenberg & Mendoza, 2010).

Da amostra dos idosos, 11,7% refere a existência de tentativas de suicídio na família e 30,8% evidenciou a presença de suicídio na família sendo o grau de parentesco mais referido na tentativa de suicídio o tio e o irmão e no suicídio consumado o tio e o

primo. A história de suicídio na família é considerada um preditor importante de risco de atos suicidas (DGS, 2013).

Relativamente à tentativa de suicídio do próprio, 9,2% dos idosos afirmou ter tentado o suicídio, sendo o método mais comum a ingestão de fármacos e de substâncias inflamáveis. Ressalva-se que os idosos com história de tentativa de suicídio anterior são considerados um dos maiores grupos de risco de suicídio (Botega 2006; DGS, 2013; Sadock, 2007; Suominen *et al.*, 2004).

Na amostra dos idosos, 25,8% referiu ter vivenciado acontecimentos adversos nos últimos anos, sendo o mais relatado a morte do cônjuge e a aparecimento de doenças. A presença de acontecimentos de vida adversos é considerada um fator de risco, estando muitas das vezes relacionados com os comportamentos suicidas (Abreu, 2010; DGS, 2013; Viana, 2008).

Consequentemente, os resultados do nosso estudo permitiram constatar a presença de desesperança, sintomatologia depressiva, ideação suicida e neuroticismo, reforçando a hipótese de que a presença do conjunto destes fatores poderá ser considerada um risco de comportamento suicida.

Os idosos evidenciavam níveis de desesperança considerados moderados, bem como de sintomatologia depressiva, sendo que ambas as variáveis são consideradas fatores de grande vulnerabilidade e preditoras de ideação suicida.

Importa referir que face à ideação suicida 10% dos idosos situava-se acima dos valores médios considerados de risco, sendo que 66,7% era do sexo masculino. Alguns estudos sugerem que embora as tentativas de suicídio entre as mulheres sejam mais frequentes, os homens apresentam maior risco de suicídio, uma vez que concretizam mais e recorrem a métodos mais letais, como o enforcamento e as armas de fogo (Cândido, 2010; Veiga, 2014).

A análise dos traços de personalidade permitiu aferir que os idosos evidenciam mais traços de amabilidade e de conscienciosidade.

Os resultados permitiram aferir que a idade está relacionada de forma positiva e significativa com as variáveis psicológicas desesperança, amabilidade e conscienciosidade, verificando-se que aumentam com a idade (Magalhães et al, 2014; Martin, Rosa, Siegler, Davey, MacDonald, & Poon, 2006).

A participação em atividades religiosas está positivamente relacionada com a satisfação com o suporte social em todas as suas subescalas, indo ao encontro de outros estudos que concluíram que a participação em atividades religiosas era tida como um potencial protetor de comportamentos suicidários, uma vez que, os idosos que se envolvem com a vida e atividades religiosas apresentam maior bem-estar psicológico e menor prevalência de sintomatologia depressiva (Silva, Ronzani & Furtado, 2010).

Os resultados permitem aferir que a desesperança e a sintomatologia depressiva se correlacionam de forma positiva e significativa com o grau de ideação suicida. Ou seja, quanto maiores os valores de desesperança e sintomatologia depressiva, maior o risco de ideação suicida.

Como se verificou noutros estudos, a desesperança é um fator de risco e um dos maiores preditores de ideação suicida (Oliveira, 2003), sendo que os idosos com elevados níveis de desesperança apresentam uma probabilidade significativamente maior de realizarem suicídio (Cruz, 2006).

A desesperança além de desempenhar um papel preditor na ideação suicida é igualmente encarada como um fator mediador entre a depressão e o comportamento suicida. Ao se observar os resultados obtidos verifica-se, de igual modo, uma predominância de sintomatologia depressiva nos idosos que apresentam uma maior pretensão para a ideação suicida.

Realça-se que a sintomatologia depressiva é considerada um fator de grande vulnerabilidade para o comportamento suicidário. E que conforme o verificado e compartilhado com outros estudos a depressão assume uma grande importância nesta faixa etária, constituindo-se como a perturbação afetiva mais comum no idoso (Conwell, Duberstein & Caire, 2002).

Alusivamente à análise dos traços de personalidade constatou-se, como referido anteriormente, que o traço de personalidade mais presente nos idosos com risco de ideação suicida é o neuroticismo.

Os resultados evidenciam uma relação positiva e significativa entre a ideação suicida e o neuroticismo demonstrando que os idosos que apresentam maiores níveis de neuroticismo têm um maior risco de ideação suicida (Lynch *et al.*, 2014 *cit in* Iliceto *et al.*, 2014).

Desta forma, poder-se-á entender que o neuroticismo seja um traço característico na presença de um maior risco de ideação suicida, contrariamente à extroversão e amabilidade.

A análise dos resultados demonstrou que os traços de personalidade mais presentes nos idosos com baixo risco de ideação suicida são a extroversão e a amabilidade, apresentando uma relação negativa e significativa com a ideação suicida. Os resultados vão ao encontro do que é referido no estudo de DeShonh *et al.* (2015), que defendem que os idosos que apresentam maior risco de ideação suicida tinham níveis mais baixos de extroversão, nomeadamente na procura de atividades e nas emoções positivas sentidas.

Para além da extroversão, também a amabilidade se apresenta negativamente relacionada com a ideação suicida, sendo que os idosos que apresentam elevados níveis deste traço tendem a ser mais compassivos, amistosos e calorosos na relação com o outro, levando-os a desenvolver expectativas positivas sobre o futuro e um maior apreço pelo valor da vida (Segal *et al.*, 2012).

Pressupõe-se que a presença destes traços de personalidade conserva um papel protetor na ideação suicida na faixa etária dos idosos, uma vez que estes se envolvem mais com o mundo exterior e valorizam a relação com o outro.

Perante a análise da satisfação com o suporte social e a ideação suicida, foi possível observar de uma forma muito significativa, que as variáveis estão relacionadas de modo negativo, ou seja, quanto menor a perceção de satisfação com o suporte social maiores são os níveis de ideação suicida. Deste modo, verificou-se que os níveis de satisfação com as amizades, satisfação com a intimidade e satisfação com a família tendem a ser visivelmente inferiores quanto maior for o risco de ideação suicida.

Estudos ao nível social evidenciam a solidão e a baixa interação social como preditores do suicídio (Conwell *et al.*, 1991). Neste sentido o isolamento progressivo e a diminuição do apoio social proporcionam um aumento de comportamentos suicidas nos idosos (Rubenowitz *et al.*, 2001).

A família constitui um dos suportes fundamentais nesta fase da vida, a falta de apoio familiar pode ser um fator preditivo para a ideação suicida (*American Association of Suicidology*, 2009). De facto, o sentimento de desamparo emocional e a falta de

suporte adequado das pessoas mais significativas podem despoletar no idoso uma perda progressiva de ligação com a vida (Krüger & Werlang, 2010).

Relativamente à situação instituição, os resultados do presente estudo concluíram que não se verificam diferenças significativas na sintomatologia depressiva e na ideação suicida entre os idosos institucionalizados e não institucionalizados, o que vai ao encontro dos estudos de Almeida e Quintão (2012).

O estudo de Vieira (1996) sustenta que a institucionalização é vivenciada como stressante, podendo contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva, uma vez que, o idoso experiencia alterações no seu meio social e na sua vida. Contudo, esta hipótese apenas se verifica quando os idosos se encontram em situação permanente na instituição, apresentando níveis de sintomatologia depressiva mais elevados do que aqueles que apenas se encontram em centro de dia. Considera-se que a permanência íntegra na instituição pode sugerir alguma predisposição para o desenvolvimento da perturbação, uma vez que se encontram afastados das suas casas, numa rotina própria do lar e consideravelmente diferente do contexto familiar (Salgueiro, 2007).

Os resultados da análise dos traços de personalidade sugerem que os idosos não-institucionalizados e os que estão apenas em centro de dia demonstram valores mais elevados de extroversão e abertura à experiência. Estes resultados permitem validar a perspectiva que os idosos quando permanecem nas suas casas são mais abertos a novas experiência, ao estabelecimento de relações sociais e estão mais abertos para o outro (Almeida, 2011; Barroso & Tapadinhas, 2006).

Os idosos institucionalizados demonstram uma maior insatisfação com a própria intimidade, com as relações de amizade e sociais e com todas as atividade envolventes, bem como uma visível insatisfação com a família. Também os idosos que se encontram em situação permanente na instituição evidenciam insatisfação com a intimidade e insatisfação com as amizades.

Estes resultados indicam que face à instituição há um isolamento social e emocional, sendo possível que a insatisfação com o suporte social aumente ou seja sentida pela falta de visitas, pelo afastamento das suas residências e dos seus familiares, pela perda de identidade, de liberdade e de autonomia (Vieira, 1996).

Os resultados da presente investigação permitiram aferir a presença de maiores níveis de ideação suicida, de sintomatologia depressiva, de desesperança e de neuroticismo nos idosos com tentativas de suicídio prévias, comprovando que os idosos que admitem ter cometido uma tentativa de suicídio tendem a apresentar níveis muito superiores de desesperança e depressão.

Tosh e colaboradores (2005) verificaram uma relação positiva e significativa entre a depressão e o neuroticismo em idosos com tentativas prévias de suicídio, o que vai ao encontro dos resultados do presente estudo.

Duberstein e colaboradores (1994) verificaram que os sujeitos que tentaram suicídio apresentam níveis elevados de neuroticismo e níveis inferiores de amabilidade e extroversão. Os resultados obtidos no presente estudo reforçam esta afirmação, sendo que a amabilidade e a extroversão apresentam uma relação significativamente negativa com as tentativas de suicídio prévias.

Verificou-se uma baixa satisfação com o suporte familiar na presença de tentativas de suicídio prévias, levando à hipótese de que quanto menor a percepção de satisfação com o suporte e apoio por parte da família maior será o risco de ideação suicida e, por sua vez, maiores serão as probabilidades de ocorrência de tentativa de suicídio.

No presente estudo verificou-se que a presença de história de tentativa e/ou ato suicídio na família, bem como a presença de história de tentativa e/ou ato suicida de uma pessoa próxima contribuem para uma maior ideação suicida, o que vai ao encontro dos resultados anteriores (Cândido, 2010; Freitas & Botega, 2002). Uma grande percentagem dos idosos contactou com a existência de tentativas de e/ou suicídio na família como numa pessoa próxima, principalmente os idosos provenientes do Alentejo, revelando a realidade dessa região.

A presença de história de tentativa e/ou suicídio na família afeta o indivíduo, fomenta o isolamento, as atividades e as relações sociais tendem a diminuir, a sintomatologia depressiva e a desesperança são mais elevados, levando a uma maior propensão para a ideação suicida.

Estes resultados vão de encontro ao esperado na literatura (Santos, 2010; SPS, 2009) que evidenciam que a história de suicídio na família ou a tentativa de suicídio de uma pessoa próxima pode influenciar o risco de ideação suicida.

Verificou-se que a presença de acontecimentos adversos surge frequentemente associada à ideação suicida. Os resultados demonstram que os idosos que vivenciam os acontecimentos adversos apresentam um aumento da instabilidade emocional e da desesperança face ao futuro, corrobora-se uma perda de conscienciosidade acerca de si próprio, do seu papel no mundo e uma diminuta vontade de se relacionar com o outro e de procurar atividades sociais, levando a uma insatisfação com a própria intimidade e com todas as atividades envolventes. Pressupõe-se que isto conduz a um isolamento social e familiar, verificando-se índices de sintomatologia depressiva bastante significativos, uma visível insatisfação com o suporte familiar e, progressivamente, um aumento da ideação suicida.

Outro dos objetivos do presente estudo consistia em compreender em que medida determinados fatores psicológicos e/ou sociodemográficos podem influenciar a variação de ideação suicida em idosos, quer numa amostra do Algarve quer do Alentejo.

Conforme os resultados supra explanados verificam-se diferenças evidentes entre o Algarve e o Alentejo. Conclui-se que existe uma maior presença de sintomatologia depressiva no Algarve em comparação com o Alentejo, sendo esta considerada de moderada a grave. Realça-se que esta diferença poderá ter surgido pelo facto de a amostra do Algarve ser constituída apenas por idosos institucionalizados permanentemente, uma vez que a literatura refere uma maior sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados do que nos não institucionalizados (Barroso & Tapadinhas 2006; Carvalho & Fernandes, 1999; Fernandes, 2000; Rucan, Hategan, 2010; Vieira, 1996).

Na comparação entre o Alentejo e o Algarve não se evidenciam diferenças a nível da ideação suicida e da desesperança, considerando-se que em termos globais não existe uma disparidade entre regiões.

A análise dos traços de personalidade foi bastante interessante, uma vez que é no Algarve que o nível de neuroticismo é mais elevado, isto é, é no Algarve que os idosos evidenciam uma maior instabilidade emocional. Os idosos do Alentejo, por sua vez, apresentam uma maior conscienciosidade, uma maior extroversão e relação com os outros e uma maior abertura às experiências e às atividades sociais. Estes resultados

podem ser explicados por existirem na amostra idosos que não se encontram institucionalizados ou devido a uma maior participação dos idosos do Alentejo em atividades religiosas, uma vez que esta está relacionada de forma positiva com a extroversão, a abertura à experiência e a conscienciosidade, algo corroborado por outros estudos (Kosek, 1999; Saroglou, 2002; Silva, 2010; Taylor & McDonald, 1999).

Do mesmo modo, na satisfação com o suporte social, os idosos do Alentejo evidenciaram uma maior satisfação a todos os níveis comparativamente aos idosos do Algarve, à exceção da satisfação com a família, verificando-se que não existem diferenças entre regiões. De facto, poderá existir um equilíbrio entre as regiões, no sentido do que já foi descrito anteriormente, em que o afastamento da família e o isolamento se verifica nos idosos do Algarve e do Alentejo, verificando-se tanto nos idosos institucionalizados como nos que residem nas suas casas.

A satisfação com o suporte social advem das circunstâncias sociais em que se está inserido, ou seja, toda a satisfação sentida face ao suporte social é influenciada pelo contexto em que se vive e pelas relações que se criam.

Os idosos do Algarve contemplam as variáveis consideradas de risco e que contribuem para uma maior ideação suicida, tal como a desesperança, a sintomatologia depressiva e o neuroticismo, bem como baixos níveis de satisfação com o suporte social e familiar.

De igual modo, os idosos do Alentejo contemplam as variáveis sintomatologia depressiva e neuroticismo que contribuem para uma maior ideação suicida, contudo não detém a variável desesperança. Neste sentido, o baixo nível de desesperança proporciona que o idoso se consiga perceber no futuro e encontrar soluções para os seus problemas. Contudo, evidenciam também uma baixa satisfação com a intimidade.

A baixa percepção de satisfação com o suporte social assume-se como um perpetuador dos níveis de ideação suicida.

Os resultados vão ao encontro do esperado pela literatura, sendo que na presença de ideação suicida, os idosos revelam uma satisfação com as amizades, com as atividades sociais, com a família e com a intimidade muito baixa.

Ressalva-se que um dos aspetos do isolamento envolve muitas das vezes uma perda da rede de suporte e nos idosos que apresentam ideação suicida verificou-se que estes têm menos recursos e suportes, assim como menos contacto com familiares e amigos.

Perante os resultados expostos, procurou-se analisar o efeito das variáveis psicológicas como predictoras de ideação suicida enquanto variável dependente.

Na amostra total quando se analisou o contributo diferencial de todas as variáveis psicológicas, verificou-se que estas explicavam aproximadamente cerca de 45,9% de variância de ideação suicida. No entanto, ao analisar-se o contributo diferencial da sintomatologia depressiva e da amabilidade, constatou-se que em conjunto explicam cerca de 43,1%, sendo o contributo da sintomatologia depressiva positivo e extremamente significativo e o da amabilidade negativo. Este resultado encontra suporte na literatura, uma vez que salienta o efeito da sintomatologia depressiva enquanto preditora da ideação suicida (Beck, Rush, Shaw, & Emeny, 1997; Sampaio & Telles-Correia, 2013) e a amabilidade enquanto protetora da ideação suicida.

Na amostra do Algarve, ao analisar-se o contributo de todas as variáveis psicológicas estas explicaram 72,4% da variância, contudo ao verificar o contributo diferencial do conjunto das variáveis sintomatologia depressiva, extroversão e satisfação com o suporte social estas explicavam 71,3%, quase tanto como o conjunto de todas as variáveis. A sintomatologia depressiva detém um contributo significativamente positivo na ideação suicida e a extroversão e a satisfação com o suporte social contribuem de forma negativa, ainda que a última seja marginalmente significativa.

Mais uma vez a sintomatologia depressiva é considerada um fator de grande vulnerabilidade para a ideação suicida. Por sua vez, a extroversão detém um papel protetor face à ideação suicida, bem como a satisfação com o suporte social.

Na amostra do Alentejo verificou-se que cerca 55,4% da variância era explicada por todas as variáveis, no entanto a sintomatologia depressiva sozinha explica cerca de 50,2% da variância da ideação suicida, sendo o seu contributo positivo e muito significativo.

Neste sentido, é importante salientar a importância que a sintomatologia depressiva tem na ideação suicida e por isso deve ser alvo de intervenção psicológica no sentido de contribuir para a diminuição da ideação suicida e, conseqüentemente, do risco de suicídio.

A realização deste estudo permitiu um conhecimento mais concreto e uma maior consciencialização sobre a forte relação que a sintomatologia depressiva e a satisfação com o suporte social assumem face à ideação suicida.

A literatura tem salientado que a associação entre a sintomatologia depressiva e o suicídio é inegável, e que a sua presença torna o idoso mais vulnerável, podendo apresentar uma maior pretensão para a ideação suicida.

Desde há muito tempo que a sintomatologia depressiva tem sido relatada como a perturbação psicológica mais comum nos idosos, contudo o seu número é mais elevado do que as estatísticas mostra, pois estas perturbações estão frequentemente mascaradas, sendo os sintomas entendidos como consequências da idade ou de outras doenças físicas, perda de capacidade (DGS, 2013; Sadock, 2007; SPS, 2011).

Assim, é importante existirem meios de diagnóstico adequados à faixa etária, sendo fundamental que os profissionais de saúde incorporem ações frequentes de despiste, para uma identificação o mais precoce possível de sinais e sintomas depressivos, o que permitiria o desenvolvimento e adoção de medidas estratégicas adequadas à prevenção do aparecimento ou agravamento de sintomatologia depressiva na população idosa.

Frequentemente, a literatura refere uma maior sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados quando comparados com os idosos que residem nas suas casas. Este efeito poderá explicar a diferença existente na sintomatologia depressiva e satisfação com o suporte social entre o Alentejo e o Algarve.

Estudos recentes referem ainda não se saber se os lares de idosos proporcionam o aparecimento de sintomatologia depressiva ou se a mudança está associada ao agravamento ou surgimento desta perturbação. Contudo, parece possível afirmar que não é a institucionalização, em si, que pode influenciar a saúde mental mas sim a qualidade do acompanhamento ao idoso que é feito nas instituições e o acompanhamento e apoio familiar (Blazer, 2003; Vaz, 2009).

Para os idosos, mais do que a perda de papéis, mais do que a redução de ligações sociais, importa a perda de ligações da família, importa este efeito de isolamento familiar preponderante que atua como fator de risco para a ideação suicida.

Para o idoso a família é muito importante e pode desempenhar um papel de proteção e bem-estar psicológico. A família é um dos suportes fundamentais nesta fase da vida, e a falta de apoio familiar pode ser um preditor para a ideação suicida.

A consciencialização acerca da problemática da depressão em contexto institucional, por parte dos técnicos responsáveis pelas instituições de idosos, bem como, das equipas prestadoras de cuidados, é de vital importância.

A presente investigação apresenta algumas limitações. Entre elas constata-se a escassa existência de investigações anteriores sobre a ideação suicida nos idosos portugueses, sendo que as investigações se têm debruçado mais sobre os comportamentos suicidas (tentativas e/ou suicídio consumado).

O método de recolha de dados pode ser apontado como uma limitação. A recolha de dados ao ter sido em formato entrevista pode ter enviesado os resultados devido à sensibilidade da temática abordada, que pode ter influenciado as respostas dos participantes aos questionários devido ao efeito de desejabilidade social, tendo em conta que este tema acarreta questões de vulnerabilidade e confronto com uma realidade própria e dolorosa para os participantes.

O contexto em que ocorreu a recolha dos dados, como a salas de convívio das instituições pode ter sido inibitório de respostas totalmente sinceras.

Alguns instrumentos revelaram-se complexos e extensos para a população idosa. Devido à faixa etária em questão, ressalva-se a possibilidade da interferência de aspetos como o cansaço psicológico ou dificuldades de interpretação que podem ter levado a respostas menos fiáveis por parte dos mesmos, dificultando o número de recolha de amostra devido ao tempo despendido com cada idoso.

Sugere-se que, em investigações futuras, se possa readaptar a metodologia utilizada na presente investigação, utilizando preferencialmente o método de entrevista fazendo-se posteriormente uma análise qualitativa dos resultados obtidos. A realização de entrevistas possibilitaria a obtenção de mais informação, tornando possível compreender de forma mais realista o que significa este fenómeno para cada idoso.

A reduzida dimensão da amostra do Algarve, bem como a situação de institucionalização poderá ter condicionado os resultados, sendo que em investigações futuras, seria pertinente aumentar a amostra e constituir um grupo com idosos institucionalizados e não-institucionalizados.

Como sugestão para estudos futuros propõe-se uma replicação deste estudo aumentando o número de zonas geográficas para recolha de dados, de forma a verificar se estas relações encontradas se mantêm em áreas com menor frequência de suicídio. Seria de real interesse, poder-se analisar se nestas duas regiões existe alguma justificação genética, ou se apenas se pode falar de condições pessoais e ambientais.

Num cenário mais interventivo revela-se pertinente fomentar iniciativas de formação para os profissionais de contacto com os idosos, de modo a informá-los acerca do que é o suicídio nos idosos e assim adaptar o tipo de intervenção às necessidades

desta faixa etária. Revela-se também urgente a necessidade de agir de modo preventivo junto dos idosos, desenvolvendo aspetos como a promoção da qualidade de vida, promoção de cuidados à população idosa, principalmente um maior acesso a intervenções psicológicas e psiquiátricas e uma maior prevenção e sensibilização do fenómeno suicida.

VI- Referências Bibliográficas

Abreu, K. (2010). Comportamento Suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 12(9), 195-200. Consultado em 30 de Janeiro de 2017 através de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/v12n1a24.htm>

Afonso, A. & Nunes, C. (2011). *Estatística e probabilidades: aplicações e soluções em SPSS*. Lisboa: Escolar Editora.

Almeida, L. & Quintão, S. (2012). Depression and Suicidal ideation in Elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal. *Ata da Ordem dos médicos*. 25(6), 356-358. doi: 10.1590/1807-57622013.0241

Almeida, M. D. (2011). *Ansiedade, Depressão, Ideação suicida, Coping em idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

American Psychiatric Association (APA) (2009). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi Editores. Andrews, G. (2001). Promoting health and function in an ageing population. *BMJ*, 322, 728- 729.

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.

Baechler, J. (1975) – *Les suicides*. Paris : Alcan

Bahls, S. C. (1999). Depressão: uma breve revisão dos fundamentos biológicos e cognitivos. *Interação*, 3, 49-60.

Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). *Órfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. O Portal dos Psicólogos. Consultado em 20 Março 2016 através de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>

Baptista C. S. & Sousa, M. J. (2011). *Como Fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios*. Lisboa: Pactor.

Beck, A. T., Erbaught, J., Ward, C. H., Mock, J., & Mendelsohn, M. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4(6), 561-571.

- Beck A.T., Steer, R.A., Kovacs M., & Garrison B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry*, 142(5), 559–563.
- 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., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio: Psychological Corporation
- 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.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Beeston D. (2006). Older people and suicide. *Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health*. Staffordshire: Staffordshire University.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em Idosos*. São Paulo: Editora Andrei.
- Borges, R., & Werlang, G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.
- Botega, N. (2006). *Prática psiquiátrica no hospital geral: Interconsulta e emergência*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Bowling, A. (1991). *Research methods in health*. Buckingham: Open University.
- Brás, M. (2008). *Acontecimentos de vida negativos, padrões de vinculação e ideação suicida*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Universidade do Algarve. Faro.
- Brás, M. & Cruz, J.P. (2008). Interações entre alguns traços de personalidade e acontecimentos de vida negativos como factores de vulnerabilidade em relação à

conduta suicida, In Leal I., Pais-Ribeiro J.L., Silva I., & Marques S. *Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*, (pp. 463-467). Lisboa. ISPA Edições.

Calenti, J. (2002). *Inclusão social-laboral e envelhecimento das pessoas com incapacidades intelectuais*. Coruna: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

Canetto, S. (2008). Women and suicidal behavior: A cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.

Campos, M. A., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos*, 81-106.

Campos, R. C., & Gonçalves, 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, M. (2010). *Cultura suicida no Alentejo os factores promotores de ideação suicida e desesperança*. Dissertação de Mestrado de Psicologia da Saúde. Universidade do Algarve, Algarve.

Carrilho, M. & Patrício, L. (2004). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 34, 127-153.

Carvalho, V., & Fernandes, M. (1999). Depressão no idoso. In M. Netto (Ed). *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada*, (pp. 60-70). São Paulo: Editora Atheneu.

Cavalcante, F. G., Minayo, M. C., & Mangas, R. M. (2013). Diferentes faces da depressão no suicídio em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2985-2994.

Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in the aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 46-49.

Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 333-356.

Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. doi:10.1016/S0006-3223(02)01347-1.

Conwell, Y., Olsen, K., Caine, E. D., & Flannery, C. (1991). Suicide in later life: psychological autopsy findings. *International Psychogeriatrics*, 3(1), 59-66.

Costa, J. (2010). *Tentativa de suicídio: Revisão bibliográfica*. Dissertação de Mestrado. Universidade da Beira Interior, Beira Interior.

Costa, J. (2013). *Representações do suicídio no Alentejo*. Dissertação de Mestrado. Universidade de Évora, Évora.

Cruz, J.P. (2000). *Terapia Cognitiva de los Intentos de Suicidio – Cambiando Historias de Muerte por Historias de Vida*. (Tese de Doutoramento), Universidad de Sevilla.

Cruz, J.P. (2003). Modelo Cognitivo da Conduta Suicida. *Studia*, 5, 193-230.

Cruz, J. P. (2006). Memórias traumáticas, autonarrativas e conduta suicida: um ensaio terapêutico. In Pires C. (Ed.) *Stress Pós-Traumático - Modelos, Abordagens & Práticas*, (pp.50-80). Lisboa: Diferença.

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 socioeconómicas e de saúde. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12(3), 518-24.

De Leo, D., Padoani, W., Lonqvist, J., Kerkhof, M., Bille-Brahe, U., Michel, K., & Scocco, P. (2001). Repetition of suicidal behaviour in elderly Europeans: a prospective longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 72(3), 291-295.

DeShong, H. L., Tucker, R. P., O'Keefe, V. M., Mullins-Sweatt, S. N., & Wingate, L. R. (2015). Five factor model traits as a predictor of suicide ideation and interpersonal suicide risk in a college sample. *Psychiatry research*, 226(1), 217-223.

Dicionário da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico (2003-2015). Porto: Porto Editora. Consultado em 4 de Abril de 2016 através de <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/suicidio>.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional de prevenção do suicídio 2013-2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Dorpat, L., Anderson, F., & Ripley, S. (1968). The relationship of physical illness to suicide. *Suicidal behaviors: Diagnosis and Management*, 209-219.
- Drayer R., (2005). Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 20(10), 973-82.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., & Caine, E. D. (1994). Age differences in the personality characteristics of suicide completers: preliminary findings from a psychological autopsy study. *Psychiatry*, 57(3), 213-224.
- Durkheim, E. (1897/2001). *O Suicídio: Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de ideação suicida (QIS). In Simões M., Gonçalves M., & Almeida L. (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, 2, (pp. 124-130).
- Fortin, M., F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- 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.
- Freixo, M., J., V. (2009). *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In S. Freud (Ed). *Freud: Obras Completas*, 14, 237-260. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Gonçalves, L. R. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: Dinâmicas Familiares*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto, Porto.

Guerreiro, M., Silva, A., Botelho, M. A., Leitão, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução da “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9-10.

Hansen-Kyle, L. (2005). A concept analysis of healthy aging. *Nursing Forum*, 40(2), 45-57.

Henriques, L.L. (2006). Comportamentos Suicidários e Modelos Sociológicos. Alguns Pressupostos Teóricos. *Comportamentos Suicidários em Portugal*, 75-102. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sociologia

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.

INE (2013). *Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por lesões autoprovocadas intencionalmente por local de residência e sexo*. Consultado em 20 de Janeiro de 2017 através de <https://www.ine.pt/>

Joiner, T.E., Van Orden, K., Witte, T., Selby, E., Ribeiro, J., Lewis, R., *et al.* (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 634-646. doi: 10.1037/a0016500.

Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617-626. doi: 10.1001/archpsyc.56.7.617.

Kosec, R. B. (1999). Adaptation of the Big Five as a hermeneutic instrument for religious constructs. *Personality and Individual Differences*, 27, 229-237.

Kraemer, H., C., Kazdin A., E., Offord, D., R., Kessler, R., C., Jensen P., S. & Kupfer, D., J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.

Krüger, L. L., & Werlang, B. G. (2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.

Lehmann, R., Denissen, J., Allemand, M., & Penke, L. (2012). Age and gender differences in motivational manifestations of the big five from age 16 to 60. *Developmental Psychology*, *49*(2), 365.

Lima, P. S. & Simões, A. (2000). *NEO PI-R – Inventário de Personalidade NEO PI-Revisão*. Lisboa: Cegoc-Tea.

Lovisi, G. M., Santos, A. S., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *31*, 86-93.

Magalhães, E., Salgueira, A., Gonzalez, A. J., Costa, J. J., Costa, M. J., Costa, P. & Pedroso L., 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.

Marques, F., Teixeira, C., & Sousa, N. (2012). Cuidadores informais de Portugal: vivências do cuidar de idosos. *Trabalho, Educação e Saúde*, *10*(1), 147-159.

Martin P., da Rosa G., Siegler I. C., Davey A., Macdonald M., Poon L. W. (2006). *Personality and longevity: Findings from the Georgia Centenarian Study*, *28*, 343-352. doi: 10.1007/s11357-006-9022-8.

McCrae, R.R. & John, O.P. (1992). La 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.

McIntosh, J. L., Santos, J. F., Hubbard, R. W., & Overholser, J. C. (1994). *Elder suicide: Research, theory and treatment*. Washington: American Psychological Association.

McGoldrick, M., Carter, E. (1982). The Family Life Cycle. In Walsh (Ed). *Normal Family Processes*. 7, (pp. 167-195). New York: The Guilford Press.

- Minkoff K, Bergman E, Beck AT, & Beck R. (1973). Hopelessness, depression, and attempted suicide. *Am J Psychiatry*, 130(4), 455–459.
- Minayo, M. C., & Cavalcante, F. (2010). Suicídio entre pessoas idosas: Revisão da literatura. *Revista de Saúde Pública*, 44 (4), 750-757.
- Minuchin, S. (1990). *Famílias: funcionamento e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mitty, E., & Flores, S. (2008). Suicide in late life. *Geriatric Nursing*, 29(3), 160-165.
- Morais, S., & Sousa, G. (2011). Representações sociais do suicídio pela comunidade de dormentes. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 31(1), 160-175.
- Netto, M. (2002). *Gerontologia: A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- O'Brien, P. G., Kennedy, W. Z., & Ballard, K. A. (2002). *Enfermagem Psiquiátrica, Uma integração de Teoria e Prática*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Observatório Nacional de Saúde (2002). Há 8% de idosos a viver constantemente acamados. *Jornal de Notícias*, 318(114), 16-18.
- O'Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., & Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *British Medical Journal*, 329(7471), 895-899.
- 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, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 4(19), 509-521.
- Oliveira, A. (2003). *Ilusões: A melodia e o sentido da vida na idade das emoções. Representações sociais da morte, do suicídio e da música na adolescência*. Dissertação de Mestrado. ISCTE, Lisboa.
- Oliveira, C. R., Rosa, M., Pinto, A., Botelho, M., Morais, A., & Veríssimo, M. (2010). *Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra: OMS, Departamento de Saúde Mental e abuso de substâncias.

OMS (Organização Mundial de Saúde) (2013). *Data and statistics*. Consultado em 30 de Julho de 2016 através de <http://www.who.int/research/en/>

OMS (Organização Mundial de Saúde). (2015). *Suicide facts*. Consultado em 30 de Julho de 2016 através de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>

Pearson, J. L., & Conwell, Y. (1995). Suicide in late life: Challenges and opportunities for research. Introduction. *International Psychogeriatrics*, 7(2), 131–136.

Peixoto, B. & Azenha, S. (2006). Aspectos Históricos, Filosóficos e Conceptuais do Suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal*, (pp. 19-54). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Pinto G., J. (1990). *Fatores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão*. Dissertação de Doutoramento. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Coimbra, Coimbra.

Pirkis, J. (2000). *Suicidal ideation and suicide attempts among Australian adults*, 21(1), 16-25.

Pocinho, S. M. (2007). *Fatores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano*. Dissertação de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Universidade do Porto, Porto.

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.

Reinecke, M. (2004). Suicídio e Depressão. In Dattilio, M., & A. Freeman. (Eds). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*, (pp.82-113). Porto Alegre: Artmed Editora

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.
- Rosenberg, S., Mendoza, J. (2010). Suicide and prevention in Australia: Breaking the Silence. Austrália: Lifeline Australia
- Rothes, I. (2006). *Suicídio Juvenil. Representações sociais dos médicos e dos psicólogos*. Dissertação de Mestrado. Universidade do Porto. Porto
- 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.
- Rush, A. J. & Beck, A. T. (1978). Cognitive Therapy of depression and suicide. *American Journal of Psychotherapy*, 32(2), 261-219.
- Rubenowitz, E., Waern, M., Willemson, K., & Allbeck, P. (2001). Life events and psycho-social factors in elderly suicides case control study. *Psychological Medicine*, 31(1), 193-202.
- Sadock, B. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Sampaio, D. (2005). Suicídio e para-suicídio. In J. Cordeiro. (Ed). *Manual de Psiquiatria Clínica*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Sampaio, D. & Telles, D. (2013). Suicídio nos mais velhos: fundamental não esquecer. *Acta Médica Portuguesa*. 26(1), 1-2.
- Sampaio D. (2013). Suicídio nos mais velhos: Fundamental não esquecer! *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 26(1), 12.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho: O adolescente e o suicídio*. 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.
- Santos, J. (2010). *Guia Orientador de Boas Práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Saraiva, C.B. (1999). *Para-suicídio*. Lisboa: Quarteto.
- Saraiva, C. B. (2006). Psicopatologia e Prática Clínica. In B. Peixoto, C. B., Saraiva, & D. Sampaio (Eds). *Comportamentos suicidários em Portugal*, (pp. 435-446). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (2010). Suicídio: De Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31(3), 185-205.
- Saraiva, C., B. & Gil, N., P. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio. *Suicídio e comportamentos autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*, (pp. 41-54). Lisboa: Lidel.
- Saroglou, V. (2002). Religion and the five factors of personality: a meta-analytic review. *Personality and Individual Differences*, 32, 15-25.
- Seabra, D. (2006). Idades avançadas, da solidão ao suicídio. In B. Peixoto, C. B. Saraiva, & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Segal, D. L., Marty, M. A., Meyer, W. J., & Coolidge, F. L. (2012). Personality, suicidal ideation, and reasons for living among older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(2), 159-166.
- Shneidman, E. (1993). *Suicide as psychache. A clinical approach to self destructive behavior*. New Jersey: Jason Aronson.
- Shulman, K. (1978). Suicide and parasuicide in old age: A review. *Age Ageing*, 7, 201-209.
- Silva C. S., Ronzani T. M., Furtado E. F., Aliane P. P., Moreira A. A. (2010). Relationship between religious practice, alcohol use, and psychiatric disorders among pregnant women. *RevPsiquiatricClinic*, 37(4), 152-6.
- Silva, D., L. (2010). *Traços de Personalidade e Religião: Meio Rural versus Meio Urbano*. Dissertação de Mestrado de Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapia. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Lisboa.

Silva, V., Oliveira, H., Botega, N., Marin-Leon, L., Barros, M., & Dalgalarrodo, P. (2006). Factores associados à ideação suicida na comunidade: um estudo de caso controle. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1835-1843.

Sociedade Portuguesa de Suicidologia. (2011). *Estatística*. Consultado em 26 de Março de 2017 através de <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/estatistica>

Soeiro, P. (2006). Modelos Psicológicos do Suicídio. *Comportamentos Suicidários em Portugal*, (pp. 123-135). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Sociologia.

Sousa, G., Silva, R., Figueiredo, A., Minayo, M., & Vieira, L. (2013). Circunstâncias que envolvem o suicídio de pessoas idosas. *Comunicação, Saúde, Educação*, 973-986. doi: 10.1590/1807-57622013.0241.

Sullivan, H. (1953). *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. New York: Norton.

Suominen, K. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 161(3), 562-563.

Taylor, A., & Macdonald, D. A. (1999). Religion and the five factor model of personality: an exploratory investigation using Canadian university sample. *Personality and Individual Differences*, 27, 1243-1259.

Vaz, A. (1999). *O Stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edições Minerva.

Veiga, A., & Saraiva, C. (2003). Age patterns of suicide: Identification and characterization of European clusters and trends. *Crisis*, 24(2), 56-67.

Veiga, F. & Saraiva, C. (2009). *O suicídio em Portugal*. Consultado em 10 de Fevereiro de 2016 através de <http://www.spsuicidologia.pt>

Viana, G. (2008). Prevalência de suicídio no Sul do Brasil, 2001-2005. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 57(1), 38-43. Consultado em 30 de Janeiro através de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a08.pdf>.

Vieira, E. (1996). *Manual de gerontologia: um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Editora Revinter.

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.

Velting, D. M. (1999). Suicidal ideation and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 27(5), 943-952.

Waern, M., Rubenowitz, E., & Wilhelmson, K. (2003). Predictors of Suicide in the Old Elderly. *Gerontology*, 49, 328-334. doi: 10.1159/000071715.

Werlang, Borges, & Fensterseifer (2005). Índicios de Potencial Suicida na Adolescência. *Psicologia Revista*, 14(1), 41-58.

ANEXOS

Anexo A

Questionário

Sociodemográfico

Questionário sociodemográfico

Número do Questionário: []

Identificação da Instituição: _____

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? 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 []

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

Se sim, qual? _____

Indique com que frequência:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente
Consome álcool.					
Participa em atividades religiosas.					

Participa em algum tipo de atividade social? Não Sim Qual? _____

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)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

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 correctamente 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 correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. 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 correcta.)

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

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.

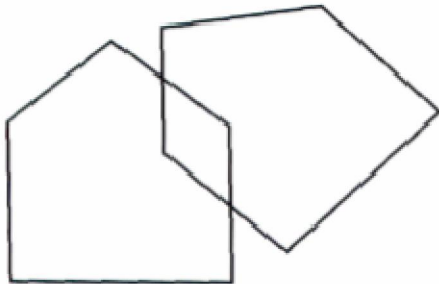
Frase: _____

Nota : _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

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:



Cópia:

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Anexo C

Questionário de Ideação

Suicida (SIQ)

QUESTIONÁRIO DE IDEACÃO SUICIDA – QIS

(Reynolds, 1988; adaptação 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
1 = Pensei nisto mas não no último mês
2 = Cerca de uma vez por mês
3 = Duas vezes por mês
4 = Cerca de uma vez por semana
5 = Duas vezes por semana
6 = Quase todos os dias

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, **preencha** o quadrado errado e assinale com um novo X a resposta correcta: **DF D N C CF**.

	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF 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.					
6. Sinto-me, muitas vezes, inferior às outras pessoas.					
7. Rio, facilmente.					
8. Quando encontro uma maneira correta de fazer qualquer coisa, não mudo mais.					
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.					
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo, de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.					

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.					
	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
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 objetivos claros, e faço por atingi-los, de uma forma ordenada.					
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, aborreço-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem-disposta.					
	DF Discordo Fortemente	D Discordo	N Neutro	C Concordo	CF Concordo Fortemente
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.					
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 ativa.					
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 abstratas.					
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>1. Tristeza 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>2. Pessimismo 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>3. Fracasso passado 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>4. Perda de prazer 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>6. Sentimentos de punição 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>7. Auto-estima 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>8. Autocrítica 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>9. Pensamentos ou desejos suicidas 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>10. Choro 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>
---	--

<p>5.Sentimentos de culpa 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>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</p> <p>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.</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p>	<p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>21.Perda de interesse por sexo 0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p>

<p>16. Alterações no padrão de sono</p> <p>0 Não percebi nenhuma mudança no meu sono</p> <p>1a Durmo um pouco mais do que o habitual</p> <p>1b Durmo um pouco menos do que o habitual</p> <p>2a Durmo muito mais do que o habitual</p> <p>2b Durmo muito menos do que o habitual</p> <p>3a Durmo a maior parte do dia</p> <p>3b Acordo 1 ou 2 horas mais cedo e não consigo voltar a dormir</p>	<p>1 Estou menos interessado(a) em sexo do que costumava estar</p> <p>2 Estou muito menos interessado(a) em sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p>
--	--

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 assimilar 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

Exmo(a) Sr.(a) Diretor(a) da Direção

No âmbito da minha dissertação de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, no Departamento de Psicologia e Ciências da Educação, da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, da Universidade do Algarve estamos a desenvolver uma investigação científica sobre os fatores de risco para o suicídio em idosos do Algarve e do Alentejo, uma vez que nestas regiões a taxa de suicídio é aproximadamente o dobro da taxa de suicídio nacional.

Neste sentido, venho por meio desta carta solicitar a colaboração da instituição que vossa excelência preside no sentido de realizar uma recolha de dados para fins de investigação científica.

Atualmente, o suicídio é considerado um dos maiores problemas de saúde pública. Portugal apresenta uma taxa de suicídio muito preocupante (10 suicídios por 100.000 habitantes), e o Alentejo e o Algarve são as regiões com as taxas mais elevadas, particularmente na população com 65 ou mais anos. Face a esta realidade, torna-se importante, numa primeira fase, conhecer as características psicológicas desta população, de modo a, posteriormente, planear-se e implementar-se estratégias de prevenção dos problemas de saúde mental.

O objetivo da presente investigação consiste em conhecer e compreender quais os fatores psicológicos de risco para o comportamento suicida na população idosa do Algarve, comparando-os numa fase seguinte com os idosos do Alentejo no âmbito de um estudo iniciado no ano anterior.

A participação dos idosos será voluntária e a recolha de dados será desenvolvida através de entrevista e/ou questionário, mediante um consentimento informado. Os dados recolhidos são confidenciais, anónimos e destinam-se apenas a fins de investigação.

Saliento ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa, sendo cumprido o horário da instituição e a disponibilidade dos participantes.

No final do projeto, teremos todo o prazer, em dar-vos a conhecer os resultados da investigação.

Certa que o vosso contributo será fundamental para ajudar a desenvolver este estudo, agradeço antecipadamente a vossa colaboração e disponibilidade.

Caso surja alguma dúvida, ou necessite de informação adicional, por favor contacte Patrícia Canhoto através do número 967646606 ou através do e-mail patricia_pi@live.com.pt.

Com os melhores Cumprimentos, Patrícia Isabel Cochicho Canhoto

Anexo I

Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

O meu nome é Patrícia Canhoto e frequento o 5º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar num estudo que estou a desenvolver, para a minha tese de Mestrado sob a orientação da Professora Marta Brás, docente na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, que tem como principal objetivo determinar os fatores de risco de suicídio em idosos do Algarve.

Os dados recolhidos são de grande importância para o desenvolvimento da investigação científica na área da conduta suicida e essencial para promover programas de prevenção do suicídio.

Este estudo não lhe trará nenhuma despesa ou risco. As informações serão recolhidas em entrevista através de questionários que poderão ser lidos e preenchidos pela investigadora.

Mais se informa que os dados recolhidos serão tratados estatisticamente e servem apenas para os fins de investigação, pelo que será garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.

A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Depois de ouvir os procedimentos de investigação acima referidos reconheço que me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas. Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que sou livre de abandonar o estudo sem qualquer consequência e sem ter de fornecer qualquer explicação.

Declaro assim, que aceito participar nesta investigação, com a salvaguarda da confidencialidade e anonimato.

Assinatura: _____

Data: _____