



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Ciências da Saúde

LUTO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS IDOSOS DA COVA DA BEIRA

Patrícia Batista

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Professor Doutor José Carlos Santos

Covilhã, Outubro de 2012

O gesto suicida é, em simultâneo, um grito desesperado e um anelo de sobreviver...

A autodestruição surge após múltiplas perdas, fragmentos de dias perdidos ao longo dos anos, ruturas, pequenos conflitos que se acumulam hora a hora, a tornar impossível olhar para si próprio. O suicídio é uma estratégia, às vezes uma tática de sobrevivência quando o gesto falha, tudo se modifica em redor após a tentativa. E quando a mão, certa, não se engana no número de comprimidos ou no tiro definitivo, a angústia intolerável cessa naquele momento e, quem sabe, uma paz duradoura preenche quem parte. Ou, pelo contrário e talvez mais provável, fica-se na dúvida em viver ou morrer, a cabeça hesita até ao último momento, quer-se partir e continuar cá, às vezes deseja-se morrer e renascer diferente.

(Sampaio, 2000)

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **TODOS** os que estiveram ao meu redor e que contribuíram para que este trabalho se concretizasse... a todos os “sobreviventes” que se disponibilizaram a manifestar as suas angústias, tantas vezes a relembrar memórias, imagens difíceis e até traumáticas, pela partilha desses sentimentos, desde já o meu muito obrigado...foi graças a eles que este trabalho se concretizou!

Agradeço ao meu estimado orientador, **Professor Doutor José Carlos Santos**, pela transmissão do seu vasto conhecimento e experiência nesta área e, depois por toda a sua dedicação e apoio cedido neste meu percurso que se demonstrou ser um grande desafio com a superação de muitos obstáculos, cujo meu lema foi sempre “ Põe tudo o que és no mais pequeno que fazes.”

Agradeço também aos meus **amigos** que me ajudaram das mais diversas formas, à **minha família** pela compreensão.

RESUMO

O suicídio é um ato que gera repercussões importantes em todos os contextos, desde o familiar até ao amplo contexto social, incluindo os profissionais de saúde. O suicídio retrata uma situação na qual, o sujeito decide acabar com a própria vida, tentando assim, livrar-se de uma situação de dor psíquica insuportável.

Por cada suicídio consumado estima-se que haja cerca de 20 a 30 comportamentos suicidários, em que só um quarto tem contacto com os serviços de saúde (Kaplan, Adanek, Martin, 2001).

De acordo com alguns estudos, estima-se que o número de suicídios, bem como os comportamentos suicidários e o seu impacto na sociedade têm vindo a aumentar ao longo do tempo.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) estima que em 2020, aproximadamente 1,53 milhões de pessoas morrerão por suicídio no mundo. O suicídio é, atualmente, uma das três principais causas de morte entre os jovens e adultos de 15 aos 34 anos, embora a maioria dos casos aconteça entre pessoas com mais de 60 anos. Ainda conforme informações da OMS, a média de suicídios aumentou 60% nos últimos 50 anos, em particular nos países em desenvolvimento. O que se observa é que, com o aumento da idade, aumenta também o risco depressivo e a tendência para o suicídio.

São muitos os fatores que podem justificar este padrão de suicidalidade. Do ponto de vista clínico, a doença psiquiátrica, o alcoolismo, a doença física, a doença terminal e, o próprio medo das doenças, constituem nas camadas mais envelhecidas, fatores de risco que podem conduzir ao suicídio. Por sua vez, do ponto de vista social, o isolamento, o sentimento de solidão, os problemas interpessoais, os próprios eventos de vida, amplificados com a desvalorização social do idoso e outras discriminações, condicionam também a suicidalidade nos idosos.

Cada suicídio provoca uma devastação emocional e social entre familiares e amigos (sobreviventes), causando um impacto que pode perdurar por muitos anos, podendo causar repercussões a diversos níveis.

O objetivo geral do presente trabalho de investigação é conhecer as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram. Utiliza-se, como instrumento de colheita de dados, uma entrevista semi-estruturada onde caracteriza-se a amostra e, utilizam-se como instrumentos de investigação de suporte ao estudo, o Inventário de Luto Complicado de Prigerson *et al.* (1995) traduzido por Frade (2010), a Escala de Depressão Geriátrica, GDS-30 de Yesavage *et al.* (1983) traduzida por Barreto *et al.* (2008), a Escala de Satisfação Social de Ribeiro (1999) e a Escala de Apgar Familiar de Smilkstein (1978) versão portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988). A amostra é constituída pelos familiares de

idosos que tenham cometido o suicídio e, que residam nos concelhos da Cova da Beira, no período compreendido entre 2005 a 2011. A constituição da amostra foi obtida através da referência dos casos notificados pela comunicação social, Presidentes de Juntas de Freguesias, párocos ou outras fontes públicas, assim como, dados cedidos pelo Comando Territorial de Castelo Branco (policia).

A amostra constituída tem um total de 17 familiares/sobreviventes em que a idade varia dos [35 aos 72 anos], maioritariamente idosos (10), cuja idade média é de 59 anos. É uma amostra com predominância do género feminino (12) e do estado civil viúvo (8). Dos familiares viúvos, vivem 6 sozinhos, tendo ajuda do(s) filho(s) que, na maioria dos casos vive distante, noutro distrito ou mesmo país. Ainda dos familiares viúvos (8), 7 são mulheres, ou seja, esposas do suicida. Observa-se também na amostra que, os familiares são predominantes do meio rural (11), com hábitos religiosos (15), cujo nível de escolaridade é o ensino primário (6) e referem a presença de doenças crónicas (10), nomeadamente, a depressão, os problemas osteoarticulares e cardíacos. O método mais utilizado pelo suicida foi o enforcamento, ocorrendo em 12 casos, dos quais 5 ocorreram em casa, e 7 fora de casa, numa distância próxima (jardim, palheiro). O ano com mais casos notificados foi 2010, com 5 casos, seguidamente de 2005 com 4 casos, 2009 e 2011 com 3 casos, respetivamente, e 2006 e 2007 com 1 caso notificado, respetivamente. As vivências mais manifestadas pelos familiares enlutados em relação ao suicídio foram a saudade (17), a tristeza (15), o choque (14), o abandono (13), o desamparo (11), a solidão (10), a revolta (7), a incredibilidade (6), a angústia (12), o evitamento (9), a aceitação (5) e a ansiedade (4). No que diz respeito ao luto complicado, verificou-se em 12 familiares, e em relação à depressão geriátrica verificaram-se 3 casos de depressão grave e 3 casos de depressão ligeira. Em termos da funcionalidade familiar (Escala de Apgar), os resultados traduzem uma amostra em que a relação familiar é altamente funcional, presente em 9 casos, que vai de encontro aos resultados obtidos pela escala de Satisfação do Suporte Social, cuja amostra apresenta resultados que traduzem uma perceção de maior suporte social.

A amostra em estudo revelou ter alguns fatores de risco, nomeadamente isolamento, solidão, angústia a noção de abandono. Além disso apresentou níveis elevados de luto complicado e depressão. Revelou também a importância dos laços, da estrutura e do suporte social e familiar nas famílias enlutadas.

Urge compreender como as pessoas lidam com o problema do suicídio e, surge então, a importância do conceito pósvenção (*postvention*).

É fundamental ter conhecimento destas alterações profundas para que se atenuem o impacto negativo das mesmas e se potencie o seu impacto positivo num futuro próximo. Este é potenciado através da elaboração de plataformas de intervenção que reforcem os fatores protetores e minimizem os fatores de risco.

Palavras-chave: Comportamentos suicidários, suicídio, idosos, pósvenção (*postvention*)

ABSTRACT

Suicide is an act that generates substantial effects in all contexts, from the familiar to the wider social context, including health professionals. Suicide portrays a situation in which the subject decides to end his own life, trying to get rid of a situation of unbearable psychic pain.

For every completed suicide it is estimated that there are about 20 to 30 suicidal behaviors, in which only one quarter have contact with health services (Kaplan, Adanek, Martin, 2001). According to some studies, it is estimated that the number of suicide and suicidal behavior and its impact on society have increased over time.

The World Health Organization (WHO, 2001) estimates that in 2020, approximately 1.53 million people die by suicide in the world. Suicide is currently one of the top three causes of death among young adults 15 to 34 years, although most cases occur among people over 60 years. Still according to the WHO, the average suicide rate increased by 60% over the past 50 years, particularly in developing countries. What is seen is that with increasing age, also increases the risk of depression and suicidal tendencies.

There are many factors that can explain this pattern of suicidality. From a clinical standpoint, psychiatric illness, alcoholism, physical illness, terminal illness and his own fear of diseases, are amongst the most aged, risk factors that can lead to suicide. In turn, from the standpoint of social isolation, loneliness, interpersonal problems, their own life events, amplified with the devaluation of the elderly and other social discriminations, also influence the suicidality in the elderly.

Each suicide provokes an emotional and social devastation among family and friends (survivors), causing an impact that can last for many years, may cause repercussions at different levels.

The overall goal of this research work is to know the experiences felt by the family in the grieving process of the elderly who committed suicide. It is used as an instrument of data collection, a semi-structured interview which characterizes the sample and is used as research tools to support the study, including the Inventory of Complicated Grief of Prigerson *et al.* (1995) translated by Frade (2010), the Geriatric Depression Scale, GDS-30 Yesavage *et al.* (1983) translated by Barreto *et al.* (2008), the Satisfaction Scale Social Ribeiro (1999) and the Family Apgar Scale Smilkstein (1978) English version of Augustine & Rebelo (1988). The sample comprises the relatives of elderly who committed suicide and who reside in the counties of Cova da Beira, in the period from 2005 to 2011. The constitution of the sample was obtained through the referral of cases reported by the media, presidents together of parishes, priests or other public sources, as well as data provided by the Territorial Command of Castelo Branco (police).

The sample has made a total of 17 families / survivors in that age ranged from [35 to 72 years], mostly elderly (10), whose average age is 59 years. It is a sample was predominantly female (12) and widowers (8). Widowers of family, living all alone, with the help (s) child (ren) that, in most cases lives far away, in another state or even country. Although the family widowed (8), 7 are women, ie wives of suicide. It is also observed in the sample, the families are prevalent in rural areas (11), with religious habits (15), whose level of education is primary education (6) and relate the presence of chronic diseases (10), namely, depression, osteoarticular and cardiac disease. The most used method for suicide was hanging, occurring in 12 cases, of which 5 occurred at home and 7 away from home, in a close distance (yard barn). The year with the most reported cases was 2010, with 5 cases, then 2005 with 4 cases, 2011 and 2009 with 3 cases and 2006 e 2007 with one cases, respectively. The more experiences expressed by bereaved families regarding suicide were longing (17), sadness (15), shock (14), abandonment (13), helplessness (11), loneliness (10), the revolt (7) the incredibility (6), anxiety (12), avoidance (9), accepting (5) and anxiety (4). With respect to bereavement complicated, it has been found in 12 families, and for the geriatric depression there have been three major depressive illness and three cases of mild depression. In terms of family functionality (Apgar Scale), the results represent a sample in which the family relationship is highly functional, present in 9 cases, which goes against the findings of the scale of satisfaction of social support, which presents sample results reflect a greater perception of social support.

The study sample was found to have certain risk factors, including isolation, loneliness, anguish the notion of abandonment. Moreover showed high levels of complicated grief and depression. It also revealed the importance of the bonds, the structure and the social and family support in suicide survivor.

Understand how people deal with the problem of suicide, and then comes the importance the postvention.

It is essential to have knowledge of these fundamental changes that attenuates the negative impact of these and enhances their positive impact in the future. This is enhanced by developing platforms for action that strengthen protective factors and minimize risk factors.

Keywords: suicidal behaviors, suicide, elderly, postvention

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	vi
ÍNDICE	viii
LISTA DE FIGURAS	x
LISTA DE GRÁFICOS	xi
LISTA DE QUADROS	xii
LISTA DE TABELAS.....	xiv
LISTA DE ACRÓNIMOS.....	xv
INTRODUÇÃO.....	1
Parte I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
1 CONCEITOS.....	4
1.1 Ideação Suicida.....	5
1.2 Tentativa de Suicídio.....	5
1.3 Para-suicídio.....	6
1.4 Suicídio.....	6
2 EPIDEMIOLOGIA.....	10
3 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DOS COMPORTAMENTO SUICIDÁRIOS	18
4 CONTEXTO SUICIDÁRIO NOS IDOSOS	25
5 VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE LUTO DOS IDOSOS	30
Parte II - ESTUDO EMPÍRICO.....	40
1 METODOLOGIA.....	40
2 RESULTADOS	45
3 DISCUSSÃO	65
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

ANEXOS	82
Anexo 1	83
Pedido de Parecer Institucional	83
Anexo 2	85
Pedido de Autorização	85
Anexo 3	87
Consentimento Informado	87
Anexo 4	89
Entrevista Semi-estruturada	89

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos suicídios por municípios, 2010	14
Figura 2 - Índice de Envelhecimento por municípios, 2011	17
Figura 3 - Modelo esquemático do comportamento suicidário.....	24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Rácio de suicídios por 100.000 habitantes, por género e idade, Portugal - 2009 .. 13

Gráfico 2 - Rácio de suicídios por 100.000 habitantes, por género, Portugal - 1950-2009 13

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Portugal	10
Quadro 2 - Taxas específicas por 100.000 habitantes - Portugal, género masculino	11
Quadro 3 - Taxas específicas por 100.000 habitantes - Portugal, género feminino.....	11
Quadro 4 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Europa mais outros países	12
Quadro 5 - Número de suicídios por 100.000 habitantes, por grupo etário e género, Portugal - 2009	14
Quadro 6 - Número de suicídios na Cova da Beira: Covilhã, Fundão, Belmonte - 1981, 2009, 2010	15
Quadro 7 - Indicadores de Envelhecimento em Portugal, 1960 a 2011.....	16
Quadro 8 - Índice de Envelhecimento na Cova da Beira: Covilhã, Fundão, Belmonte - 2001, 2009, 2010, 2011	17
Quadro 9 - Fatores que contribuem para o suicídio	21
Quadro 10 - Sinais de alarme	22
Quadro 11 - Sinais de perigo	22
Quadro 12 - Fatores de risco do suicídio (DHHS, 1999)	23
Quadro 13 - Fatores de proteção do suicídio (DHHS, 1999)	23
Quadro 14 - Medidas de distribuição da amostra da variável Idade	45
Quadro 15 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação, Luto Complicado	50
Quadro 16 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo Luto Complicado*Luto não Complicado	50
Quadro 17 - Medidas estatísticas da amostra para o Luto Complicado.....	51
Quadro 18 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação GDS-30.....	51
Quadro 19 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo Ausência de depressão*depressão ligeira*depressão grave	52
Quadro 20 - Medidas estatísticas da amostra para a GDS - 30.....	52
Quadro 21 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação ESSS	53
Quadro 22 - Medidas estatísticas da amostra aplicando a ESSS	53

Quadro 23 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação Escala de Apgar	54
Quadro 24 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo o tipo de Relação Familiar ..	54
Quadro 25 - Medidas estatísticas da amostra para a Escala de Apgar	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a Idade	45
Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o Concelho.....	45
Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o Meio	46
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o Género*Estado Civil	46
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a constituição do Agregado Familiar*Estado Civil	46
Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o Nível de Escolaridade	47
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a presença de Doenças Crónicas.....	47
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a presença de Hábitos Alcoólicos ou de outros Consumos.....	47
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a Quem recorre quando precisa de Ajuda	48
Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a Religiosidade	48
Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido no Suicídio (Anos)	49
Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo o Método de Suicídio * Local do Suicídio	49
Tabela 13 - Distribuição da amostra em termos da descrição de um dia tipo	63
Tabela 14 - Distribuição da amostra em termos de vivências sentidas pelos familiares	64

LISTA DE ACRÓNIMOS

AIVD`S - Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - *American Psychological Association*

AVD`S - Atividades de Vida Diária

CDC - *Centers for Disease Control*

DHHS - *Department of Health and Human Services*

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

GDS - *Geriatric Depression Scale*

IASP - *International Association for Suicide Prevention*

ICG - *Inventory of Complicated Grief*

LC - Luto Complicado

OMS - Organização Mundial de Saúde

SPAN - *Suicide Prevention Action Network*

SPS - Sociedade Portuguesa de Suicidologia

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences*

INTRODUÇÃO

A população acima dos 65 anos é a que mais cresce em Portugal e, na maior parte do mundo, o que justifica um olhar atento para os problemas sociais e de saúde que a afetam.

O suicídio entre pessoas idosas constitui hoje um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo.

O comportamento suicidário tornou-se um problema de saúde pública em todo o mundo.

É importante destacar que o suicídio é um fenómeno complexo e, é uma das dimensões do comportamento suicidário que inclui um *continuum* de comportamentos que vão desde, pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de suicídio até, ao desfecho fatal, qualquer que seja o grau de intenção letal e de conhecimento do verdadeiro motivo desse ato (Werlang e Botega, 2004).

Meleiro e Wang (1995) constataam que o comportamento suicida abrange uma vasta gama de cognições e comportamentos de intensidades variadas, ao mesmo tempo em que envolve, no ato, fatores da mais diversa e complexa natureza.

Segundo a OMS e a Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP), todos os anos cerca de um milhão de pessoas comete suicídio em todo o mundo. Este número ultrapassa as mortes por homicídio e resultantes de cenários de guerra (Santos, 2012).

Segundo a OMS (2003), o suicídio é definido como um ato de por termo à própria vida, com um resultado fatal, que foi deliberadamente iniciado e preparado, com o prévio conhecimento do seu resultado final e através do qual o indivíduo pensou fazer o que desejava.

Nos últimos 45 anos, a taxa de suicídio aumentou cerca de 60% a nível mundial. É, neste momento, uma das três principais causas de morte entre os 15 e 44 anos nalguns países e a segunda entre os 15 e os 24 anos. Representava cerca de 1,8 do total da despesa em doença em 1998, e estima-se que este número suba para 2,4 em 2020. As doenças mentais, particularmente, a depressão são o fator de maior risco. Refira-se que a depressão é a segunda causa de incapacidade na União Europeia (OMS, 2012).

O suicido, não sendo um problema específico de Portugal, consta das prioridades do país como ilustram a assinatura do Pacto Europeu de Saúde Mental em 2005, onde a prevenção do suicídio é uma prioridade e o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, que elege esta como uma das quatro áreas prioritárias. Estes elementos permitem considerar que este tema está em consonância com os objetivos da Europa e do país ao nível da saúde mental (Santos, 2012).

Os momentos de crise aumentam as probabilidades de aumento das taxas de suicídio, a exemplo do que se verificou na crise dos anos 20 e, mais recentemente, com os dados

disponíveis da Grécia, Irlanda e Itália (Stucker *et al.*, 2011; Vogli, Marmot & Stucker, 2012, citados por Santos, 2012). Acresce que, cerca de 77% dos indivíduos que se suicidam tiveram contacto prévio com técnicos de saúde no ano anterior e cerca de 66% no mês anterior (Andersen, Andersen, Rosholm, & Gram, 2000; Luoma, Martin, & Pearson, 2002, citados por Santos, 2012). Nesse sentido, a prevenção surge como um objetivo natural e necessário.

O suicídio tem repercussões a diversos níveis, quer na sociedade, quer nos familiares, causando um impacto psicológico que permanece bastante intenso mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que se suicidou.

O suicídio afeta a todos, mas alguns grupos estão em maior risco do que outros (pessoas com histórico de tentativas de suicídio ou automutilação, pessoas com distúrbios psiquiátricos, pessoas que experienciam eventos stressantes, o próprio medo das doenças), constituem nas camadas mais envelhecidas fatores de risco. Por sua vez, o isolamento e os próprios eventos de vida condicionam também a suicidalidade nos idosos (IASP, 2012).

Entre os fatores psicológicos, a resiliência (a capacidade de lidar com eventos adversos da vida e ajustar-se a eles, desenvolver as capacidades físicas ou fisiológicas conducentes a determinados níveis de endurance física ou psicológica e, até a uma certa imunidade que lhe possibilite a aquisição de novas competências de ação, que lhe permita adaptar-se melhor a uma realidade cada vez mais imprevisível e agir adequada e rapidamente sobre ela resolvendo os problemas que esta lhe coloca), a autoestima e autoconfiança, o encorajamento, a eficácia na resolução de problemas, as habilidades adaptativas, os comportamentos de ajuda em situações difíceis são muitas vezes considerados como protetores contra o desenvolvimento de comportamentos suicidários. Fatores protetores com valor impeditivo para um ato suicida são tão importantes quanto a mitigação dos fatores de risco (IASP, 2012; Rutter, 1991).

Santos (2012) acrescenta que, segundo a OMS, assiste-se a uma generalizada falta de conhecimento do suicídio como um problema prioritário e ainda como tabu, o que tem dificultado uma discussão aberta sobre este tema.

Desta forma, sem a compreensão da dimensão antropológica e a vivência da dimensão humana do suicídio, sem uma compreensão da dimensão cultural e social, personalizadas no ato suicidário, desfaz-se sem sentido o que, à partida, todos pensam ser: um ato de profundo desespero, mas um dos atos mais profundamente humanos (Prats, 1987).

Este trabalho de investigação centra-se ao nível da pósvenção - *postvention*, visando conhecer as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram.

A pósvenção, diferente de prevenção e intervenção, é uma estratégia onde as ações são realizadas após um suicídio naqueles que foram afetados por este fato (familiares, amigos, colegas, entre outros). Elas estão direcionadas para a informação, apoio e assistência imediata e acompanhamento das pessoas que devem ser consideradas em risco. Este risco

deve ser entendido nas suas diversas graduações, onde o óbito por suicídio é entendido como um fator precipitante de outros eventos deste tipo.

Pensar e agir na promoção, intervenção e pós-venção, somente será possível com um conhecimento profundo da sociedade e dos seus eventos de vida.

O papel dos técnicos de saúde na identificação precoce de sinais de risco, encaminhamento e intervenção terapêutica nos contextos comunitários e hospitalares é determinante para a redução de suicídios. Assim, a resposta a este problema deve mobilizar técnicos a trabalhar em contextos de saúde pública e hospitalar, com ações direcionadas para o indivíduo, família e comunidade (Santos, 2012).

No que diz respeito à estruturação do trabalho, o mesmo encontra-se dividido em duas partes: a primeira parte é feita a fundamentação teórica da temática em questão e a segunda parte diz respeito ao estudo empírico com a apresentação dos resultados e respetiva interpretação e discussão dos mesmos, terminando com as conclusões e referências bibliográficas utilizadas.

Parte I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1 CONCEITOS

A evidência do surgimento de uma nova realidade no que diz respeito aos comportamentos suicidários e de um aumento considerável da ideação suicida, para-suicídios, tentativas de suicídios e dos suicídios, para além de alertar para a necessidade de uma reflexão profunda sobre as verdadeiras razões, obriga necessariamente a apurar a noção dos conceitos do vasto campo da suicidologia. Por conseguinte, a sobreposição dos conceitos resulta, em grande parte, da dificuldade da avaliação da intencionalidade do suicídio.

Os comportamentos suicidários, tais como, a ideação suicida, o para-suicídio, a tentativa de suicídio e o suicídio, constituem um dos maiores flagelos da nossa sociedade contemporânea. Conhecer, desmistificar, reconhecer os sinais, saber a quem recorrer, onde fazê-lo e, como ajudar alguém que, conosco se cruza no dia-a-dia mostrando sinais de dor, angústia, solidão e desespero, por outro lado, saber lidar com a morte de alguém próximo é um processo complexo mas premente e que se reveste de uma extrema importância.

A avaliação da intenção de morrer é fundamental na área da suicidologia e, para além de permitir diferenciar o suicídio de outras causas de morte, é fundamental na distinção entre tentativas de suicídio e para-suicídios. Deve assentar sobre a realidade externa mas também sobre a realidade interna do indivíduo e ainda, de forma indireta sobre as circunstâncias específicas em que ocorreu.

Segundo Ladame, Otino & Pawlac, (1995) intencionalidade é a característica voluntária, consciente, deliberada e premeditada de um ato que pressupõe uma escolha livre e possível.

A questão da intencionalidade especificamente em relação à morte e em determinados contextos psicopatológicos coloca dificuldades operacionais e clínicas.

Convém ainda fazer referência à letalidade em que, diz respeito justamente à probabilidade ou certeza médica de uma ação, método ou condição levar a uma saída fatal, ou seja, à morte (Weishaar e Beck, 1992, citados por Peixoto e Azenha, 2006, p. 45). Esta perspectiva tridimensional, ou seja, os métodos utilizados, tipo de ação e as particularidades ou condições em que ocorrem os comportamentos suicidários, permite a exploração de um conjunto mais vasto de elementos que enriquecem a intervenção e contribuem para o delineamento do acompanhamento específico de cada utente.

1.1 *Ideação Suicida*

São pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida que podem, mesmo ser vistas, como um precursor de outros comportamentos suicidas mais graves. Os indivíduos que apresentam ideação suicida, geralmente têm planos e desejos de cometer o suicídio mas, não fizeram nenhuma tentativa aberta de suicídio recente (Botega, 2000; Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

A noção de ideias suicidas podem ser reconhecidas desde ideias não específicas de inutilidade como a “vida não vale a pena ou eu queria estar morto”, até ideias específicas que podem ser acompanhadas de intenção de morrer e ou de um plano suicida bem elaborado pelo próprio (Vijayakumar, 2005).

A presença de ideação suicida e de uma história prévia de tentativa de suicídio constituem importantes fatores de predição quando se avalia o risco de suicídio, podendo caracterizar um primeiro passo para a consolidação do ato destrutivo fatal (Turecki, 1999; Werlang, Borges e Fensterseifer, 2004).

Botega *et al.* (2005) sinalizam que a presença de ideias suicidas representa um elevado risco de uma futura tentativa de suicídio, havendo entre as duas variáveis forte relação.

1.2 *Tentativa de Suicídio*

Engloba todo o ato ou gesto não fatal de automutilação ou auto-envenenamento - definição que ainda assim é imprecisa pois, a intenção de morrer, subjacente aos atos descritos, é muito difícil de avaliar e quantificar. A gravidade do gesto suicida poderá relacionar-se com um chamado “ponto sem retorno” Tabachnick e Farberow citados por Sampaio (1991, p.40), “ligado à maior ou menor rapidez do método utilizado e a sua reversibilidade, bem como tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção salvadora.”

As tentativas de suicídio são mais comuns entre os jovens e no sexo feminino, enquanto que, os suicídios são mais frequentes no sexo masculino e nos idosos, estando muitas vezes associados, entre várias outras razões e circunstâncias, a perturbações psicológicas ou a um marcado isolamento social (O’Connor & Sheehy 2000; Robbins 1998; Sampaio 1991; Saraiva 1999).

“Embora o grau de intenção de morte e a gravidade do gesto autodestrutivo sejam variáveis, as tentativas de suicídio constituem sempre momentos de crise individual do indivíduo (...) são os mais importantes preditores do suicídio” (Santos & Sampaio, 1997, p. 188).

Durkheim citado por Peixoto e Azenha (2006, p. 40), define a tentativa de suicídio 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 mas interrompido antes que a morte daí tenha resultado”.

1.3 Para-suicídio

Diekstra citado por Peixoto e Azenha (2006), propõe o uso do termo para-suicídio para um ato não fatal pelo qual o indivíduo empreende deliberadamente um comportamento não habitual que, sem intervenção do outro causará lesões auto-infligidas; ou que ingere deliberadamente uma substância em quantidade superior à prescrita ou à dosagem geralmente admitida, e que tem por objetivo conseguir, via das consequências físicas reais ou supostas, as mudanças que o sujeito deseja.

O mesmo autor acrescenta ainda que, este conceito revela-se da maior importância, na medida em que permite separar, pelo menos no plano teórico, o suicídio frustrado e os comportamentos suicidários cujo objetivo final não seja a morte.

Oliveira, Amâncio, Sampaio (2001), acrescenta que o para-suicídio ou comportamento para-suicida corresponde, de acordo com a OMS, a um ato ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou menos graves) caso não exista a intervenção de outrem, podendo também ocorrer na sequência da ingestão excessiva de determinadas substâncias com o intuito de provocar alterações desejadas.

Este conceito relaciona-se com os designados comportamentos de risco, entre os quais citam-se os mais frequentes: abuso de substâncias tóxicas, álcool ou psicostimulantes, conduzir em excesso de velocidade alcoolizado, drogado ou em contramão, vivência de uma sexualidade não controlada ou com relações de risco, escolha de alguns desportos “demasiado perigosos”, entre outros. Engloba igualmente os comportamentos de automutilação (ou de autoagressão), no sentido de uma auto-lesão deliberada (Coleman *et al.*, 1995; Saraiva, 1999).

1.4 Suicídio

A palavra suicídio tem a sua origem no latim e deriva da composição de dois termos: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja matar-se a si mesmo.

“O suicídio não cabe nas malhas apertadas do saber psiquiátrico, quer na sua vertente psicológica, quer na biológica” (Prats, 1987, p. 181). O seu estudo envolve e implica múltiplos aspetos, a nível individual, familiar, social ou ideológico e exige o esforço e a cooperação entre especialistas de diversas disciplinas e ramos científicos, de modo a que seja alcançada uma visão ampla, e não meramente parcelar, da realidade (Sampaio, 1991; Schneidman, 1981, 1986).

Serra citado por Sampaio (1991, p. 31), define suicídio como a: “autodestruição por um ato deliberadamente realizado para conseguir este fim”. Por vezes, para distinguir as situações de efetivo suicídio das tentativas de suicídio quase mortais, utiliza-se a expressão suicídio consumado.

Existem, portanto, várias definições de suicídio com perspetivas teóricas e concetuais que contemplam vários domínios, como por exemplo, o sociológico, psicológico, filosófico, psiquiátrico e legal, algumas com pontos comuns mas, no essencial complementam-se.

Durkheim citado por Peixoto e Azenha (2006, p. 40), refere que o suicídio assenta numa matriz fundamentalmente social e as suas teorias desenrolam-se no pressuposto da importância do fenómeno coletivo sobre o individual no que respeita ao suicídio. Define suicídio 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”.

O conceito de Durkheim, a sua formulação contempla todos os elementos essenciais para a definição de suicídio, ou seja, a existência de suicídio apenas se a morte ocorrer, o fato de ter que ser praticado pelo próprio, ser ativo ou passivo e, finalmente a existência de intencionalidade em terminar com a própria vida.

Ainda de acordo com os autores anteriormente referidos Durkheim, considera que para o estudo sociológico do suicídio há utilidade em classificar as suas causas, tendo estabelecido a existência de quatro tipos de suicídio: egoísta, altruísta, o anómico e o fatalista.

- Suicídio egoísta - Baixa integração na sociedade
- Suicídio altruísta - Alta integração na sociedade
- Suicídio anómico - Baixa regulação da sociedade
- Suicídio fatalista - Alta regulação da sociedade

Um dos exemplos de suicídio egoísta residiria no indivíduo deprimido. O suicídio altruísta seria retratado, no século XX, nos pilotos kamikaze ou nos bombistas suicidas. O suicídio anómico corresponderia aos casos de desempregados e divorciados. O suicídio fatalista poderia ser representado no suicídio de escravos, prisioneiros, indivíduos cercados.

Baechler citado por Saraiva (2010) define suicídio como um comportamento que busca e encontra solução para um problema existencial que atenta contra a vida do sujeito. O autor considera quatro tipos de suicídio:

- Evasivo (ou “escapista”)
- Agressivo
- Oblativo
- Lúdico

São ainda percebidos 11 subtipos. Assim, o evasivo divide-se em fuga (de situação), luto (após perda) e castigo (expição); o agressivo divide-se em crime (arrastar outro ou outros), vingança (culpa sobre outrem), chantagem (pressão sobre outrem), apelo (aviso e manipulação); o lúdico divide-se em sacrifício (atingir valor superior à vida); passagem (busca de algo mais agradável); o lúdico divide-se em ordálico (julgamento dos deuses); jogo (brincar com a vida).

Para finalizar, salienta-se que as teorias do autor Durkheim demonstraram-se insuficientes para uma explicação capaz dos comportamentos suicidários, uma vez que se basearam fundamentalmente em pressupostos de natureza social.

Segundo Shneidman (1985), um dos mais consistentes investigadores da suicidologia, realçou a necessidade de uma abordagem global, multifatorial do estudo dos comportamentos suicidários, realçando a sua complexidade e estabeleceu as dez características psicológicas comuns a todos os comportamentos suicidários:

1. Procura de uma solução;
2. Alteração ou interrupção do estado de consciência;
3. Dor psicológica intolerável;
4. Necessidades psicológicas frustradas;
5. Desesperança;
6. Ambivalência;
7. Constrição;
8. Egressão;
9. Comunicação da intenção;
10. Modelos adaptativos ao longo da vida.

O mesmo autor acrescenta ainda ser fundamental a combinação destes elementos para haver um suicídio:

- Sentimento de dor intolerável - diretamente relacionada com a frustração pelas necessidades psicológicas básicas não terem sido satisfeitas;
- Atitude de se auto-desvalorizar (auto-denegrir) - autoimagem que não consegue aguentar a dor psicológica intensa;
- Constrição marcada da mente e um prejuízo das tarefas do dia a dia;

- Sensação de isolamento - um sentimento de deserção e perda de suporte de pessoas significativas;
- Intenso e desesperado sentimento de desesperança - a sensação de que já nada pode ser feito;
- Decisão consciente de fuga - abandono, desaparecimento ou interrupção (cessação ou paragem) da vida - como a única (ou pelo menos a melhor possível) solução para resolver o problema da dor intolerável.

De uma forma global, a formulação dos conceitos básicos da suicidologia anteriormente citados e descritos representam, a par da avaliação da intencionalidade, um primeiro patamar de descodificação da complexidade que representa a reconstrução do ato suicida e um ponto de partida para o estabelecimento de estratégias corretas de acompanhamento.

2 EPIDEMIOLOGIA

Quando se fala da epidemiologia do suicídio torna-se importante destacar que as estatísticas oficiais são bastante subestimadas, uma vez que ocorrem subnotificações decorrentes, muitas vezes, de falhas na identificação e classificação da causa de morte.

As informações da literatura mostram que as estatísticas de suicídio distribuem-se desigualmente pelo mundo, dentro dos países, entre os sexos e entre os grupos de idade, no mundo como um todo, em números absolutos, os suicídios matam mais que os homicídios e as guerras juntos (Minayo e Calvante, 2010).

Sabe-se que, em Portugal, como em muitos outros contextos, os números do suicídio estão subavaliados (De Leo & Evans, 2004). Mas, se se considerar apenas os dados identificados, de acordo com a OMS, tem de se multiplicar cada suicídio por cerca de 20 a 30 comportamentos da esfera suicidária, o que nos dá uma visão mais realista do fenómeno.

Em Portugal, é ainda, um fenómeno que atinge maioritariamente os idosos, mas o aumento dos anos de vida potencialmente perdidos diz-nos que algo está a mudar e que, cada vez mais, se suicidam mais pessoas em idade ativa (Santos, 2012).

É de salientar as taxas de suicídio, por 100.000 habitantes, em 2009, no grupo etário dos 65-74 anos, e mais de 75 anos, com 25.5 e 59.8 respetivamente, no género masculino. Em relação ao género feminino e falando do mesmo ano e, dos mesmos grupos etários, apresentam-se valores 7.7 e 10.7 respetivamente, o que traduzem diferenças significativas. Estes dados podem ser visualizados nos Quadros 1 e 2, respetivamente, cujos dados são fornecidos pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS, 2010).

Quadro 1 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Portugal

Ano	Global	Masculino	Feminino
2003	10.5	16.6	4.8
2004	11.5	18	5.5
2005	8.8	13.8	4.1
2006	8.4	13.6	3.6
2007	9.6	14.5	4.9
2008	9.8	15.4	4.5
2009	9,5	15,4	4,0
2010	10.4	-	-

Fonte: SPS (2010)

Quadro 2 - Taxas específicas por 100.000 habitantes - Portugal, género masculino

Ano	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	6.2	12.4	16.6	18.7	23.6	33.2	61.0
2006	4.3	7.3	12.1	13.6	16.9	27.8	48.0
2009	6.6	8.9	11.3	19.4	22.3	25.5	59.8

Fonte: SPS (2009)

Quadro 3 - Taxas específicas por 100.000 habitantes - Portugal, género feminino

Ano	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
2003	1.8	3.8	4.0	4.6	8.9	7.7	11.1
2006	0.5	1.0	3.6	4.4	4.9	8.1	7.8
2009	1.4	2.0	3.0	5.6	4.5	7.7	10.7

Fonte: SPS (2009)

No que diz respeito à Europa, e após a queda do muro de Berlim em 1989, e do desmembramento da União Soviética em 1991, saltaram à vista as elevadas taxas de suicídio daquelas repúblicas, depois países independentes, com destaque para a Lituânia, Rússia e Bielorrússia, com taxas anuais acima de 30. Seguiam-se, por ordem decrescente, países de leste e bálticos, Eslovénia, Hungria, Estónia, Ucrânia e Letónia com taxas anuais acima de 20. O primeiro país fora da Europa neste trágico ranking dos suicídios é o Japão, com uma taxa aproximada de 13 (Saraiva, 2010).

No quadro seguinte (Quadro 4), pode visualizar-se a posição de Portugal, ao nível dos restantes países da Europa, no que diz respeito à taxa de suicídio, por 100.000 habitantes. É de salientar que Portugal, encontra-se na 35ª posição com uma taxa de 9,8 suicídios, por 100.000 habitantes.

Quadro 4 - Taxas de suicídio por 100.000 habitantes - Europa mais outros países

País	Global	Masculino	Feminino
Lituânia	42.1	74.3	13.9
Rússia	38.7	69.3	11.9
Bielorússia	35.1	63.3	10.3
Eslovénia	28.1	45.0	12.0
Hungria	27.7	44.9	12.0
Estónia	27.3	47.7	9.8
Ucrânia	26.1	46.7	8.4
Letónia	26.0	45.0	9.7
Japão	23.8	35.2	12.8
Bélgica	21.1	31.2	11.4
Finlândia	20.6	31.9	9.8
Croácia	19.5	31.4	8.4
Suíça	18.4	26.5	10.6
Áustria	17.9	27.1	9.3
França	17.6	26.6	9.1
Moldávia	17.2	30.6	4.8
República Checa	16.9	27.5	6.8
Polónia	15.5	26.6	5.0
Roménia	14.1	23.9	4.7
Bulgária	14.0	21.0	7.3
Dinamarca	13.6	20.2	7.2
Alemanha	13.5	20.4	7.0
Suécia	13.4	18.9	8.1
Eslováquia	13.3	23.6	3.6
Irlanda	12.7	21.4	4.1
Austrália	12.7	20.1	5.3
Islândia	12.6	19.6	5.6
Nova Zelândia	11.9	19.8	4.2
Canadá	11.9	18.7	5.2
Luxemburgo	10.9	18.5	3.5
Noruega	10.9	16.1	5.8
Índia	10.7	12.2	9.1
EUA	10.7	17.6	4.1
Holanda	9.2	12.7	5.9
Portugal	9.8	15.4	4.5
Espanha	8.2	12.6	3.9
Itália	7.1	11.1	3.3
Reino Unido	6.9	10.8	3.1
Israel	6.3	9.9	2.7
Brasil	4.1	6.6	1.8
Albânia	4.0	4.7	3.3
Grécia	2.9	4.7	1.2
Geórgia	2.2	3.4	1.1
Arménia	1.8	3.2	0.5
Azerbaijão	1.1	1.8	0.5

Fonte: SPS (2010)

Dados mais recentes referentes ao ano de 2010, fornecidos pela SPS, demonstram que Portugal, nesse mesmo ano, registou um total de 1101 suicídios, cuja taxa de suicídio por 100.000 habitantes é de 10.4.

De seguida, apresentam-se os gráficos 1 e 2, que demonstram os dados referentes ao ano de 2009, uma vez que as do ano referente a 2010 ainda não estão disponíveis.

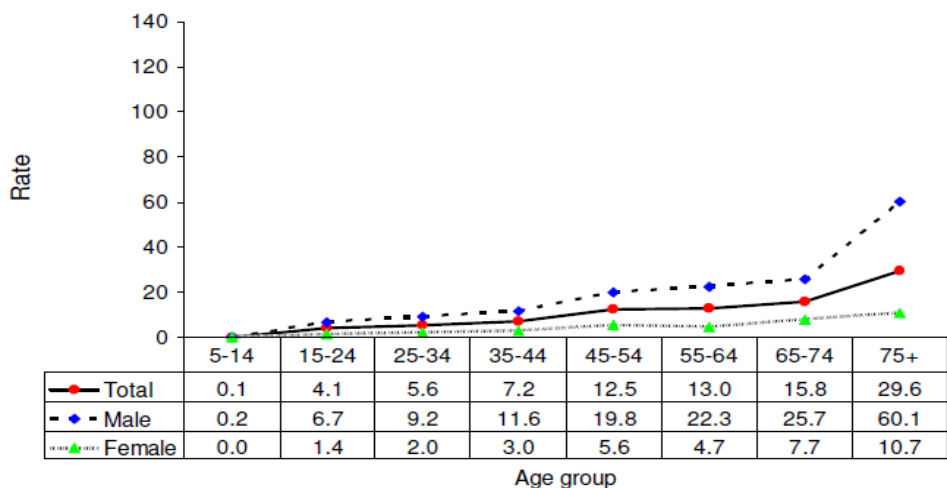


Gráfico 1 - Rácio de suicídios por 100.000 habitantes, por género e idade, Portugal - 2009

Fonte: OMS (2009)

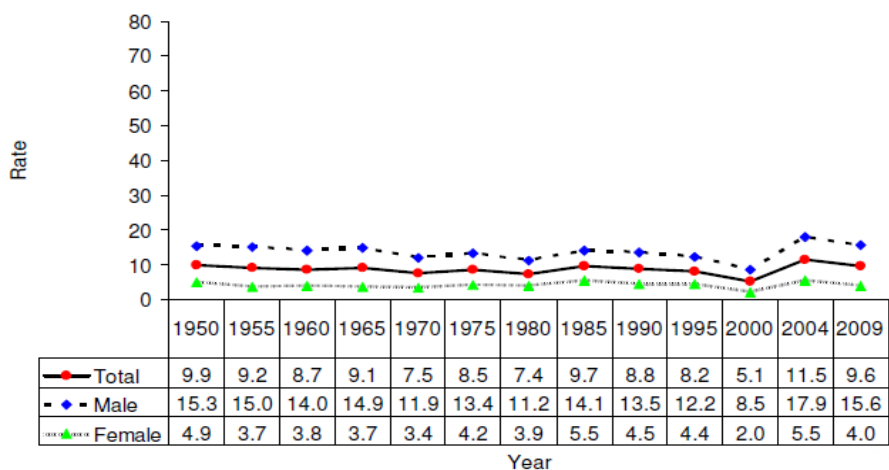


Gráfico 2 - Rácio de suicídios por 100.000 habitantes, por género, Portugal - 1950-2009

Fonte: OMS (2009)

Quadro 5 - Número de suicídios por 100.000 habitantes, por grupo etário e género, Portugal - 2009

Idade	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+	Total
Masculino	1	41	74	92	143	133	116	202	803
Feminino	0	8	16	24	42	31	43	58	222
Total	1	49	90	116	185	164	159	260	1025

Fonte: OMS (2009)

Em suma, Portugal mantém uma taxa anual de suicídio de 10.4, ou seja, quase o dobro do que ocorreu na última década do século XX. O ano de 2002, revelaria no passado recente, a viragem para os dois dígitos da taxa de suicídio, como se pode visualizar através da Gráfico 2, apesar das taxas de suicídio em Portugal, só ocasionalmente, atingirem os dois dígitos nos últimos 50 anos (1967; 1984; 2002; 2003; 2004; 2007; 2008). Pela primeira vez, as mulheres ultrapassaram os 200 suicídios e, também pela primeira vez, atingiu-se a cifra de 60 suicídios em jovens, dos 15 aos 24 anos.

O que desperta em Portugal, alguma perplexidade é a marcada e persistente assimetria entre o Norte e o Sul, tão claramente evidenciada pelo sociólogo Eduardo de Freitas na década de 80. Ao Norte, taxas baixas, ao Sul, taxas elevadas, discrepância muito peculiar mesmo a nível internacional, para um país pequeno como Portugal. Por exemplo, a diferença entre o Baixo Alentejo e o Minho pode ser de 10 vezes mais. A linha que divide este “dualismo do desespero” é o paralelo que passa por Santarém, “fronteira” preferível ao rio Tejo de modo a incluir a Grande Lisboa (Saraiva, 2010, p. 7-8). Tal assimetria pode-se visualizar na figura seguinte (Figura 1).

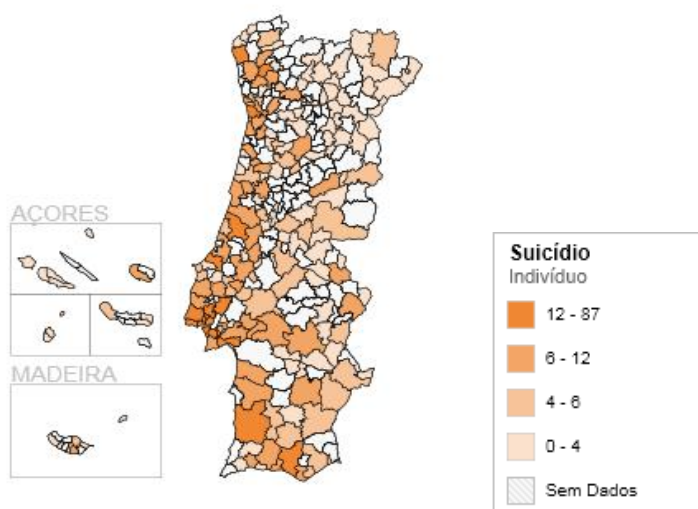


Figura 1 - Distribuição dos suicídios por municípios, 2010

Fonte: INE-DGS/MS, PORDATA (2010)

Ainda segundo o mesmo autor, Saraiva (2010), psiquiatras e sociólogos salientam que vários fatores parecem estar de acordo em relação ao que se passa no Alentejo:

- isolamento (mais que a desertificação, que também ocorre nas Beiras e Trás-os-Montes);
- população envelhecida (os jovens emigram para o estrangeiro ou para a região de Lisboa ou Algarve litoral);
- baixos níveis de instrução e escolaridade;
- baixa nupcialidade;
- divórcios;
- desemprego;
- pobreza;
- baixa religiosidade;
- desesperança;
- alcoolismo;
- depressão;
- personalidade melancólica (geneticamente marcadas ou mais suscetíveis a modelos de suicídio na família ou na comunidade);
- falta de apoios médico-sociais.

Certamente não estando aqui incluídos todos os fatores de risco, é de relevar ainda aspetos culturais retratáveis nestes comentários assaz comuns perante um suicida no Alentejo: “desistiu de viver”, “renunciou à vida”, “deixou de sofrer”. Um misto de resignação, fatalismo e compreensão no seio das famílias (Saraiva, 2010).

Numa abordagem mais detalhada e incidindo sobre o objeto de estudo deste trabalho de investigação, pode-se visualizar no que diz respeito ao número de suicídios na Cova da Beira: Covilhã, Belmonte e Fundão, distribuem-se da seguinte forma:

Quadro 6 - Número de suicídios na Cova da Beira: Covilhã, Fundão, Belmonte - 1981, 2009, 2010

Concelho	1981	2009	2010
Covilhã	Sem dados	Sem dados	6
Fundão	0	0	3
Belmonte	0	0	0

Fonte: PORDATA (2012)

E, porque importa salientar o elevado envelhecimento demográfico em Portugal (com um Índice de Envelhecimento de 129,6), é de extrema importância analisarem-se alguns Indicadores que retratam essa realidade. Em relação ao Índice de Envelhecimento, Índice de Dependência Total, Índice de Dependência dos Idosos, no quadro seguinte (Quadro 7), podem-se verificar os valores correspondentes a cada um, de acordo com o respetivo ano. Verifica-se o acentuado envelhecimento populacional desde 2009, em que o Índice de Envelhecimento é de 116,5, passando para 122,7 em 2010, e 129,6 em 2011, com uma acentuação também progressiva para o Índice de Dependência de Idosos, em 2009, 2010 e 2011 com 26,5, 27,8 e 29,2, respetivamente.

Quadro 7 - Indicadores de Envelhecimento em Portugal, 1960 a 2011

+ Anos	Índice de envelhecimento (A)	Índice de dependência total (A)	Índice de dependência jovens (A)	Índice de dependência idosos (A)	Índice de longevidade (B)
+ 1960	27,3	59,1	46,4	12,7	x
+ 1970	34,0	61,7	46,0	15,6	x
+ 1980	43,8	59,0	41,0	18,0	33,8
+ 1990	65,7	51,1	30,8	20,3	39,4
2000	100,5	47,7	23,8	23,9	41,1
2001	103,2	47,9	23,6	24,3	41,7
2002	104,8	48,0	23,5	24,6	42,1
2003	106,1	48,2	23,4	24,8	42,5
2004	107,8	48,4	23,3	25,1	42,9
2005	109,4	48,5	23,2	25,3	43,5
2006	110,9	48,6	23,0	25,5	44,4
2007	112,6	48,7	22,9	25,8	45,3
2008	114,5	48,9	22,8	26,1	46,0
2009	116,5	49,2	22,7	26,5	46,6
2010	± 122,7	± 50,4	± 22,6	± 27,8	± 47,4
2011	129,6	51,7	22,5	29,2	48,1

(A) Rácio - % (B) Proporção - %

Fonte: INE, PORDATA (2012)

No que diz respeito ao território nacional, Portugal tem a seguinte distribuição em termos de Índice de Envelhecimento, em 2011:

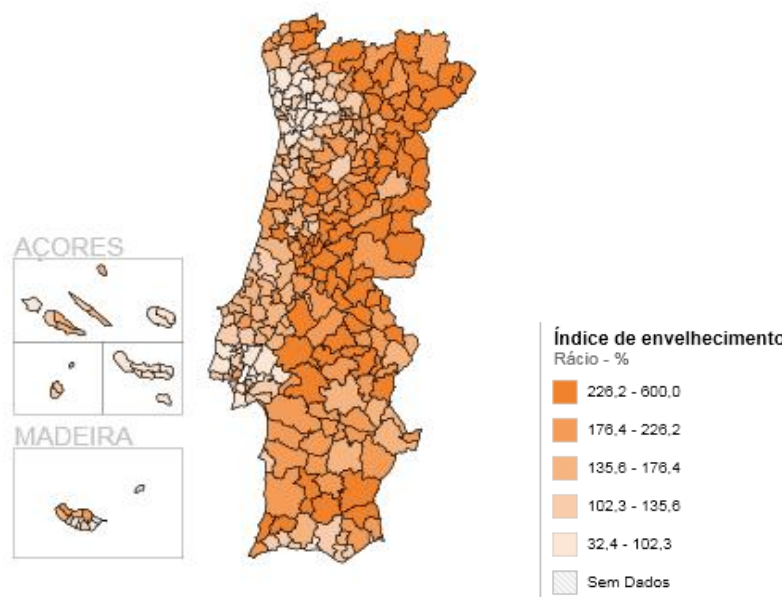


Figura 2 - Índice de Envelhecimento por municípios, 2011

Fonte: INE, PORDATA (2011)

Focalizando os Indicadores anteriormente mencionados no objeto de estudo deste trabalho de investigação salienta-se, no que diz ao Índice de Envelhecimento na Cova da Beira: Covilhã, Belmonte e Fundão:

Quadro 8 - Índice de Envelhecimento na Cova da Beira: Covilhã, Fundão, Belmonte - 2001, 2009, 2010, 2011

Concelhos	2001	2009	2010	2011
Covilhã	139,8	167,5	180,3	195
Fundão	177,6	209,7	223,4	237,6
Belmonte	162,6	196,6	212,1	227,2

Fonte: PORDATA (2012)

3 FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DOS COMPORTAMENTO SUICIDÁRIOS

A literatura científica tem identificado fatores de risco para os comportamentos suicidários, de entre eles os mais frequentemente relatados são a existência de transtornos mentais, sobretudo depressão e alcoolismo, perdas recentes, perdas de figuras parentais na infância, dinâmica familiar conturbada, personalidade com traços intensos de impulsividade e agressividade, determinadas circunstâncias clínicas como doenças crónicas incapacitantes e ter acessos a meios letais (Pires *et al.*, 2009).

O suicídio resulta, na maior parte das vezes, da convergência de fatores de natureza interna e outros de natureza externa. Estes não devem ser considerados de uma forma isolada, mas sim interligados a outros aspetos, designadamente aos elementos de predisposição individual, aos fatores de proteção e aos fatores de precipitação.

Pela diversidade de fatores e problemas associados aos comportamentos suicidários, nenhuma medida singular é suficiente para todas as pessoas em risco. O conhecimento dos fatores de risco é imprescindível para uma avaliação global adequada.

Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio (2006) identifica e descreve, na base de uma análise socioeconómica, os fatores sociais e demográficos precipitantes dos comportamentos suicidários, nomeadamente a idade, o género, o estado civil, o desemprego, os aspetos étnicos, a religião e o fenómeno de imitação.

Idade – Não sendo um fator de desencadeamento deste tipo de fenómenos é determinante no perfil de ocorrência. Sabe-se, pelas taxas de incidência, que existe maior risco em determinadas faixas etárias, tanto para o suicídio, como para o para-suicídio e, que estas faixas não são coincidentes em relação a um e a outro. Realça-se ainda, que o suicídio ocorre em número mais elevado em indivíduos de idade avançada, de 65 ou mais anos que cessaram a sua atividade profissional (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Género - É mais comum entre o género feminino o para-suicídio, utilizando métodos normalmente não letais (sobredosagens medicamentosas). Tal parece corresponder a uma consequência da socialização do papel sexual, ou seja, o género feminino parece evidenciar sentimentos negativos face a problemas contra elas próprias e, pelo contrário, face a acontecimentos agradáveis, extravasarem-nos. Nos anos mais recentes, nomeadamente a partir das décadas de 80 e 90, tem aumentado um grupo que tinha, porém, taxas inferiores, o sexo masculino, principalmente em idade adolescente ou em adultos novos. O suicídio aparece com mais incidência em indivíduos do sexo masculino e com uma idade avançada podendo-se estabelecer uma correlação entre estes dois fatores (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Estado civil - Parece esta variável ter mais evidência, segundo alguns autores, no comportamento suicidário, que os demais fatores. Geralmente, seguindo uma linha quase comum em todos os países, os casados possuem taxas mais baixas que os solteiros e divorciados e, os divorciados são o grupo com taxas mais elevadas, seguindo-se logo as mulheres jovens viúvas, que em alguns casos, ultrapassam as taxas de divorciados (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Desemprego - Constitui um fator de risco na propensão ao ato suicida e origina alterações psíquicas em indivíduos mais expostos ao ciclo de desemprego o que leva, muitas vezes, a outros fatores de risco como, a miséria e o alcoolismo. Vários estudos demonstraram que o risco de um comportamento suicidário aumenta, consideravelmente com o desemprego de longa duração no sexo masculino. Ainda há a referir que, normalmente este fator se interliga com fracos rendimentos anuais *per capita* ou do agregado familiar e, forte incidência em indivíduos com fracas habilitações literárias ou mesmo em situação de analfabetismo (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Aspetos étnicos - Existe uma maior propensão ao suicídio na etnia caucasiana do que nas restantes. Os baixos valores encontrados, ao longo dos anos, na etnia africana, a assegurar por alguns estudos, podem estar ligados com uma maior coesão social por parte destes e, por conseguinte, a uma maior partilha de valores culturais e sociais de cada grupo, o que permite uma aproximação à concetualização de Durkheim de integração social (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Religião - Protestantes suicidam-se mais que cristãos católicos e estes, por sua vez, mais que judeus e muçulmanos. Esta taxa elevada no protestantismo pode estar ligada com o enraizar de valores, ao longo dos séculos, dos seus membros assumirem no seu pensamento e conduta e uma religiosidade mais profunda, mais intimista, assente na ideia de ser a predestinação do homem e a pré-condenação um fato inexorável. Vale a pena salientar que para o islamismo existe uma reprovação clara e inequívoca como em nenhuma outra religião. Também essa aprovação é patente no judaísmo. Em suma, quanto maior o peso institucional da religião numa sociedade, maior o seu controle social no exercício do poder, maior a condenação a tais atos e, portanto, menor risco e o número de suicídios. De fato, a civilização judaico-cristã é muito pouco tolerante em relação ao suicídio. Todavia, ainda que com o peso institucional que possui, nela decorreram fenómenos epidémicos de intenção suicida (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

Fenómeno da Imitação - Ao analisar na era contemporânea, de uma forma sistemática o efeito de sugestão principalmente por parte dos *media* e os seus reflexos nos comportamentos, através de notícias publicadas na cidade de Nova-York, verificou-se que após a publicação de histórias desta índole, quer por sugestão, quer por identificação com as próprias vítimas, os suicídios aumentavam. A este tipo de fenómeno apelidou de “Fenómeno Werther”, terminologia que é hoje utilizada pela comunidade científica que se debruça sobre este tipo de problemas. No século XX, apareceram novas formas de suicídio por imitação ou

“modas de suicídio”. Estas são, muitas vezes, seguidas ao suicídio de uma pessoa bastante conhecida da vida social e é o resultado duma exacerbada mediatização dos fatos e da cultura da idolatração. Nos Estados Unidos da América, país que cultiva o apelidado *Star System* no mundo da música e do espetáculo tem-se verificado fenómenos deste tipo (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006).

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (2008), resumidamente destaca os fatores de risco que podem contribuir para o comportamento suicidário, dependendo da resposta individual da pessoa. Enumera os seguintes:

Psicopatológicos

- Depressão endógena, esquizofrenia, alcoolismo, toxicoddependência e distúrbios de personalidade;
- Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou notícias veiculadas pelos *media*;
- Comportamentos suicidários prévios;
- Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado;
- Distúrbios alimentares (bulimia).

Pessoais

- Ter entre 15 e 24 anos ou mais de 45 anos;
- Pertencer ao sexo masculino e raça branca;
- Morte do cônjuge ou de amigos íntimos;
- Escolaridade elevada;
- Presença de doenças de prognóstico reservado (HIV, cancro entre outras);
- Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não;
- Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.

Psicológicos

- Ausência de projetos de vida;
- Desesperança contínua e acentuada;
- Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas;
- Perdas precoces de figuras significantes (pais, irmãos, cônjuge, filhos);
- Ausência de crenças religiosas.

Sociais

- Habitar em meio urbano;
- Ser rural ao sul do Tejo;
- Desemprego;
- Mudança de residência;
- Emigração;
- Falta de apoio familiar e/ou social;

- Reforma;
- Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas;
- Estar preso.

Além de, cada indivíduo lidar com a tensão e o trauma de formas diferentes, a presença de múltiplos fatores de risco não implica necessariamente que uma pessoa cometa o suicídio.

Por outro lado, Santos citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio (2006), dá a sua perspectiva complementando os fatores anteriormente referidos. Salienta que, da experiência clínica e da investigação empírica, muitos fatores têm sido apontados como contribuindo para o suicídio (Quadro 9).

Quadro 9 - Fatores que contribuem para o suicídio

Sexo, idade; raça; hereditariedade; temperamento emotivo-inibido; vida competitiva; desumanização; força das tradições; religião; isolamento sociofamiliar; estado civil; dificuldades acadêmicas; profissão; desgostos de amor e familiares; doenças somáticas; saúde mental; crise existencial; contágio; estação do ano.

Fonte: Peixoto, Saraiva, Sampaio (2006)

Muitos destes fatores ainda carecem de evidência epidemiológica consistente que comprove e quantifique a sua designação como fatores de risco, mas até atendendo ao fato da investigação produzir regularmente novos resultados devem ser sempre tomados em consideração aquando da decisão clínica, principalmente se acompanhados por sinais de alarme (Quadro 10), ou sinais de perigo (Quadro 11), decorrendo estes já de uma classificação internacional da *American Psychological Association* (APA, 1999).

Quadro 10 - Sinais de alarme

Tentativa prévia de suicídio; Abuso de álcool ou de drogas; Expressar sentimentos ou pensamentos tais como, suicídio ou morte; Crescente tristeza e isolamento; Modificações importantes nos hábitos alimentares ou de sono; Sentimentos de desespero, culpa ou inutilidade; Fraco controlo sobre o comportamento; Comportamentos impulsivos ou agressivos; Perda brusca de rendimento escolar ou interesse nas aulas; Falta de interesse nas atividades habituais; Perfeccionismo excessivo; Problemas com as autoridades; Desembaraçar-se de bens importantes; Despedir-se ou insinuar que não estará presente no futuro.
--

Fonte: Peixoto; Saraiva; Sampaio (2006)

Estes sinais de alarme são particularmente na clínica do suicídio, devendo ser valorizados independentemente do contexto epidemiológico, nunca esquecendo que a epidemiologia é uma ciência social e comunitária e é apenas mais um instrumento da decisão clínica e, não pode, nem deve ser sobrevalorizada. A importância destes sinais e a premência da intervenção aumenta quando os sinais de alarme se acompanham de sinais de perigo.

Quadro 11 - Sinais de perigo

Morte recente ou suicídio de uma familiar ou amigo chegado; Conflitos com os pais; Fim de um namoro; Casos de suicídios de jovens da mesma escola ou comunidade ou de personagens mediáticas.
--

Fonte: APA (1999)

Os fatores de risco e proteção do suicídio foram enunciados pelo *Centers for Disease Control* (CDC), a agência Federal de Saúde Pública dos Estados Unidos, na sequência de uma metanálise a milhares de estudos epidemiológicos e analíticos credíveis publicados a nível internacional.

O departamento responsável por este trabalho é o *Department of Health and Human Services* (DHHS) e estão discriminados respetivamente nos Quadros 12 e 13. Santos citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio (2006). Salienta ainda que, enquanto os fatores de risco estão muito dependentes de situações relacionadas com o indivíduo ou o meio envolvente, os fatores de proteção estão muito associados à efetividade dos serviços de saúde e da articulação destes com os restantes parceiros sociais, fato que deve merecer a máxima atenção não só, dos profissionais, mas também dos decisores políticos.

Quadro 12 - Fatores de risco do suicídio (DHHS, 1999)

Tentativa prévia de suicídio;
Doença mental (particularmente depressão);
História de abuso de álcool ou drogas;
História familiar;
Maus-tratos ou abuso na infância;
Sentimentos de desespero;
Tendências agressivas;
Barreiras no acesso aos serviços de saúde;
Perda (relacional, social, laboral ou financeira);
Doença física incapacitante;
Acesso fácil a substâncias ou objetos letais;
Incapacidade para procurar ajuda;
Crenças culturais ou religiosas;
Surtos locais de suicídio;
Isolamento e sentimento de desvalorização por parte de outras pessoas.

Fonte: DHHS (1999)

Quadro 13 - Fatores de proteção do suicídio (DHHS, 1999)

Cuidados clínicos efetivos;
Facilidade de acesso aos serviços de Saúde e variedade da sua oferta;
Suporte social e familiar;
Articulação entre os vários níveis de Serviços de Saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários;
Crenças culturais e religiosas que desencorajam o suicídio e suportam os instintos de auto-preservação

Fonte: DHHS (1999)

Em suma, independentemente das perspectivas, seja na base de uma análise socioeconómica, da suicidológica, ou epidemiológica, o comportamento suicidário pode ser resumidamente traduzido através do modelo esquemático representado na Figura 3, em que contribuem um conjunto de fatores que interagem em processos diversos, complexos e que se combinam de diferentes modos, num contexto preciso ou no meio social envolvente. Alguns desses fatores são endógenos, ou seja inerentes à própria personalidade e à biografia individual, outros são sociais e exteriores, fatores sociodemográficos, sistema relacional ou interação familiar, história pessoal, personalidade, fatores circunstanciais e modelos suicidários.

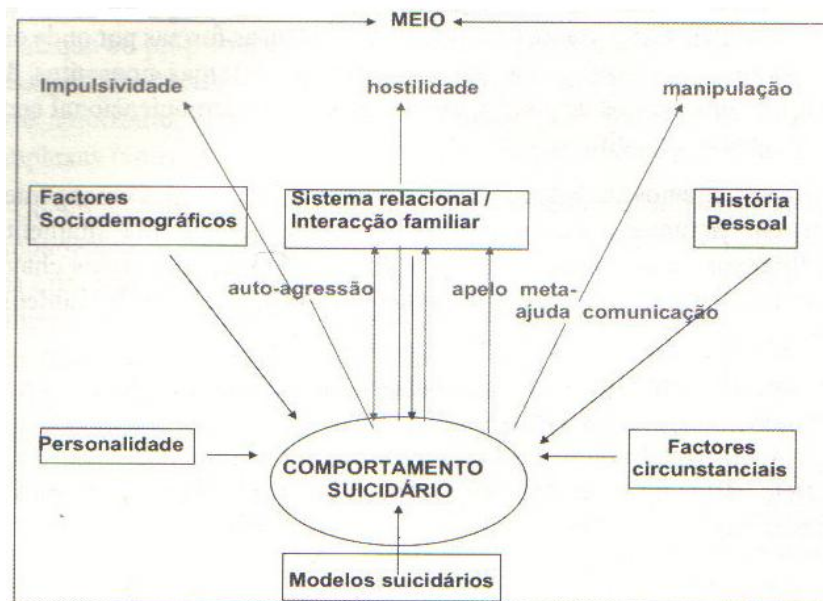


Figura 3 - Modelo esquemático do comportamento suicidário

Fonte: Peixoto; Saraiva; Sampaio (2006)

Desta forma, reconhece-se a necessidade de serem criadas condições que concretizem o objetivo fundamental de obter ganhos de saúde, nomeadamente em anos de vida com independência e melhorarem as práticas profissionais no âmbito das especificidades do envelhecimento, apostando em programas e nas orientações que promovam a prevenção e pósvenção do suicídio.

4 CONTEXTO SUICIDÁRIO NOS IDOSOS

O envelhecimento demográfico e as alterações no padrão epidemiológico e na estrutura e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa determinam novas necessidades em saúde, para as quais urge organizar respostas mais adequadas. Embora os enormes progressos das ciências da saúde, nas últimas décadas, tenham tido um papel preponderante no aumento da longevidade, a realidade portuguesa fica, ainda, aquém dos padrões médios europeus e, mostra que os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que, frequentemente estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (Direção Geral de Saúde, 2004).

O suicídio entre as pessoas idosas constitui-se um grave problema para as sociedades das mais diversas partes do mundo (Minayo e Cavalcante, 2010).

A tentativa de diminuir as taxas de suicídio em todo o mundo impõe a realização de estudos para identificação dos possíveis grupos de risco. Estranhamente, um grupo que é raramente considerado são as pessoas idosas. Tal fato torna-se mais grave, se se considerar que as taxas de suicídio em países industrializados têm aumentado com a idade, sobretudo em homens idosos, além disso, o comportamento suicidário em pessoas idosas é mais efetivo, com maior taxa de mortalidade do que em pessoas mais jovens (Cattell, 2000).

O mesmo autor acrescenta ainda que, apesar do suicídio e a sua prevenção serem uma área de prioridade de assistência na Europa, o suicídio nas pessoas idosas permanece um assunto negligenciado em todo o mundo, recebendo pouca atenção profilática e interesse científico.

Um estudo realizado pela *OMS/Euro Multicentre Study of Suicidal Behaviour* em 13 países europeus, mostra que as taxas médias de suicídio entre pessoas com mais de 65 anos nessas sociedades chegam a 29.3/100.000 e, as de tentativas de suicídio a 61.4/100.000. Além dos dados sobre autodestruição em idosos serem muito elevados, a razão entre tentativas e suicídios consumados é muito próxima, quase 2:1 (De Leo *et al.*, 2001).

Uma característica peculiar do comportamento suicidário em idosos é que os homens apresentam maior eficácia na tentativa que mulheres da mesma faixa etária. Na maioria dos países industrializados, essa taxa é de duas a quatro vezes maior. E acima dos 85 anos essa taxa chega ser de 53:1 (Power, Bophy, 2008).

O estudo de Shah *et al.*, realizado na Europa e Ásia, afirma um aumento na taxa de suicídio entre idosos de ambos os sexos na Dinamarca, nos homens em Israel e nas mulheres na França, Bulgária, Islândia e Malta. Além disso, as taxas de suicídio entre idosos na Europa, de 1987 e 1992, aumentaram entre os homens na Dinamarca, na Suécia e na Letónia e em mulheres na Noruega, na Bielorrússia e na Hungria. Similarmente, entre 1974 e 1987, as taxas de suicídio em homens idosos aumentaram em 13 dos 21 países ocidentais e, nas mulheres foi

observado um aumento em 10 países ocidentais. O problema do suicídio na população de idosos tem sido mais sério na Ásia, sobretudo no Japão. Esse fato é preocupante porque o povo japonês tem a perspectiva de vida mais longa do mundo e, nesse país as taxas de suicídio têm sido maiores em indivíduos com mais de 65 anos que em outras faixas etárias, configurando 29% de todas as mortes por suicídio. Quando se considera a localização regional, o índice de suicídio em idosos é maior em áreas rurais do que em áreas urbanas, o que pode ser atribuído ao despovoamento e conseqüente isolamento social, o aumento da população idosa nesses locais e o escasso serviço de assistência social e à saúde (Oyama *et al.*, 2004; Shah, Padayatchi, Das, 2008 citados por Pires *et al.*, 2009).

Embora nos Estados Unidos da América apenas 13% da população seja constituída por idosos, 18% das mortes por suicídio na década de 90 ocorreram em idosos. Entre todos os grupos etários, o suicídio efetivo está mais presente em homens brancos com idade igual ou acima de 75 anos. Alguns estudos preveem que os índices de suicídio em idosos acima de 65 anos chegarão a 35% em 2030 (Mitty, Flores, 2008).

Uma revisão realizada por Beeston (2006) indica consenso nos estudos a respeito da intrínseca relação entre ideação, tentativa e efetivação do ato suicida.

Mitty, Flores (2008), salientam que há pesquisas que revelam que a tentativa de suicídio em idosos tende a ser mais eficaz do que em adultos e adolescentes, o que pode estar associado a uma menor probabilidade de socorro, diante do isolamento social, e a decisão mais estabelecida acerca do comportamento suicidário.

Estudos epidemiológicos indicam que 20% dos idosos que tentaram suicídio procuraram 24 horas antes da tentativa, um serviço de cuidados de saúde primários, 41% deles procuraram na semana anterior e, 75% no mês anterior.

As pessoas idosas tendem a ter maior intenção suicida e utilizar métodos mais letais do que as pessoas mais jovens, correndo o risco de menor sobrevivência em relação às conseqüências físicas de uma tentativa (Santos, 2012).

Forsell *et al.* citado por Minayo e Cavalcante (2010) mostram que existe relação entre ideação e depressão e entre ideação e dependências múltiplas, institucionalização, problemas visuais graves e o uso de drogas psicotrópicas. Alguns autores dizem que muitos dos idosos referem-se a “pensamentos de morte”, “desejos de morrer”, “cansaço de viver”, “falta de sentido da vida” e “tristeza com o rumo atual da própria existência.”

A depressão foi avaliada como o transtorno psiquiátrico mais comumente associado ao risco do comportamento suicida (Pires *et al.*, 2009).

A demência foi um outro transtorno ressaltado nos estudos (Quan *et al.*, 2002; Lebrat *et al.*, 2006; Peisah *et al.*, 2007) como relevante para a previsão do comportamento suicida em idosos (Pires *et al.*, 2009).

Ter doença mental, alcoolismo (Cattell, 2000; Eilertsen *et al.*, 2007) e apresentar transtornos de personalidade (Harwood *et al.*, 2001; Quan *et al.*, 2002; Zeppegno *et al.*, 2005; Lamprecht *et al.*, 2005; Hawton, Harriss, 2006; Mitty, Flores, 2008; Shah, Padayatchi,

Das, 2008) como aspetos predisponentes também foram relatados como fatores ao suicídio em idosos (Pires *et al.*, 2009).

Pires *et al.*, (2009), salienta que as doenças físicas, sobretudo as crónicas, foram citadas por diferentes estudos como fatores de risco para o suicídio em idosos.

Quan *et al.* citado por Pires *et al.* (2009), ressalta que num estudo de caso onde 303 idosos cometeram suicídio na Inglaterra e no país de Gales entre, 1968 e 1972, os casos de suicídio tiveram uma predominância significativamente associadas a doenças como artrite, asma, epilepsia, bronquite, doença vascular cerebral, problemas visuais ou úlcera péptica e, uma predominância significativamente mais baixa da doença cardíaca e hipertensão. Nesta amostra, o grupo de idosos que tentou o suicídio apresentava mais doenças físicas que o grupo controle, como principalmente cancro, doença cardíaca isquémica, doença pulmonar crónica, úlcera péptica, doença de próstata. No mesmo estudo, foi constatado que as pessoas idosas com cancro tinham quase duas vezes mais probabilidade de cometer suicídio que pessoas sem cancro, controladas todas as outras variáveis. Esta análise, igualmente demonstrou que, a probabilidade de suicídio aumenta nas pessoas idosas casadas com doença pulmonar, mas não aumenta nas pessoas idosas que eram solteiras, mesmo que estivessem acometidas de doença pulmonar crónica. Os homens com idade acima de 75 anos com doenças de próstata tinham quase duas vezes mais probabilidade de cometer suicídio que aqueles sem esta doença.

Outros estudos apontam também para a relação do aumento do risco de suicídio em idosos com a presença de doenças físicas, bem como com o diagnóstico de doença terminal (Cattell, 2000; Eilertsen *et al.*, 2007; Gibbs *et al.*, 2009; Harwood *et al.*, 2000; Koponen *et al.*, 2007; Lebret *et al.*, 2006; Tadros, Salib, 2000; Zeppegno *et al.* 2005, citados por Pires *et al.* 2009).

Pires *et al.*, (2009), salienta no que se refere ao género como fator de vulnerabilidade para o suicídio em idosos, os estudos identificam o sexo masculino como tendo maior probabilidade para a manifestação desse comportamento (Cattell, 2000; Quan *et al.*, 2002; Lamprecht *et al.*, 2005; Eilertsen *et al.*, 2007) contudo, no que se refere à tentativa de suicídio por ingestão de substâncias, percebe-se uma associação maior com as mulheres (Carlsten, Waern; Allebeck, 1999).

Quanto à idade, dentro da faixa etária estudada, as pesquisas indicam que ter acima de 75 anos constitui um maior fator de risco do que idosos com menos de 75 anos (Cattell, 2000).

A maioria dos estudos relata que não ser casado, ser viúvo, divorciado ou nunca ter tido um relacionamento marital configura fator de vulnerabilidade para o comportamento suicidário (Cattell, 2000; Quan *et al.*, 2002; Mitty, Flores, 2008; Shah, Padayatchi, Das, 2008, citados por Pires *et al.*, 2009).

De entre os aspetos económicos considerados pelas pesquisas como fator de vulnerabilidade para a tentativa de suicídio em idosos destacam-se, estar desempregado e ser

de classe média alta (Quan *et al.*, 2002 citado por Pires *et al.*, 2009). Outro fator de risco é ter pouca ou nenhuma condição económica e morar em países industrializados e, ainda, perder o seu domicílio, ter perdas financeiras ou desvincular-se de alguma sociedade (Cattell, 2000; Mitty, Flores, 2008, citados por Pires *et al.*, 2009).

Pires *et al.* (2009), para finalizar refere que há estudos que também descrevem aspetos psicossociais como fatores de risco para o suicídio na população estudada, entre eles estão, viver em isolamento social (Cattell, 2000; Shah, Hoxey, Mayadunne, 2000; Oyama *et al.* 2004; Lebret *et al.*, 2006; Power, Bophy, 2008; Tan, Wong, 2008), ter dificuldade de relacionamento (Cattell, 2000; Tan, Wong, 2008), morar sozinho (Shah, Hoxey, Mayadunne, 2000), perder o cônjuge ou amigo próximo (Cattell, 2000; Mitty, Flores, 2008) morte de crianças na família, perder papéis sociais, ter uma diminuição na possibilidade de escolhas, interesses e preferências, ausência de pessoas significativas em que se possa confiar, perda da qualidade do sono, dificuldade em mecanismos de enfrentamento e traços de personalidade, orgulho, rigidez, pessimismo, sentimento de desespero e negação do envelhecimento (Mitty, Flores, 2008), perder o papel tradicional na família, ter um reduzido número de cuidadores e membros da família (Shah, 2008), ter problemas com a lei, possuir sentimentos de culpa (Cattell, 2000) e, manifestar pensamentos suicidas (Tan, Wong, 2008).

A disponibilidade de elementos facilitadores tais como, benzodiazepinas, antidepressivos, barbitúricos e antipsicóticos é ressaltada como fator de risco para a tentativa de suicídio na população estudada (Carlsten, Waern, Allebeck, 1999; Harwood *et al.*, 2000; Kaplan, Adanek, Martin, 2001; Shah, *et al.* 2002; Eilertsen *et al.*, 2007; Mitty, Flores, 2008;).

A decisão do suicídio face a fatores predisponentes e devido a influências sofridas pela personalidade é uma decisão tomada geralmente sob fortes estímulos exteriores ou, pelo menos, em circunstâncias de grande intensidade emocional. Chega-se mesmo a dizer que, sendo este instinto tão forte e constante no homem, não há suicídios lúcidos, isto é, sem perturbação mental, formulando a hipótese de haver na passagem ao ato suicida um estreitamento da consciência (estado crepuscular) que a tornasse possível (Costa, 1986).

O suicídio pode ser, por outro lado, uma reafirmação do desejo de viver de um indivíduo que, perante uma situação muito difícil, não encontra, naquele momento, outra saída que não seja o encontro com a morte (Costa, 1986).

Numa perspetiva sociológica e retratando a realidade portuguesa, Cabral (2011), justificou a elevada taxa de suicídios no Baixo Alentejo com o fato de se verificarem muitos casos de solidão em pessoas idosas, que não possuem fé católica. Relacionou o elevado número de suicídios, sobretudo nos homens viúvos, com a solidão, depois da morte dos cônjuges e classificou o sexo masculino como "pouco inteligente" e "completamente dependente das mulheres". No caso dos homens alentejanos, classificou-os como pessoas simples e que esperam que a vida seja simples e natural, a expectativa é de que as mulheres morram depois deles. Por isso, o sociólogo não considera que o suicídio nos idosos seja uma

"tragédia" mas sim um sinal de que já não existe um objetivo, relacionando a alta incidência no Baixo Alentejo com o caráter menos católico da população. Quando a vida contraria esta expectativa, Cabral (2011) acredita que as pessoas são livres de sair pelo próprio pé, não considerando que seja "uma tragédia" o suicídio de uma pessoa que não tem um objetivo. Segundo o sociólogo, o suicídio é um fenómeno que não acontece nas famílias gregárias, mais impregnadas de catolicismo, onde as pessoas acreditam na vida e na natureza o que, de uma forma geral, não se verifica no Baixo Alentejo.

O mesmo autor realçou ainda o fato de Portugal ser um dos países mais envelhecidos do mundo, tornando-se um problema muito grave, sobretudo, pela questão dos recursos financeiros. Para combater esta realidade, defendeu a importância das redes sociais. Sublinhou também a importância de manter as pessoas ativas depois da reforma, sobretudo os homens, que processam uma quebra quase completa das suas redes sociais, nesta fase.

Desta forma, acrescentaria que a independência nas atividades de vida diárias (AVD'S) e nas atividades instrumentais de vida diárias (AIVD's), são também fatores que funcionam como proteção dos idosos face o suicídio.

Pires *et al.*, (2009), sumariza os fatores que podem justificar o padrão de suicidalidade no geral, e em particular nos idosos. A depressão como um aspeto predisponente ao comportamento suicidário, nesta faixa etária. A presença de doenças físicas, sobretudo as doenças crónicas e incapacitantes como o cancro. Foram citados ainda, como relevantes por muitos estudos, o isolamento social, outras doenças psiquiátricas, além da depressão, a viuvez, o divórcio ou nunca ter tido um relacionamento marital, aspetos étnicos, como ser branco, fatores económicos, como desemprego e nível de renda média/alta e o falecimento de pessoa significativa. Outros estudos citaram ainda como fatores de risco para o comportamento suicidário nos idosos, a demência, o consumo de álcool ou alcoolismo, doenças cardíacas, hipertensão, a disponibilidade de benzodiazepinas, antidepressivos, barbitúricos e antipsicóticos, fazer uso de ansiolíticos ou tranquilizantes, ser do sexo masculino e ter mais de 75 anos, morar em países industrializados, ter problemas de relacionamento, perder o seu domicílio ou sociedade, possuir alguns traços de personalidade (orgulho, rigidez, pessimismo, sentimento de desesperança, negação do envelhecimento, hipocondria, obsessões), a perda de habilidades, a diminuição da possibilidade de escolhas, a diminuição da qualidade de sono, ausência de alguém em que se possa confiar, perda de papel tradicional na família, redução do número de cuidadores, a dependência de outras pessoas, histórico de internamento e ocorrência de alguma tentativa de suicídio anterior.

A conservação da vida é um dos instintos humanos menos contestados mas que, no entanto, continua a ser vencido com uma frequência implacável e persistente.

Traçado assim o caminho que vai da solidão ao suicídio nas idades avançadas resta a esperança e confiança em cada um para que saibam encontrar as melhores respostas e poder desfrutar do privilégio da vida até onde ela for possível.

5 VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES NO PROCESSO DE LUTO DOS IDOSOS

A família é a principal unidade básica de desenvolvimento pessoal e, igualmente, o local onde se vivencia um conjunto de experiências fundamentais para a formação da personalidade. Desde sempre, tem havido a consciência de que a família é uma estrutura social importante, que tem um impacto crucial no desenvolvimento e na saúde do indivíduo. O conceito de família tem vindo a mudar ao longo dos tempos, acompanhando as mudanças económicas, culturais e religiosas no contexto onde se encontram inseridas. Representa um grupo social primário que influencia e é influenciado por outras pessoas e instituições. Dentro de uma família, existe sempre um grau de parentesco. A família é unida por múltiplos laços capazes de manter os membros unidos moralmente, materialmente e reciprocamente durante uma vida e durante as gerações (OMS, 1998).

No que diz respeito ao idosos, acompanhá-los, no seio da família, é uma experiência que acarreta fortes sentimentos de gratificação para as pessoas que mantêm um vínculo afetivo forte com estes, nomeadamente, a família e outras pessoas significativas, que têm oportunidade de desempenhar um papel fundamental no apoio.

A imagem do idoso na sociedade tem também vindo a sofrer profundas alterações. Se antes, o idoso era visto com respeito e o seu papel na sociedade era determinante, no aconselhamento e decisão sobre matérias importantes, hoje em dia, numa sociedade onde a produtividade e a atividade profissional são mais valorizadas e o envelhecimento é visto exclusivamente como um conjunto de perdas de capacidades, o idoso é tido como “um fardo”. Muitas vezes, a maioria dos idosos não vive, existe. E, existir sem ser visto é uma espécie de morte. Tendo em conta estes aspetos, a família representa um meio protegido, onde o idoso pode manter um papel ativo e importante, se os restantes membros da família estiverem despertos para estas situações (Costa, 2006).

Relativamente às relações familiares, o que se verifica é que cada membro, perante a perda, reage de uma maneira própria e em tempos diferentes, podendo gerar vários conflitos, afastamentos ou, até mesmo ruturas no seio familiar (Melo, 2004). De acordo com Brown (1989), não só o impacto da morte é normalmente intenso e prolongado, mas também os seus resultados não são habitualmente reconhecidos pela família como, estando relacionados com a perda. A morte ou doença grave de qualquer familiar leva, assim, a uma rutura no equilíbrio familiar. O grau de rutura para o sistema familiar é afetado por um número de fatores, sendo os mais significantes:

- o contexto social e étnico da morte;
- o historial de mortes anteriores;

- a altura da morte no ciclo de vida;
- a natureza da morte ou da doença grave;
- a posição e função da pessoa no sistema familiar;
- a abertura do sistema familiar.

As perdas significativas ou traumáticas podem nunca chegar, a ser totalmente resolvidas. Para além disso, a adaptação não é equivalente a uma resolução no sentido de ultrapassar completamente e, de uma vez por todas, a perda. O luto e a adaptação não têm um tempo fixo ou uma sequência linear. A perda é um acontecimento de vida universal podendo ser vivida de modo traumático, especialmente quando os indivíduos se focam em aspetos ameaçadores da sua experiência, revelando prejuízos funcionais a longo prazo inerentes a dificuldades de adaptação e de restabelecimento do estado pré-perda (Kristjanson, Lobb, Aoun & Monterosso, 2006).

É indescritível o tremendo sofrimento que advém da perda de alguém que é querido, pois, é difícil encontrar alguma palavra que consiga abarcar uma dor que aparenta ser incomensurável (Melo, 2004).

Sanders (1999, p. 3) relata-a da seguinte forma: "A dor de uma perda é tão impossivelmente dolorosa, tão semelhante ao pânico, que têm que ser inventadas maneiras para se defender contra a investida emocional do sofrimento. Existe um medo de que se uma pessoa alguma vez se entregar totalmente à dor, ela será devastada, como que por um maremoto enorme, para nunca mais emergir para estados emocionais comuns outra vez".

O tempo acaba por ser o maior aliado para ultrapassar a inolvidável perda, permitindo uma recuperação lenta e gradual. Porém, o sobrevivente tem também um papel ativo no processo de luto, tendo que efetuar determinadas tarefas de forma a "deixar ir" o ente querido perdido e seguir em frente com a sua vida. Quando estas tarefas não são realizadas, acaba-se por passar a ténue e imprecisa linha que separa o luto normal do luto patológico. Neste último, verifica-se que a severidade dos sintomas do luto, características de uma fase inicial que se segue à perda, acaba por se prolongar por um período de tempo superior ao habitual (Melo, 2004).

O luto é definido como um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que aparecem como resposta a uma perda, seja uma perda real ou imaginativa (perda de um ideal, de uma expectativa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade. O luto é uma resposta natural à perda de um ente querido, sendo este um acontecimento stressante que, a maioria das pessoas, terá que enfrentar ao longo da vida. Uma grande perda é um processo de transição que obriga as pessoas a adaptarem as suas conceções sobre o mundo e sobre si próprias (Parkes, 1998).

Por vezes, os casos de luto podem não evoluir favoravelmente, resultando em consequências severas que afetam a saúde mental e física dos enlutados. São as formas de

Luto Complicado (LC) em que maior associação diz respeito a problemas de saúde como depressão, ansiedade, abuso de álcool e medicamentos, risco de doenças e suicídios.

Os sintomas de LC predizem a longo prazo uma incapacidade funcional de adaptação (Prigerson *et al.*, 1995).

O termo LC é usado quando determinados fatores perturbam o processo de luto normal que resultam de uma variedade de circunstâncias, desde problemas de personalidade pré-mórbidos até, stresses situacionais. Estas variáveis fazem com que o luto seja mais severo e duradouro do que seria de esperar ou, pelo contrário, fazem com que o enlutado evite ou nem sequer reconheça a sua dor, o que impede que ela se possa resolver (Melo, 2004).

Rando citado por Sanders (1999) identificou 7 variações ou síndromes de LC: o ausente, o atrasado, o inibido, o distorcido, o conflituoso, o inesperado e o crónico.

Apesar de existirem diversas variações de LC, os lutos atrasado, distorcido e crónico aparentam ser, de acordo com a autora, os principais a separar o LC de um luto normal. A questão do resultado de um processo de luto constituir um bom ou mau resultado não é consensual, uma vez que os padrões de reações normais de luto não são ainda claramente compreendidos, continua a ser difícil determinar critérios de reações anormais. Apesar disso, existem três principais possibilidades de resultados de um processo de luto, tais como, o crescimento pessoal, nenhuma mudança substancial e a mudança adversa na saúde ou funcionamento (Sanders, 1999).

Desta forma, pode-se compreender o LC como o mais consistente termo para definir luto patológico (Kenneth, 2006; Parkes, 2006; Horowitz, 2006; Goodkin *et al.*, 2006; Stroebe & Shut, 2006). O LC é uma área que tem merecido pouca atenção nos últimos anos, não só pela crescente exposição a eventos traumáticos, assim como pela dificuldade em estabelecer critérios de diagnóstico e limitados instrumentos de avaliação e diagnóstico. Quando nos remetemos a uma perda significativa, pressupomos uma resposta natural, normal, inevitável e variável na forma de como lidamos com essa mesma perda (Marcelli, 2002). Contudo, para os psiquiatras, psicólogos, oncologistas, assistentes sociais, geriatras, enfermeiros, familiares e amigos de indivíduos enlutados, o processo de luto é caracterizado em 80 a 90% dos casos (Prigerson, 2001; Prigerson, 2004) por um estado de intenso stress e disfuncionamento global. Tratando-se de luto normal, pressupõem-se que tal percentagem aceite a perda restabelecendo o estado pré-perda, mantendo a habilidade ou capacidade de continuar a sua vida normal, explorando novos papeis e relações, ao contrário de outros enlutados com dificuldades extremas em aceitar a perda, questionando a existência da mesma, de si próprio e de como passaram essa fase sem a pessoa significativa e/ou a relação/vínculo com a mesma. É no sistema familiar que se compreende de modo mais preciso os processos de luto.

Apesar das suas particulares características vinculas, laços afetivos inatos criados unidirecionalmente (Bowlby 1980; Sanders, 1999), pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais é perante uma perda que um desequilíbrio pode, de fato, acontecer (Sullivan, 1956; Sanders, 1999). Encontramos as respostas para este possível desequilíbrio na

reação individual de cada membro, no seu modo particular de reagir e lidar com a perda. Assim não é só o impacto da perda, normalmente intenso e prolongado, mas também as suas consequências não reconhecidas pelo sistema familiar que podem levar à rutura no equilíbrio familiar (Brown, 1989). Deste modo, reconhecemos a vinculação como uma interação dinâmica e não um laço estático (Chisholm, 1996).

Boelen, Bout e Hout (2003) realizaram um estudo acerca da relação entre cognições negativas e os problemas emocionais após o luto, com o intuito de adquirirem um maior conhecimento acerca dos mecanismos psicológicos subjacentes que estão envolvidos no desenvolvimento e persistência dos problemas emocionais.

Apesar da perda de uma pessoa amada ser geralmente considerada como um dos acontecimentos de vida mais stressantes que a pessoa pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem ajuda profissional. Porém, algumas pessoas não recuperam e experimentam alterações constantes na saúde mental. Os problemas comumente observados incluem depressão, sintomas da perturbação de pós-stresse traumático e outras perturbações ansiosas, raiva e sentimentos de culpa (Bonanno e Kaltman citados por Boelen, Bout e Hout, 2003).

Para finalizar, outra questão pode ser levantada no que diz respeito ao luto, nomeadamente, se o luto por suicídio é diferente dos outros tipos de luto.

Jordânia, McIntosh citados por Andriessen e Krynska (2012), propuseram vários níveis de reação ao luto, tais como a tristeza e o desejo de se reunir com o falecido (caraterísticas após mortes inesperadas), o choque, nomeadamente a sensação de irrealidade sobre a morte e, o trauma de encontrar um corpo mutilado e destruído. Para além destas reações comuns, os sobreviventes de suicídio vivenciam caraterísticas que parecem ser únicas do luto por suicídio como, a raiva do falecido em “escolher” a morte sobreposta à vida e, o sentimento de abandono.

Sveen, Walby citado por Andriessen e Krynska (2012) acrescentam ainda que, as reações dos sobreviventes diferem em consequência da história anterior de suicídio do falecido e a expectativa de morte, ou seja, podem vivenciar depois do suicídio o sentimento de alívio (muitas vezes subjetivamente percebido como inaceitável e juntamente com culpa), assim como, podem reagir com um choque acompanhado por entorpecimento e descrença (naqueles para quem a morte do falecido veio inesperadamente).

O importante é consciencializar que o luto é um processo dinâmico, ativo que varia de pessoa para pessoa no qual, vai se criar uma nova relação com o que se perdeu e com o mundo através de novas relações e interesses.

Neste ciclo vital, a vida tal como a morte, cruzam-se ao longo do percurso biográfico de cada indivíduo. Deste modo, torna-se essencial perceber o impacto que uma perda significativa tem não só no indivíduo, como também no sistema familiar e nas suas interações. Uma maior consciência e compreensão dos possíveis caminhos que cada um pode percorrer

para recuperar de uma perda, permite uma maior aceitação das inúmeras diferenças que o processo de luto tem de pessoa para pessoa (Melo, 2004).

Urge compreender como as pessoas lidam com o problema do suicídio e, surge então a importância do conceito pósvenção (*postvention*).

O termo pósvenção foi desenvolvido por Shneidman em 1973, sendo hoje aplicado nas políticas de saúde, em numerosos países. Ainda de acordo com Shneidman (1973) as experiências dentro da cultura ocidental identificaram consequências psicológicas fundamentais, tais como:

- O choque imediato nas pessoas vinculadas com o falecido, que pode desencadear um processo de stress pós-traumático ao longo da vida;
- Os estudos da dor nestas circunstâncias, vividas pela família, identificam a presença frequentemente da dor durante o luto, sentida num processo que acontece em fases que variam no sentimento de cada pessoa;
- A culpabilidade é sentida a partir da procura dos erros possivelmente cometidos, da repetida revisão de eventos que precederam a perda, e essencialmente, como uma decorrência da questão da responsabilidade;
- A raiva e a tristeza estão presentes de maneira internalizada na experiência de desespero, contribuem para o estabelecimento da depressão reativa;
- É frequente encontrar o pensamento sobre a perda (como falta de sucesso em contribuir para a vida) e a perda de autoconfiança que geram estados de ansiedade: desde a negação, à procura de distância pela raiva, a identificação com a pessoa falecida e até ao aparecimento ou ao estímulo de ideias suicidas.

Shneidman, designou por pósvenção a intervenção específica sobre os familiares e amigos do suicida. O principal objetivo é ajudar na resolução do processo de luto, incluindo o abandono de eventuais ideias ou tendências suicidas. Desta forma, a pergunta “Será que a família precisa de apoio?” já tem uma preocupação no campo da pósvenção. A pósvenção é, assim, um tema que nos dias de hoje, merece particular atenção, contudo ainda enfrenta uma série de desafios e perguntas pertinentes. “Quem é um sobrevivente de suicídio e quantos sobreviventes de suicídio existem? É o luto por suicídio diferente de outros tipos de luto? Quais são as necessidades dos sobreviventes de suicídio? Pode *postvention* ser considerado prevenção? (Shneidman: 1973; Andriessen; Krysinska, 2012)

Qualquer discussão sobre o suicídio é incompleta se não tiver em consideração a perspectiva do luto, por outras palavras, os sobreviventes de suicídio. O número é significativamente maior do que o número de vítimas por suicídio e, alguns dos sobreviventes têm que lidar com graves sequelas, perdas e o seu impacto psicossocial, incluindo o aumento do risco de suicídio (Andriessen; Krysinska, 2012).

Como foi anteriormente referido, há uma falta de consenso na literatura sobre a definição de um sobrevivente de suicídio, no entanto, as definições apresentadas a seguir,

tem vários aspetos em comum entre eles, destaca-se o fato de que existia uma relação de proximidade entre o falecido e os enlutados.

McIntosh (1993) definiu sobreviventes suicidas como “os membros da família e amigos que vivenciaram o suicídio de um ente querido.” Por sua vez, Andriessen (2009) definiu um sobrevivente como “uma pessoa que perdeu um outro significativo (ou ente querido) por suicídio, e cuja vida é alterada por causa da perda.” Jordânia e McIntosh (2011), na sua definição deram ênfase à ampla gama de experiências de pessoas enlutadas, “um sobrevivente de suicídio é alguém que experimenta um alto nível de aflição psicológica, física e/ou social durante um período de tempo considerável após a exposição ao suicídio de outra pessoa.” (McIntosh, 1993; Andriessen, 2009; Jordânia e McIntosh, 2011, citados por Andriessen, Krysinska, 2012).

De fato, uma morte por suicídio pode afetar as pessoas, nos mais variados tipos de relacionamento e, alterar as relações entre os membros da família para com os parentes mais distantes, amigos, vizinhos e empregadores. Já foram feitas várias tentativas em avaliar o número de sobreviventes de suicídio, por exemplo Shneidman (1969) sugeriu uma média de seis sobreviventes enlutados por suicídio, por outro lado Wroblewski (2002), sugeriu que havia dez sobreviventes deixados após a morte por suicídio. A primeira estimativa sistemática do número de sobreviventes de suicídio foi feita numa pesquisa entre os membros de grupos de apoio de sobrevivente de suicídio e, de acordo com Berman (2001), descobriu que o número varia consideravelmente, dependendo do tipo da relação, da frequência de contacto entre o falecido e os enlutados e da idade do falecido. Por exemplo, pais que perderam um criança por suicídio, estimou que a morte deixou oitenta sobreviventes de suicídio, os cônjuges e/ou parceiros dos suicídios estimou o número em sessenta, enquanto os irmãos e/ou amigos em quarenta e cinco/cinquenta. (Shneidman, 1969; Berman, 2001; Wroblewski, 2002, citados por Andriessen, Krysinska, 2012).

Jordan *et al.* (2011) citados por Andriessen, Krysinska (2012). observaram e incluíram na saúde mental tratamentos como “top-down”, e o “bottom-up”. De fato, ouvindo os sobreviventes de suicídio e explorando as suas necessidades e experiências, bem como envolvê-los na pesquisa ativa, deve ser o passo primeiro para estabelecer serviços eficazes. Certas áreas também devem ser focalizadas, nomeadamente a gestão do risco de psicopatologia.

No entanto, as consequências do suicídio, não estão apenas limitadas aos problemas da saúde mental. Uma grande variedade de necessidades psicossociais dos sobreviventes de suicídio, também deverá ser cumprida e incluídas nos programas de pós-venção, entre as quais, destacam-se as dificuldades relacionadas com a quebra de relações familiares e rotinas, da capacidade funcional nas AVD's, as dificuldades sociais, as lutas espirituais, bem como problemas financeiros e jurídicos. E, além disso, os mecanismos de punição de identificação relacionados com o efeito modelo, o falecimento social, a percepção de “auto-culpa”, bem como fatores genéticos, podem ser responsáveis pelo aumento de

comportamentos suicidários entre alguns sobreviventes que, em situações de risco acrescido, pode levar mesmo ao suicídio (Krysinska, 2003, citado por Andriessen, Krysinska, 2012).

No entanto, o número de estudos controlados relativamente à eficácia dos grupos de apoio de sobreviventes de suicídio é limitado (Farberow, 1992; Constantino, Sekula, Rubinstein, 2001; Pfeffer *et al.*, 2002, Cerel, Campbell, 2008, citados por Andriessen, Krysinska, 2012) e, quanto mais grave o processo de tristeza, independentemente da causa de morte, maior a oportunidade de que as intervenções terapêuticas tenham resultados positivos (Schut, 2001, citado por Andriessen e Krysinska, 2012). O mesmo autor acrescenta ainda que, além disso, apenas uma minoria de sobreviventes de suicídio participam em grupos de apoio e/ou outros serviços.

Um estudo realizado pela Provini *et al.* citado por Andriessen, Krysinska (2012) mostrou que enquanto 72% dos sobreviventes expressaram a necessidade de ajuda profissional, apenas 47% tiveram realmente o apoio recebido. Esta observação foi confirmada em outros estudos, por exemplo, (Dyregrov, 2002 citado por Andriessen, Krysinska, 2012) estimou que, embora houvesse mais de 50.000 suicídios por ano na Europa, apenas 10.000 sobreviventes participaram em grupos de apoio de sobreviventes e, que existem diferenças significativas na disponibilidade desta forma de ajuda na Europa. Em geral, os países ocidentais e do norte da Europa oferecem mais oportunidades de apoio mais do que os países do Leste e do Sul da Europa (Andriessen, Farberow, 2002, citado por Andriessen, Krysinska, 2012). Além da disponibilidade absoluta de apoio dos sobreviventes, também é importante avaliar outros fatores psicossociais, nomeadamente determinar quantos sobreviventes e quem vai usar esse tipo de apoio (Grad, 2009, citado por Andriessen, Krysinska, 2012).

O grande objetivo é que os sobreviventes interiorizem a necessidade de ajudar de forma a tentar evitar o estigma e reações negativas sociais relacionados ao suicídio. Podem ocorrer outros fatores de rejeição, especialmente os indivíduos do género masculino, podem rejeitar qualquer forma de ajuda ou utilizar outros métodos para lidar com a vivência de luto, tais como excesso de trabalho ou automedicação com álcool ou drogas.

Desta forma, os grupos de apoio de sobreviventes de suicídio e a psicoterapia parecem ser formas promissoras de ajudar a resolver a grande variedade de problemas e as necessidades dos sobreviventes de suicídio.

Durante as últimas décadas, uma série de países, incluindo os Estados Unidos da América, Reino Unido, Irlanda, Nova Zelândia, Austrália, Suécia, Noruega e a região da Flandres, na Bélgica, desenvolveram programas abrangentes de prevenção do suicídio e políticas que englobam estratégias de pósvenção (Andriessen, Krysinska, 2012).

Torna-se, deste modo fundamental, promover atividades com os sobreviventes de suicídio no sentido de facilitar a recuperação após o suicídio e para evitar reações adversas, incluindo, comportamentos suicidas. Desta forma, as estratégias de pósvenção visam colmatar as necessidades das pessoas enlutadas, envolvendo os profissionais de saúde mental e

respetivos serviços de saúde, nomeadamente a saúde pública, e por outro lado, a população em geral.

Desta forma os profissionais de saúde adquirem um papel preponderante. (Andriessen, Krysinska, 2012), salientam que a prestação oportuna e adequada de serviços para os enlutados também requer uma boa compreensão do processo de luto e das necessidades dos sobreviventes como um grupo, assim como, reconhecer as diferenças individuais entre os enlutados.

O suicídio compreende um grave, embora às vezes subestimado, risco ocupacional para os profissionais de saúde (mental). O treino e a *postvention* para este grupo devem também ser rotineiramente disponíveis para reduzir o custo da saúde psicológica e pública do suicídio. Os profissionais de saúde mental, bem como outros profissionais podem ser afetados por suicídio em ambos os níveis, pessoais e profissionais (Farberow, 2005; Grad, 2009, citado por Andriessen, Krysinska, 2012). Os mesmos autores acrescentam ainda que, uma boa formação profissional antes da perda, a ajuda e o apoio do supervisor e de colegas, após os comentários da perda e focalizando sempre a aprendizagem e não culpando, pode ajudar o profissional a lidar com o suicídio de uma forma eficaz e construtiva. Por outro lado, os processos judiciais ou disciplinares, a atenção excessiva dos *media*, o isolamento profissional e a estigmatização pode levar a traumas secundários e resultar em graves perturbações da prática clínica.

Shneidman citado por Andriessen, Krysinska (2012, p.22) escreveu, que "uma comunidade benigna deve rotineiramente fornecer cuidados de saúde imediatos e *postvention* para os sobreviventes e vítimas de mortes suicidas". E de fato, durante as últimas décadas uma série de países, incluindo Estados Unidos da América, Reino Unido, Irlanda, Nova Zelândia, Austrália, Suécia, Noruega, e a região da Flandres, na Bélgica, desenvolveram programas abrangentes de prevenção do suicídio e políticas que englobam estratégias *postvention*. Estes incluem suportes relacionados com atividades (por exemplo, grupos de apoio, recursos *on-line*, dias nacionais de sobreviventes de suicídio), atividades de sensibilização através da difusão de folhetos, livros, bem como passeios públicos e exposições de arte e atividades de angariação de fundos. Por exemplo, a promoção da saúde mental das pessoas enlutadas por suicídio é uma das metas da Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio para a Inglaterra (Objetivo 2.8) (Andriessen, Krysinska, 2012). O desenvolvimento de apoio aos sobreviventes e às pessoas em contato com as famílias enlutadas (por exemplo, a polícia, os líderes religiosos e clínicos gerais) é uma das iniciativas levadas a cabo para atingir este objectivo.

A avaliação dos programas *postvention* é outro importante desafio da saúde pública, embora relativamente negligenciado. Um exemplo pioneiro e recente de tal avaliação, centrado na economia da saúde, é o estudo que o Serviço de Resposta Australiano. E em traços gerais consiste, numa comunidade baseada no apoio ao programa de divulgação e proporção de uma resposta coordenada para pessoas enlutadas por suicídio (Andriessen,

Krysinska, 2012). A avaliação mostrou que o serviço apareceu para reduzir o impacto negativo da perda de suicídio na saúde física e mental, incluindo níveis mais baixos de suicídio, particularmente, nos primeiros dois anos após a perda. Em comparação com os sobreviventes que não participam no programa, os clientes relataram níveis mais elevados de produtividade, assiduidade no trabalho acompanhado por níveis de desempenho baixos e, menos frequência na utilização de serviços de saúde, como médicos especialistas e hospitais (Andriessen, Krysinska, 2012).

Escusado será dizer que, tais programas de implementação e avaliação, cujo um dos objetivos é a economia na saúde, são muito necessários para fornecer evidências convincentes para continuar a contribuir para a construção de "comunidades benignas".

A voz dos sobreviventes deve ser incluída nas políticas de saúde públicas relacionadas com prevenção do suicídio, bem como envolvidos na conceção e implementação de programas de *postvention* e estudos (Peters, 2009, citado por Andriessen, Krysinska, 2012).

Andriessen (2009) e Jordan *et al.* (2011) citados por Andriessen, Krysinska (2012) salientam, que há também um crescente consenso no que diz respeito à política internacional e agenda de pesquisa para assegurar maior progresso no campo da *postvention* nas próximas décadas. Os pontos principais incluem a:

- formulação de definições operacionais e o consenso de "sobrevivente de suicídio" e "postvention" e a realização de mais estudos para estabelecer o número de indivíduos afetados por suicídio (sobreviventes e pessoas expostas ao suicídio);
- realização de estudos de investigação, a fim de identificar as experiências e necessidades específicas de vários subgrupos de sobreviventes com base na idade, sexo, tipo de proximidade e da relação com o falecido, incluindo pesquisa transcultural;
- realização de estudos de eficácia de atividades *postvention*, com um foco especial em grupos de suicídio de apoio e políticas de saúde pública, incluindo estudo focalizados para a economia na saúde.

Finalizando, importa referir que a prevenção, a vários níveis (Cimboric & Jobes, 1990; Santos & Sampaio, 1997), constitui uma necessidade suprema, na tentativa de se evitarem situações de possíveis suicídios. A revisão teórica efetuada e os dados seguidamente apresentados, mostram que há muito por realizar. Os comportamentos de risco, os atos de auto-mutilação e, ainda mais, as atitudes suicidas, são graves como fenómeno social.

Deste modo, segundo a *Suicide Prevention Action Network* (SPAN, 2001), a prevenção do suicídio "alvo" refere-se a um foco sobre a modificação de algo que é causalmente relacionada com a auto-agressão dentro de uma população específica. O objetivo é quebrar a cadeia causal e impedir a auto-lesão.

Uma maneira de pensar sobre a prevenção é concentrar-se no nível do alvo de intervenção. Um quadro comumente utilizado para descrever os níveis de intervenção é:

- Indicadas
- Seletivas
- Universais

As Intervenções indicadas são altamente segmentadas e frequentemente envolvem a identificação, tratamento e desenvolvimento de habilidades entre os indivíduos e as famílias. A este nível, o foco é a detecção precoce e, muitas vezes, o tratamento individual intensivo. O início de programas tratamento são exemplos de estratégias indicadas. Intervenções indicadas tendem a ocorrer no âmbito da saúde mental e do sistema de saúde tradicional ao nível da prestação de cuidados.

As Intervenções seletivas são direcionadas a grupos de alto risco com foco em atividades de prevenção de triagem e de grupo de apoio de pares para os alunos com uma série de indicadores de risco, seria um exemplo. Intervenções seletivas são menos utilizadas do que os programas indicados.

As Intervenções universais são direcionadas a comunidades ou agregações maiores e podem incluir meios de comunicação ou campanhas educativas e outras estratégias de base populacional de ampla prevenção. Intervenções universais também podem ser estratégias de prevenção ambiental que incidem sobre as mudanças físicas que reduzem o risco. Na prevenção do suicídio, barreiras em lugares altos, modificações em sistemas de exaustão, de automóveis e reduzir o acesso a meios letais, especialmente armas de fogo, são exemplos de estratégias ambientais.

Ao combinar o nível de intervenção e do estágio de intervenção, pode-se descrever e comparar diferentes estratégias. A eficácia, efetividade e custo de cada estratégia de prevenção são importantes ao fazer tais comparações. A chave é a de considerar a eficácia de diversas estratégias para reduzir o suicídio.

A metáfora de uma pedra lançada num lago reflete bem o impacto da grande dimensão do suicídio. Ela causa ondulações turbulentas que afetam a superfície da água. O grande desafio para a efetiva *postvention* é garantir que todos os sobreviventes, os membros da família e amigos próximos àqueles indiretamente expostos ao suicídio, possam receber ajuda e o apoio que precisam.

Parte II - ESTUDO EMPÍRICO

1 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenhado com a intenção de responder a um objetivo teórico - Conhecer e descrever as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, na Cova da Beira. Segundo a classificação de Fortin (2003) o presente estudo é de natureza exploratória-descritiva.

Desta forma, a questão de investigação é: Quais são as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, na Cova da Beira?

No presente estudo, foi utilizada uma amostra não-probabilística por acessibilidade sem qualquer método estatístico de seleção e em sintonia com os critérios de inclusão.

Como *Crítérios de Inclusão*: familiares de idosos residentes na Cova da Beira, que se suicidaram no período compreendido entre 2005 a 2011.

A Cova da Beira é uma sub-região estatística portuguesa, parte da Região Centro e do Distrito de Castelo Branco. Limita a norte com as sub-regiões da Serra da Estrela e da Beira Interior Norte, a leste com a Beira Interior Sul, a sul com a Beira Interior Sul e com o Pinhal Interior Sul e a oeste com o Pinhal Interior Norte. Tem uma área de 1 373 km² e uma população de 87 869 habitantes (censos de 2011). Compreende apenas 3 concelhos: Covilhã, Fundão e Belmonte. Em 2011, o Índice de Envelhecimento na Cova da Beira, nos concelhos de Covilhã, Fundão e Belmonte é de 195, 237.6 e 227.2, respetivamente (dados fornecidos pelo PORDATA).

A recolha da amostra foi feita através das seguintes formas:

- contacto com os Presidentes de Junta de Freguesia e população residente nas freguesias, no sentido de referenciar casos que se incluíssem no estudo;
- pedido de autorização ao Comando Territorial de Castelo Branco (polícia) no sentido de referenciar casos que integrassem o estudo (Anexo 2). As respetivas autoridades entraram em contacto com os familiares, solicitando autorização para a participação no estudo. Após ter sido dada autorização por parte dos familiares foi feito contacto prévio, pelo entrevistador, para agendamento da entrevista.

O período de colheita de dados realizou-se entre os meses de agosto e setembro de 2012.

Ainda relativamente à amostra, importa salientar que todas as freguesias do concelho da Covilhã foram rastreadas presencialmente e feitos contactos com a população residente, no sentido de serem notificados os casos que integrassem o estudo. Do concelho da Covilhã, houve um total de 7 familiares entrevistados. Notificaram-se ainda 4 casos cujos familiares não residem no concelho.

No que diz respeito ao concelho do Fundão, os dados foram cedidos pelo Comando Territorial de Castelo Branco e houve um total de 7 familiares entrevistados. Foram ainda notificados mais 2 casos por contacto com a população residente, contudo não foi possível contactar os respetivos familiares, uma vez que não se encontravam no local de residência aquando da visita para o contacto prévio.

No que diz respeito ao concelho de Belmonte, foram notificados 2 casos, em que participaram os familiares, recusando-se a participar a filha dum suicida. As autoridades notificaram mais 3 casos mas, cujos familiares não deram autorização para facultar a identificação, não tendo sido possível obter a explicação destas recusas.

Como instrumento de colheita de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada, face a face, dada a sensibilidade da temática (Anexo 4). Esta metodologia tem várias vantagens entre as quais a de ser de utilização geral em quase todos os setores da população e com a noção de entrar uma grande percentagem de população idosa, cuja escolaridade é baixa ou média, assim como de proporcionar uma maior eficácia na descoberta de informações cuja temática é complexa e carregada de emoção, neste caso particular, na análise de sentimentos/vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram (Fortin, 2003).

Estes critérios pressupõem o consentimento informado para a participação na investigação de acordo com os padrões éticos atuais (tendo sido dada autorização verbal para a participação no estudo por parte dos familiares dos idosos que se suicidaram) (Anexo 3).

Foi também pedido o parecer à Comissão de Ética do Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, a respeito da realização deste estudo tendo sido dado parecer favorável (Anexo 1).

O guião da entrevista semi-estruturada segue a seguinte estruturação: Parte A e B refere-se aos dados de Identificação que permitem fazer uma caracterização pessoal e sociodemográfica do familiar do idoso que se suicidou, através das seguintes variáveis: Parte A - Género, Idade, Estado Civil, Nível de Escolaridade, Naturalidade, Residência, Religião, Doenças Crónicas (Físicas e/ou Mentais), Hábitos Alcoólicos ou de outros consumos; Parte B - contempla a constituição do Agregado Familiar, mencionar a Quem recorre quando precisa de

Ajuda, a especificação da Data do Suicídio, o Método utilizado por parte do suicida e respetivo Local. Integra também perguntas abertas, nomeadamente, a descrição de um dia tipo, e de que forma o suicídio o/a afetou. Para a análise destas duas perguntas foi realizada análise de conteúdo segundo Bardin (1977).

No restante guião são usados instrumentos de investigação para avaliar os seguintes conceitos, nomeadamente o Luto Complicado (Parte C), Depressão Geriátrica (Parte D), Satisfação Social (Parte E) e Funcionalidade Familiar (Parte F), de forma a traduzir os dados observáveis ou scores da realidade empírica.

Instrumentos

Desta forma, para mensurar o LC foi utilizado o **Inventário de Luto Complicado (ICG)** (Prigerson *et al.*, 1995), traduzido e validado por Frade (2010). Este Inventário apresenta uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis, nomeadamente dificuldades traumáticas traduzidas através dos itens 2; 9; 10; 11; 12, Dificuldades de Separação através dos itens 1; 4; 5; 13; 19, Dimensão Negação e Revolta através dos itens 3; 6; 7; 8; Dimensão Psicótica através dos itens 14; 15, e Dimensão Depressiva através dos itens 16; 17; 18.

O ICG caracteriza-se por ser numa escala tipo *Likert* (0 = “nunca”; 1 = “raramente”; 2 = “às vezes”; 3 = “muitas vezes”; 4= “sempre”) sendo composto por dezanove itens. É um instrumento de avaliação de sintomas de luto que auxilia na discriminação entre Luto Complicado (ICGtotal >25) e não complicado (Prigerson *et al.*, 1995). É consensualmente aceite como um dos instrumentos auxiliares mais solicitado por clínicos, sendo a sua especificidade, fidelidade, validade e predição creditada em vários estudos (Prigerson *et al.*, 1995; Prigerson *et al.*, 1997).

A pontuação do ICG:

- ❖ Luto Complicado (ICGtotal >25) e não complicado.

A **Escala de Depressão Geriátrica (GDS - 30)**, traduzida por Barreto (2008), é a única criada especificamente para a população idosa. Ela compreende trinta questões sobre sentimentos e comportamentos que decorreram na última semana. As respostas são dicotómicas (sim/não). Ao contrário de outras escalas de depressão, a GDS não engloba questões relacionadas com queixas somáticas que poderão causar falsos negativos, uma vez que estas queixas podem ser ambíguas. A GDS com 30 itens permanece inalterada desde 1983 e tornou-se o instrumento mais frequentemente usado por investigadores e clínicos no diagnóstico da depressão. Optou-se pela versão 30 uma vez apresenta maior sensibilidade e especificidade que a versão 15.

A pontuação da GDS de 30 itens:

- 1 ponto para as respostas Sim nas questões: 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26, 28;
- 1 ponto para as respostas Não nas questões: 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30;
 - ❖ 0-10 = ausência de depressão
 - ❖ 11-20 = depressão ligeira
 - ❖ 21-30 = depressão grave

No presente estudo, esta escala foi apenas aplicada aos familiares considerados idosos, ou seja, cuja idade é ≥ 65 anos.

A **Escala de Satisfação Social (ESSS)** traduzida por Ribeiro (1999), é uma escala de avaliação do suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar, com várias dimensões. O sujeito deve assinalar o grau em que concorda com a afirmação (se ela se aplica a ele), numa escala de *Likert* com cinco posições, “*concordo totalmente*”, “*concordo na maior parte*”, “*não concordo nem discordo*”, “*discordo na maior parte*”, e “*discordo totalmente*”. A ESSS é constituída por quinze itens que se distribuem por quatro dimensões ou fatores:

- O primeiro fator, “satisfação com amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/amigos que tem, inclui cinco itens (itens 3, 12, 13, 14, 15);
- O segundo fator, “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro itens (itens 1, 4, 5, 6);
- O terceiro fator, “satisfação com a família” (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11);
- O quarto fator, “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8).

A pontuação da ESSS:

- A pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens. A pontuação de cada dimensão resulta da soma dos itens de cada dimensão ou subescala.
- Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos assinalados em “E”. São exceção os itens invertidos que são os seguintes: itens, 4,5,9,10,11,12,13,14, e 15.
 - ❖ A pontuação para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

A **Escala de Apgar Familiar** (funcionalidade familiar) de Smilkstein (1978). Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988), é constituída por cinco questões que quantificam a percepção que o indivíduo entrevistado tem do funcionamento da sua família. O princípio fundamental do instrumento é que os membros de uma família percebem o funcionamento familiar e podem manifestar o seu grau de satisfação por meio do cumprimento de parâmetros básicos da função familiar definidos pelo acrónimo **APGAR**:

- **Adaptação (*Adaptability*)** intrafamiliar - alude à utilização dos recursos, dentro e fora da família, para solução dos problemas que ameaçam o equilíbrio da mesma, durante uma crise;
- **Participação/comunicação (*Partnertship*)** - referente à partilha da tomada de decisões e das responsabilidades pelos membros da família;
- **Crescimento/desenvolvimento (*Growth*)** - compreende a maturidade física, psíquica, emocional e realização conseguida pelos membros da família, através de um mútuo apoio e orientação;
- **Afeto (*Affection*)** - existência de relações de cuidados ou ternura entre os membros da família;
- **Resolução/dedicação ou decisão (*Resolve*)** - Reflete o compromisso tomado de dedicar tempo a outros membros da família, encorajando-os física e emocionalmente. O que implica também uma decisão na partilha de bens e espaço.

A pontuação da Escala de Apgar:

Cada questão permite três tipos de resposta: “*quase sempre*”, “*algumas vezes*” e “*quase nunca*”, sendo as cotações de 2, 1 e 0 pontos, respetivamente.

O resultado final da escala obtém-se pela soma das pontuações atribuídas a cada uma das questões e varia entre zero (0) e dez (10) pontos.

O total das pontuações permite classificar o tipo de relação familiar:

- ❖ De 7 a 10 pontos sugere uma família altamente funcional.
- ❖ De 4 a 6 pontos sugere uma família com disfunção leve.
- ❖ De 0 a 3 pontos sugere uma família com disfunção severa.

Nesta escala, entendeu-se como família o(s) indivíduo(s) com quem a pessoa habitualmente vive. No caso de viver só, considera-se família todos aqueles com quem mantém laços afetivos mais intensos.

Embora a validade e credibilidade deste método já tenham sido estudadas, tem de se ter presente que ele só avalia o grau de satisfação familiar que o indivíduo admite e verbaliza.

No capítulo seguinte apresentam-se os dados, cumprindo as variáveis descritas, tendo sido usado como recurso o programa estatístico *Statiscal Package for Social Sciences (SPSS, versão 20.0)*

Os dados são apresentados em quadros e tabelas no que diz respeito à caracterização da amostra e, em relato, no que diz respeito ao estudo qualitativo por agregado familiar.

2 RESULTADOS

No que diz respeito à **caraterização da amostra**:

Tabela 1 - Distribuição da amostra segundo a Idade

		Frequência	Percentagem
Idade	<65 anos	7	41.2
	>=65 anos	10	58.8
	N	17	100.0

Quadro 14 - Medidas de distribuição da amostra da variável Idade

	Idade
N	17
Média	59
Mínimo	35
Máximo	72

Tabela 2 - Distribuição da amostra segundo o Concelho

		Frequência	Percentagem
Concelho	Belmonte	3	17.6
	Covilhã	7	41.2
	Fundão	7	41.2
	N	17	100.0

Tabela 3 - Distribuição da amostra segundo o Meio

		Frequência	Porcentagem
Meio	Rural	11	64.7
	Urbano	6	35.3
	N	17	100.0

Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo o Gênero*Estado Civil

		Gênero		N
		Feminino	Masculino	
Estado Civil	Solteiro (a)	2	1	3
	Casado (a)	3	2	5
	Viúvo (a)	7	1	8
	União de Fato	0	1	1
N		12	5	17

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo a constituição do Agregado Familiar*Estado Civil

		Agregado Familiar					N
		0	1	2	3	4	
Estado Civil	Solteiro (a)	2	1	0	0	0	3
	Casado (a)	0	1	1	2	1	5
	Viúvo (a)	6	1	0	1	0	8
	União de Fato	0	0	0	1	0	1
N		8	3	1	4	1	17

Tabela 6 - Distribuição da amostra segundo o Nível de Escolaridade

		Frequência	Percentagem
Nível de Escolaridade	Nunca frequentou a escola	2	11.8
	Não completou o Ensino Primário	1	5.9
	Ensino Primário	6	35.3
	Ensino Preparatório	2	11.8
	Ensino Secundário	3	17.6
	Ensino Universitário	3	17.6
	N	17	100.0

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a presença de Doenças Crônicas

		Frequência	Percentagem
Doenças Crônicas	Sim	10	58.8
	Não	7	41.2
	N	17	100.0

Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo a presença de Hábitos Alcoólicos ou de outros Consumos

		Frequência	Percentagem
Hábitos Alcoólicos ou de outros Consumos	Sim	1	5.9
	Não	16	94.1
	N	17	100.0

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo a Quem recorre quando precisa de Ajuda

		Frequência	Porcentagem
Ajuda	Filha (s)/Filho (s)	6	35.2
	Irmã	1	5.9
	Mãe/ Marido	2	11.7
	Não tem precisado	1	5.9
	Padre	1	5.9
	Pais	1	5.9
	Psicóloga/amigos	1	5.9
	Saúde 24	1	5.9
	Sobrinha	1	5.9
	Sogros	1	5.9
	Vizinhos	1	5.9
	N	17	100.0

Tabela 10 - Distribuição da amostra segundo a Religiosidade

		Frequência	Porcentagem
Religião	Sim	15	88.2
	Não	2	11.8
	N	17	100.0

Tabela 11 - Distribuição da amostra segundo o tempo decorrido no Suicídio (Anos)

		Frequência	Porcentagem
Tempo decorrido (Anos)	2011	3	17.6
	2010	5	29.4
	2009	3	17.6
	2007	1	5.9
	2006	1	5.9
	2005	4	23.5
	N	17	100.0

Tabela 12 - Distribuição da amostra segundo o Método de Suicídio * Local do Suicídio

		Método Suicídio				N
		Enforcamento	Afogamento	Ingestão de Pesticidas	Outros	
Local Suicídio	Casa	5	0	1	0	6
	Fora de Casa	7	2	0	2	11
N		12	2	1	2	17

Quadro 15 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação, Luto Complicado

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
LC	25	45	55	54	4	47	12	35	25	56	29	31	26	49	36	14	35
Dificuldades Traumáticas	9	10	17	13	0	5	2	6	4	18	2	8	3	11	5	2	9
Dificuldades Separação	6	17	19	18	3	19	9	15	12	20	12	10	13	13	15	6	19
Dimensão Negação e Revolta	8	13	10	13	1	16	1	11	6	9	12	11	10	16	9	4	7
Dimensão Psicótica	0	2	6	2	0	3	0	0	0	3	0	0	0	3	2	0	0
Dimensão Depressiva	2	3	3	8	0	4	0	3	3	6	3	2	0	6	5	2	0

Quadro 16 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo Luto Complicado*Luto não Complicado

	Frequência	Percentagem
Luto não Complicado	5	29.4
Luto Complicado	12	70.6
N	17	100.0

Quadro 17 - Medidas estatísticas da amostra para o Luto Complicado

	LC Total	LC Dificuldades Traumáticas	LC Dificuldades Separação	LC Dimensão Negação e Revolta	LC Dimensão Psicótica	LC Dimensão Depressiva
N Validado	17	17	17	17	17	17
N excluído	0	0	0	0	0	0
Média	34.0	7.3	13.3	9.2	1.2	2.9
Desvio padrão	15.6	6.0	13.0	10.0	0.0	3.0
Mínimo	4.0	2.0	19.0	1.0	0.0	3.0
Máximo	56.0	5.3	5.2	4.4	1.8	2.3

A amostra apresenta uma média de 34.0 e um desvio padrão de 15.6. Os scores dos itens variaram de 4.0 a 56.0. Pode-se verificar que a amostra encontra-se em Luto Complicado, com 70.6%, sendo as Dificuldades de Separação, com uma média de 13.3, as mais sentidas pelos familiares, seguidas da Dimensão Negação e Revolta com 9.2, as Dificuldades Traumáticas com uma média de 7.3. A Dimensões Psicótica e Depressiva apresentaram uma média de 1.2, e 2.9, respetivamente.

Quadro 18 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação GDS-30

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
GDS 30*	_	12	28	_	4	_	_	24	12	25	_	_	6	15	27	_	15

*Foram excluídos todos os casos com idade <65 anos

Para realização da estatística quantitativa da amostra procedeu-se há codificação da GDS em Ausência de depressão [1], Depressão ligeira [2] e Depressão grave [3]

Quadro 19 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo Ausência de depressão*depressão ligeira*depressão grave

	Frequência	Porcentagem
Ausência de Depressão [1]	2	11.8
GDS Classes	Depressão Ligeira [2]	23.5
	Depressão Grave [3]	23.5
	N validado	58.8
Casos excluído da amostra*	7	41.2
N	17	100.0

*Foram excluídos todos os casos com idade <65 anos

Do total da amostra N=17, apenas 10 familiares aplicaram a GDS, uma vez que os restantes 7 apresentam idade <a 65 anos, o que apresenta uma média de 16.8 e um desvio padrão de 12.0 (Quadro 20). Dos 58.8% analisados da amostra verifica-se que a depressão ligeira e a depressão grave estão presente na amostra em 23.5%, respetivamente, 11.8% revelam ausência de depressão, como é visível pelos dados apresentado no Quadro 19.

Quadro 20 - Medidas estatísticas da amostra para a GDS - 30

	GDS Total	GDS Classes [1, 2, 3]
N validado	10	10
N excluído	7	7
Média	16.8	2.2
Desvio Padrão	12.0	2.0
Mínimo	8.7	1
Máximo	4.0	3

Quadro 21 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação ESSS

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
ESSS	50	42	48	37	68	63	43	53	42	31	62	39	66	31	67	64	60
Satisfação com os Amigos (SA)	17	15	15	9	24	20	10	18	10	13	21	13	24	11	23	22	20
Intimidade (IN)	14	8	11	8	19	18	17	16	16	6	17	8	20	6	20	19	17
Atividades Sociais (AS)	10	8	12	12	13	12	8	12	8	3	11	10	15	6	13	13	12
Satisfação com a Família (SF)	9	11	10	8	12	13	8	7	8	9	13	8	7	9	11	10	11

Quadro 22 - Medidas estatísticas da amostra aplicando a ESSS

	ESSS Total	SA	IN	AS	SF
N Validado	17	17	17	17	17
N Excluído	0	0	0	0	0
Média	51.0	16.8	14.1	10.5	9.6
Desvio Padrão	50.0	17.0	16.0	12.0	9.0
Mínimo	42.0	10.0	8.0	12.0	8.0
Máximo	12.8	5.2	5.1	3.0	1.9

Em relação à satisfação do suporte social, através do Quadro 22, verifica-se que a amostra apresenta uma média de 51.0 e um desvio padrão de 50.0. O score total da amostra varia entre [15-75], tendo obtido um score máximo de 42 e um score mínimo de 12.8. No que diz respeito às dimensões a Satisfação com os Amigos (SA) obteve uma média de 16.8, a

dimensão Intimidade (IN) 14.1, as Atividades Sociais (AS) 10.5 e a Satisfação com a Família (SF) 9.6.

Quadro 23 - Distribuição da amostra segundo os scores obtidos pelo instrumento de investigação Escala de Apgar

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Escala de Apgar	6	5	5	6	10	7	10	9	5	0	7	7	10	0	10	8	6

Para realização da estatística quantitativa da amostra procedeu-se há codificação da Escala de Apgar em Disfunção severa [1], Disfunção leve [2] e Altamente funcional [3]

Quadro 24 - Distribuição da amostra por agregado familiar segundo o tipo de Relação Familiar

		Frequência	Percentage
Tipo de relação familiar	Disfunção severa [1]	2	11.8
	Disfunção leve [2]	6	35.3
	Altamente funcional [3]	9	52.9
	N	17	100.0

Quadro 25 - Medidas estatísticas da amostra para a Escala de Apgar

	Escala de Apgar Total	Escala de Apgar Classes [1, 2, 3]
N Validado	17	17
N excluído	0	0
Média	6.5	2.4
Desvio Padrão	10.0	3.0
Mínimo	3.1	0.7
Máximo	0.0	1.0

Em relação à Funcionalidade Familiar, os dados da amostra obtidos pela aplicação da Escala de Apgar, indicam um tipo de relação altamente funcional, com 52.9%, 35.3% apresenta disfunção leve e 11.8 disfunção severa (Quadro 24). A amostra apresenta uma média de 6.5 e um desvio padrão de 10.0. (Quadro 25).

No que diz respeito ao estudo qualitativo por agregado familiar:

A partir da organização de informações obtidas pela aplicação da entrevista semi-estruturada, apresentam-se os relatos e reflexões dos 17 familiares entrevistados, 15 famílias, no processo de luto dos idosos que se suicidaram.

Entrevista 1 e 2

Esposa e filha do suicida, método utilizado foi o enforcamento dentro de casa mais especificamente no sótão, em 2009.

O agregado familiar é apenas constituído pelas 2. Ambas de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, residem no concelho do Fundão, em Alcongosta.

A viúva, 71 anos, reformada, escolaridade 4ª classe, com antecedentes de depressão e problemas cardíacos, salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre à filha. Descreve um dia tipo como trabalhando e cuidando da quinta, no que diz respeito à agricultura, sai com a filha para irem às compras e à noite vê um pouco de televisão.

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: não sabe... “no geral afetou tudo... ele era mau, era tudo, mas foi tudo para mim... há momentos em que não acredito e estou à espera que ele chegue”.

A filha, 37 anos, em idade ativa, solteira, cuja escolaridade é o ensino universitário, sem doenças associadas, refere que quando necessita de algum tipo de ajuda recorre à psicóloga e aos amigos.

Descreve um dia tipo como trabalhando na agricultura, dando resposta ao que é exigido na quinta. À noite vê um pouco de televisão.

O suicídio do pai afetou-a da seguinte forma: “Maior responsabilidade e dependência da mãe para lidar com a exploração e outros assuntos. Menos liberdade, vida mais presa”. SIC

Salientar que em ambas as entrevistadas existia a revolta contra os serviços de saúde, alegando que o pai (suicida) não teve o devido encaminhamento uma vez que era seguido por doença mental e outros problemas associados, tendo estado internamento meses antes de ter cometido o ato. Registam também a falta de apoio. “Ninguém se importou connosco”.

Entrevista 3 e 4

Esposa e filha do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa mais especificamente num palheiro a poucos metros de casa, em 2010.

O agregado familiar é apenas constituído por 4 pessoas, filha, marido, neto e esposa. Ambas de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, residem no concelho de Belmonte, em Caria.

A viúva, 68 anos, reformada, não completou o ensino primário, com antecedentes de depressão e problemas osteoarticulares e de tiroide, salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre à filha.

Descreve um dia tipo como ajudando a filha na agricultura, sai com a filha para irem às compras e ajuda a cuidar da mãe que está acamada.

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: “Sinto-me cada vez pior, fiquei cada vez mais nervosa, não me apetece falar com ninguém, só me apetece fugir, sinto-me angustiada. Fiquei com a imagem dele enforcado, tenho pesadelos durante a noite com essa situação e acordo afrontada. Não consegui ir ao funeral. Não consigo ir a casa. Ainda hoje penso que ele vai regressar “ouço o barulho duma moto e penso que é ele que lá vem”. Também não tive apoio de ninguém do serviço de saúde, apenas da família e vizinhos”.

A filha, 45 anos, em idade ativa, solteira, cuja escolaridade é o ensino preparatório, com problemas de saúde ao nível osteoarticular, tiroide e nódulos na mama, refere que quando necessita de algum tipo de ajuda recorre ao marido ou à mãe.

Descreve um dia tipo como trabalhando na agricultura, dando resposta ao que é exigido. Faz a lida da casa. À noite gosta de ficar por casa.

O suicídio do pai afetou-a da seguinte forma: (Muito chorosa). Não tem explicação. “afetou-me muito e ainda hoje me afeta. Ainda não acredito, Vejo-o a todas as horas. Não há palavras que expliquem”.

Muito revoltada contra o sistema de saúde e todos os cuidados que o pai teve no final de vida. Em desespero até diz “que os culpados foram os profissionais de saúde que não souberam falar com ele, que lhe cortaram as pernas, que o proibiram de andar com o trator, ele sentiu-se um inútil e acabou por fazer o que fez, ultimamente até já nem tinha vontade em ir ao hospital”.

Salientar que em ambas as entrevistadas existia a revolta contra os serviços de saúde, alegando que o pai não teve o melhor acompanhamento de saúde. Registam também a falta de apoio. “Ninguém se importou connosco quando esta tragédia aconteceu”.

Entrevista 5

Genro do suicida, cujo método utilizado foi o enforcamento dentro de casa mais especificamente na garagem, em 2009. A viúva e outra filha do suicida encontram-se a residir em Lisboa, a viúva já num lar.

O agregado familiar é apenas constituído por 2 pessoas, o genro e a esposa ou seja, a filha do suicida que, não aceitou participar na entrevista uma vez que “ainda não superou o acontecimento” SIC.

O genro, 72 anos, é de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, reside em Castelo Branco. Reformado, tem como escolaridade o ensino primário, nega antecedentes de doenças crónicas. Salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre aos filhos.

Descreve um dia tipo como trabalhando e cuidando da quinta da aldeia, no que diz respeito à agricultura, gosta de sair com os amigos e fazer uns petiscos com os mesmos.

O suicídio do sogro afetou-a da seguinte forma: “Custou-me um bocadinho, reagi com alguma tristeza, mas tive que ser forte. A minha preparação ajudou-me muito (reformado da PSP) uma vez já tinha lidado com muitos casos destes”.

Entrevista 6

Filha do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa mais especificamente encontrava-se a residir no Lar de 3ª idade e fez ato num olival perto do Lar, em 2011. A filha encontra-se a trabalhar no respetivo Lar de 3ª Idade.

A filha, 57 anos, casada, cujo agregado familiar é constituído por 3 pessoas, marido e filho, de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, reside na Covilhã, tem como escolaridade ensino secundário, e como antecedentes de doenças crónicas salienta problemas osteoarticulares e renais. Destaca que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre ao marido.

Descreve um dia tipo como trabalhando no Lar de 3ª Idade e a lida doméstica, raramente sai à noite com a família e/ou amigos.

O suicídio do pai afetou-a da seguinte forma: (muito chorosa) “Afetou-me brutalmente, tanto ao nível familiar como socialmente, ainda reajo mal a muitas situações, que há um tempo atrás reagi-a de forma normal e agora não. Felizmente, tenho tido apoio de amigos, familiares e pessoal técnico do lar onde trabalho, não esquecendo o pessoal de enfermagem, o marido e a filha”.

Entrevista 7

Filho do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa mais especificamente no quintal, em 2006.

Filho, 60 anos, casado, sendo o agregado familiar constituído por 4, esposa e filhos, de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, reside em Castelo Branco, tem como escolaridade ensino universitário, nega antecedentes de doenças crónicas. Descreve um dia tipo como: trabalha como bancário.

O suicídio do pai afetou-o da seguinte forma: “Não foi uma surpresa, ele já tinha feito ameaças verbais anteriores”.

Houve na aldeia 3 suicídios anteriores tendo o suicida afirmado vontade em fazer na mesma. Realçou ainda que o pai já se fazia sentir como “um fardo” para a família devido às perdas que foi tendo em termos físicos e o aparecimento de doenças.

Entrevista 8

Esposa do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa mais especificamente numa árvore em frente à casa, em 2007.

A viúva de 72 anos reside sozinha em Mata da Rainha, concelho do Fundão, uma vez que os filhos encontram-se a residir em Lisboa, de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados. Reformada, nunca frequentou a escola, tem como antecedentes

problemas osteoarticulares e cardíacos. Salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre aos vizinhos ou à sobrinha que reside na mesma freguesia.

Descreve um dia tipo como estando durante o dia no Centro de Dia da freguesia e à noite dorme em casa (abandonou a casa que tinha e alugou uma outra, devido ao não conseguir suportar o peso da dor e em estar sozinha).

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: (Chorosa) “Não fui eu que o maltratei, foi mal que se meteu na cabeça. Ele era mau para mim, mas era tudo, a companhia, nunca me avisou, esperou que eu sáísse. Já mandei cortar a árvore. Não voltei lá a casa. Tenho 2 filhos, vivem longe, mas telefonam-me todos os dias. Tive o apoio dos vizinhos, filhos e sobrinha que mora perto”.

Entrevista 9

Esposa do suicida, método utilizado foi o atropelamento na linha férrea, em 2009.

A viúva de 71 anos reside sozinha nas Donas, concelho do Fundão, uma vez que os filhos residem em França, de religião católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados. Reformada, nunca frequentou a escola, nega antecedentes de doenças crónicas. Salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre aos vizinhos uma vez que os filhos residem em França.

Descreve um dia tipo como trabalhando na agricultura, tratando da quinta, gosta de ir à missa e conversar com os vizinhos.

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: (Chorosa) “Sinto muito a falta dele, foi uma grande perda e ainda por cima não há razão para ele ter feito o que fez, quer dizer, pelo menos nunca me disse nada. Ele sofria de Parkinson e, nesse dia, fez dois telefonemas a despedir-se e, já há um ano também tinha feito um telefonema para o filho a despedir-se. Tive que ser muito forte. Os meus filhos vieram de França mas, regressaram nos dias a seguir, tive o apoio dos vizinhos, e depois também cheguei a ir à França ir ter com os meus filhos. Agora a vida já está mais endireitada, retomei o que fazíamos”.

Entrevista 10

Esposa do suicida, método utilizado foi o enforcamento dentro de casa mais especificamente no sótão, em 2005.

A viúva, 66 anos reside sozinha na Covilhã, uma vez que não tem filhos. Refere não ter religião, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados. Reformada, frequentou o ensino primário, como antecedentes refere depressão crónica. Salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre à linha de Saúde 24.

Descreve um dia tipo como: tem dois apartamentos alugados, cuida da sua manutenção e limpeza, assim como da sua casa onde morava também o marido. Gosta muito de ouvir

música (mas só começou a ouvi-la depois de 4 anos do falecimento do seu marido, assim como a ver televisão. Vai todos os dias ao cemitério às 14h.

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: (Chorosa) “Senti-me e sinto-me como se tivesse perdido muitos anos da minha vida. Fui eu que o encontrei. Nada tem valor para mim na vida e não sei como vou aguentar isto. Havia muito amor entre nós. Não tenho filhos. O meu marido era tudo para mim. Desde que ele faleceu, fechei as janelas de casa e apenas são abertas aquando das limpezas. Nunca mais dormi no antigo quarto. Eu morri com o meu marido. Já pensei várias vezes no suicídio e nada me diz que um dia não o faça”. (já foi seguida em psiquiatria e psicologia, a própria abandonou as consultas, atualmente refere que toma uns calmantes prescritos pelo médico de família).

Salientou ainda que tem medo de enlouquecer e cair nas mãos da família. Não sabe explicar o que representa para ela a família.

Entrevista 11

Filho do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa mais especificamente numa outra casa mas em propriedade alheia, em 2005.

Filho, 39 anos, reside sozinho na Covilhã, refere não ter religião, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, nem antecedentes de doença crónica. Frequentou o ensino secundário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre à irmã.

Descreve um dia tipo como: é pintor da construção civil, à noite dedica-se ao lazer.

O suicídio do pai afetou-o da seguinte forma: “Afetou-me muito, de uma forma que durante muito tempo não consegui-a dormir devido ao fato de ter sido eu a encontrar o cadáver do meu pai”.

Entrevista 12

Filha da suicida, método utilizado foi o atropelamento na linha férrea, em 2010.

Filha, 42 anos, reside em Cantar Galo, concelho da Covilhã sendo o agregado constituído por 4 pessoas, marido, filho e o pai, ou seja, viúvo da suicida que se recusou a participar no estudo. Refere religião Católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, e como antecedentes de doença crónica refere depressão. Frequentou o ensino secundário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre aos sogros.

Descreve um dia tipo como: Trabalha no salão por conta própria como cabeleireira; Noite: Vida familiar.

O suicídio da mãe afetou-a da seguinte forma: “É algo que fica para o resto da vida e que nunca se esquece, uma revolta e o fato de pensar que se podia fazer algo mais para impedir. Quando penso fico com uma grande dor no peito e tento apagar essa imagem do pensamento”.

Salienta que não há apoio e que as pessoas passam por esta luta sozinhas, contando apenas com as próprias.

Entrevista 13

Marido da suicida, método utilizado foi o afogamento num tanque nos arredores donde moravam, em 2005.

Viúvo, 67 anos, reside sozinho em Cantar Galo, Concelho da Covilhã. Reformado, refere religião Católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, nem antecedentes de doença crónica. Frequentou o ensino primário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre ao filho.

Descreve um dia tipo como: gosta de conversar, fazer caminhadas. Noite: Deita-se cedo.

O suicídio da esposa afetou-o da seguinte forma: “O mundo parece que tinha desabado para mim. Cheguei acreditar que isto era mentira, não estava convencido que isto tinha acontecido. As coisas andavam bem e dum momento para o outro acontece aquilo e, eu sem nunca me aperceber de nada”.

Entrevista 14

Irmã do suicida, método utilizado foi a ingestão de pesticidas dentro de casa, em 2010.

Irmã, 65 anos, reside sozinha no Ferro, Concelho da Covilhã. Reformada, refere religião Católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, e salienta como antecedentes de doença crónica depressão e problemas osteoarticulares. Frequentou o ensino primário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre ao padre.

Descreve um dia tipo como: Vai ao campo, ajuda a prima e a vizinha. À 3ª e 5ª feira vai à ginástica. Gosta de fazer renda; Noite: Ver TV. Deita-se tarde 00h/01h.

O suicídio do irmão afetou-a da seguinte forma: “Afetou-me de todas as maneiras. Tenho alturas que não me dá para fazer nada, não durmo, tenho que tomar calmantes. Não tenho vontade em sair. Tudo se sobrecarregava para mim, revoltada com as irmãs, que não ajudaram nada nesta situação, gostava que me ajudassem na doença dele. Depois que ele foi para o Centro de Dia começou a meter ideias na cabeça, depois os problemas em urinar...desesperou...” SIC A própria realça episódios anteriores traumáticos de suicídio da mãe e do pai.

Salientou ainda que quando precisou não teve apoio de ninguém.

Entrevista 15

Esposa do suicida, método utilizado foi o enforcamento fora de casa, mais precisamente no jardim, em 2006.

Viúva, 71 anos, reside sozinha em Alcaide, Concelho do Fundão, contudo uma das filhas vai dormir com ela. Reformada, refere religião Católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, e salienta como antecedentes de doença crónica depressão, problemas osteoarticulares e cardíacos. Frequentou o ensino primário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre às filhas.

Descreve um dia tipo como: gosta de conversar com as vizinhas, faz a lida da casa. Já não consegue desempenhar a lida do campo devido aos problemas cardíacos.

O suicídio do marido afetou-a da seguinte forma: “Foi como se uma pedra me tivesse caído na cabeça e me tivesse deixado amnésica para toda a vida. Ele tinha Parkinson e já andava muito doente”.

Entrevista 16

Neto do suicida, método utilizado foi o afogamento, num campo a uns 3Km, em 2009.

Neto, 35 anos, reside em Castelo Branco, o agregado familiar é constituído por 3 pessoas. Refere que a esposa e filho do suicida residem em Lisboa. Refere religião Católica, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, e sem antecedentes de doença crónica. Frequentou o ensino universitário e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre aos pais.

Descreve um dia tipo como: Acorda às 8h prepara-se para o pequeno almoço, toma banho, apanha o transporte público para o trabalho; Tarde: Almoça, trabalha, regressa a casa, janta com a família; Noite: Ver um filme, convívio com a família.

O suicídio do avó afetou-o da seguinte forma: “Como é de imaginar, devido ao fato de ter estado desaparecido por 2 semanas a ansiedade, a dúvida, a tristeza, a revolta. Mais tardiamente, um sentimento de aceitação”.

Entrevista 17

Esposa do suicida, método utilizado foi o enforcamento em casa, em 2009. Reside na Covilhã, sozinho, o filho reside em Lisboa. Viúva, 68 anos, refere religião Testemunha de Jeová, sem hábitos alcoólicos ou outros consumos associados, e salienta como antecedentes de doença crónica depressão. Reformada, frequentou o ensino preparatório e salienta que no caso de precisar de algum tipo de ajuda recorre ao filho e vizinhas.

Descreve um dia tipo como: faz a lida doméstica; convívio com a família, conversar com as amigas e vizinhas, dedica-se à religião; Noite: faz renda, vê televisão.

O suicídio afetou-a da seguinte forma: “Ainda hoje me custa ir ao cemitério, tenho muita dificuldade em falar no assunto, ainda não estou mentalizada. Fui encaminhada para a psicóloga e psiquiatra e ainda lá continuo. Tive que mudar e mandar arranjar o quarto (pintar, tirar alguns objetos) para não custar tanto. Ele era muito boa pessoa, custa mais. Era muito reservado, não se abria com ninguém, começou a ficar mais doente e não aceitou as perdas, pensava que seria eternamente jovem, depois também perdeu os pais cedo, tudo contribuiu. Esperou que eu saísse de casa para ir às compras e quando cheguei fui encontra-lo no estado em que tava.”

No que diz respeito, às duas perguntas abertas, e fazendo à análise de conteúdo segundo Bardin (1977), temos a seguinte distribuição da amostra em termos de vivências:

Tabela 13 - Distribuição da amostra em termos da descrição de um dia tipo

		AVD´s	AIVD´s
Dia tipo	Independente	17	15
	Dependente	-	2

Destes casos, em relação à forma como descreveram um dia tipo, poder-se-á mencionar que 8 são independentes nas AVD`s e AIVD`s e 2 casos são independentes nas AVS`s, mas dependentes de outros nas AIVD`s. Em relação à restante amostra, 7 casos, são familiares em idade ativa, empregados e independentes nas AVD`S e AIVD`s.

Tabela 14 - Distribuição da amostra em termos de vivências sentidas pelos familiares

		Frequência
Vivências	Saudade	17
	Tristeza	15
	Choque	14
	Abandono	13
	Angústia	12
	Desamparo	11
	Solidão	10
	Evitamento	9
	Revolta	7
	Incredibilidade	6
	Aceitação	5
	Ansiedade	4
	Dúvida	1
	Impotência	1

3 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo conhecer e descrever as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, na Cova da Beira, no período compreendido entre 2005 a 2011. No que diz respeito à caracterização da amostra, é constituída por 17 familiares/sobreviventes de idosos que se suicidaram. Dos 3 concelhos analisados, Covilhã, Fundão e Belmonte, verificou-se uma maior representatividade de famílias do concelho da Covilhã e Fundão, com 7 familiares em cada um, do que em Belmonte, com um total de apenas 3 familiares. Importa também salientar, que dos vários casos notificados pela polícia, o concelho de Belmonte foi o que mais recusas apresentou em ceder a identificação para contacto, não tendo sido possível obter a explicação para estas recusas, uma vez que os contactos foram feitos diretamente da polícia com os familiares.

No que diz respeito à caracterização demográfica da amostra da Cova da Beira, em termos da variável idade, esta variou dos [35 aos 72 anos], contudo é uma amostra constituída, maioritariamente por idosos (58.8%) e cuja idade média é de 59 anos. É uma amostra com predominância do género feminino (12) e do estado civil viúvo (8). Dos familiares viúvos, vivem 6 sozinhos, tendo ajuda do(s) filho(s) que, na maioria dos casos vive distante, noutro distrito ou mesmo país. Ainda dos familiares viúvos (8), 7 são mulheres, ou seja, esposas do suicida. A idade, o género e o estado civil são considerados fatores sociais e demográficos precipitantes dos comportamentos suicidários (Henriques citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio, 2006; Santos citado por Peixoto, Saraiva, Sampaio 2006; SPS 2008). Cattell (2000) acrescenta ainda que as pesquisas indicam que ter acima de 75 anos constitui um maior fator de risco do que idosos com menos de 75 anos. Pires *et al.*, (2009), salienta no que se refere ao género, como fator de vulnerabilidade para o suicídio em idosos, os estudos identificam o sexo masculino como tendo maior probabilidade para a manifestação desse comportamento (Cattell, 2000; Quan *et al.*, 2002; Lamprecht *et al.*, 2005; Eilertsen *et al.*, 2007). A maioria dos estudos relata que não ser casado, ser viúvo, divorciado ou nunca ter tido um relacionamento marital configura fator de vulnerabilidade para o comportamento suicidário (Cattell, 2000; Quan *et al.*, 2002; Mitty, Flores, 2008; Shah, Padayatchi, Das, 2008, citados por Pires *et al.*, 2009).

Pode-se referir que, na amostra da Cova da Beira, houve uma maior representatividade do meio rural com 11 familiares do que, do meio urbano com 6 familiares. De acordo com os dados obtidos na revisão teórica a respeito da epidemiologia, verifica-se que a Cova da Beira, constituída pelos concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte, aglomeram um vasto conjunto de freguesias, ou seja, existe um predomínio do meio rural. Também em termos de índice de envelhecimento, pode-se verificar o envelhecimento destas zonas com

índices de 195, 237.6 e 227.2 para os concelhos da Covilhã, Fundão e Belmonte, respetivamente.

Em termos do nível de escolaridade, o ensino primário é predominante com 6 casos, seguindo-se o nível secundário e universitário com 3 casos, 2 casos cujo ensino é o preparatório. Contudo os níveis de escolaridade também se centram baixos nesta amostra em que 2 casos não frequentaram a escola e 1 caso em que não completou o ensino primário.

A distribuição da amostra no que se refere à presença de doenças crónicas verifica-se que 10 familiares responderam sim e 7 negaram a presença das mesmas. As doenças crónicas mais referidas foram a depressão, os problemas osteoarticulares e cardíacos. Pires *et al.* (2009), considera a depressão como um aspeto predisponente ao comportamento suicidário, na faixa etária dos idosos. Estudos apontam para a relação do aumento do risco de suicídio em idosos com a presença de doenças físicas, bem como com o diagnóstico de doença terminal (Cattell, 2000; Harwood *et al.*, 2000; Tadros, Salib, 2000; Zeppegno *et al.*, 2005; Lebret *et al.*, 2006; Eilertsen *et al.*, 2007; Koponen *et al.*, 2007; Gibbs *et al.*, 2009; citados por Pires *et al.* 2009).

Em termos da presença de hábitos alcoólicos e outros consumos verificou-se uma negação em praticamente todos os familiares à exceção de 1 caso que referiu hábitos tabágicos, o que demonstrou ser um fator protetor na amostra.

A distribuição da amostra, no que diz respeito à religião, 15 familiares responderam afirmativamente e 2 que não possuem religião. Dos 15 familiares, a religião Católica é a que predomina. Apenas um familiar é Testemunha de Jeová. Destaca-se a religião como fator protetor da amostra.

O método mais utilizado pelo suicida foi o enforcamento, ocorrendo em 12 casos, dos quais 5 ocorreram em casa, e 7 fora de casa, mas numa distância próxima (jardim, palheiro). Em relação aos restantes, houve 2 casos por afogamento fora de casa, e 2 casos de atropelamento na linha férrea. Estes dados vêm ao encontro do registado para a população portuguesa onde o enforcamento é o método mais comum.

O ano com mais casos notificados foi 2010, com 5 casos, seguidamente de 2005 com 4 casos, 2009 e 2011 com 3 casos, respetivamente, e 2006 e 2007 com 1 caso notificado, respetivamente.

No que diz respeito à figura de referência quando os familiares precisam de ajuda são os filhos os mais procurados (6 casos). Outras pessoas foram referidas tais como, o padre, linha saúde 24, o psicólogo. Salienta-se aqui o papel preponderante da família na pósvenção. Os técnicos de saúde são pouco ou nada referenciados pelos familiares que constituem a amostra, o que enfatiza a importância da rede de suporte social.

Pode-se visualizar a importância de que se reveste cada variável para o familiar/sobrevivente num comportamento suicida. Verifica-se a predominância de alguns fatores de proteção nesta amostra nomeadamente o suporte social e familiar, crenças culturais e religiosas (DHHS, 1999).

Os fatores psicológicos, a resiliências, a auto-estima, autoconfiança, os comportamentos de ajuda, são considerados como protetores contra o desenvolvimento de comportamentos suicidários. Viver em isolamento social (Cattell, 2000; Shah, Hoxey, Mayadunne, 2000; Oyama *et al.* 2004; Lebret *et al.*, 2006; Power; Bophy, 2008; Tan, Wong, 2008) ter dificuldades de relacionamento (Cattell, 2000; Tan, Wong, 2008) morar sozinho (Shah, Hoxey, Mayadunne, 2000), perder o cônjuge ou amigo próximo (Cattell, 2000; Mitty, Flores, 2008), perder papéis sociais, ter uma diminuição na possibilidade de escolhas, interesses e preferências, ausência de pessoa significativa em que se possa confiar, dificuldade em mecanismos de enfrentamento e traços de personalidade, rigidez, pessimismo, sentimento de desespero e negação do envelhecimento (Mitty, Flores, 2008), perder o papel tradicional na família, ter um reduzido número de cuidadores e membros da família (Shah, 2008), ter problemas com a lei, possuir sentimentos de culpa (Cattell, 2000) e manifestar pensamentos suicidas (Tan, Wong, 2008) foram fatos comprovados na amostra em estudo.

Ainda no que diz respeito à caracterização da amostra, em termos de scores obtidos através dos instrumentos de investigação aplicados, chega-se à conclusão que em relação ao LC existem 12 familiares num processo de LC, cujas dificuldades mais sentidas são as de separação, seguidas das de negação e revolta e das traumáticas. As restantes dificuldades estão presentes, contudo em menor percentagem. Apesar das suas particulares características vinculativas, laços afetivos inatos criados unidirecionalmente (Bowlby 1980; Sanders, 1999), pela familiaridade e proximidade com as figuras parentais é perante uma perda que um desequilíbrio pode, de fato, acontecer (Sullivan, 1956; Sanders, 1999). Encontramos as respostas para este possível desequilíbrio na reação individual de cada membro, no seu modo particular de reagir e lidar com a perda. Assim não é só o impacto da perda, normalmente intenso e prolongado, mas também as suas consequências não reconhecidas pelo sistema familiar que podem levar à rutura no equilíbrio familiar (Brown, 1989).

No caso da GDS-30, verifica-se a presença de depressão grave em 3 familiares, e depressão ligeira noutros 3 familiares e nos restantes verifica-se ausência de depressão. Contrapondo com a literatura, Prigerson *et al.*, (1995) os sintomas de LC predizem a longo prazo uma incapacidade funcional de adaptação. Existe um conjunto de fatores que fazem com que o luto seja mais duradouro do que seria de esperar. No que diz respeito à GDS - 30, através dos scores obtidos, coaduna com o que é referido na revisão teórica, há perdas tão significativas ou traumáticas que podem nunca chegar a ser totalmente resolvidas, resultando em processos de depressão grave. (Prigerson *et al.*, (1995) Os resultados mostram, concomitantemente, que quanto maior é a sintomatologia depressiva maior era também a auto-perceção de solidão e menor era a auto percepção de saúde. Estes dados estão de acordo com o defendido por outros autores, relativamente à relação da depressão com a

solidão (Moreira & Callou, 2003; Barroso e Tapadinha, 2006; Teixeira, 2010) e depressão com a saúde (Bruce *et al.*, 2002). Pires *et al.*, (2009) reitera que a depressão foi avaliada como o transtorno psiquiátrico mais comumente associado ao risco do comportamento suicida.

No que diz respeito à ESSS, ou seja, ao suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar, com várias dimensões SA, IN, SF, e AS, apenas 5 familiares apresentam uma percepção mais baixa de suporte social, cujo score o mínimo é de 31, apresentando as restantes famílias maior suporte social, cujo score máximo é de 68. Fica a dúvida se é devido ao meio rural, o que necessitaria de um estudo para se poder correlacionar variáveis.

No que se refere à Escala de Apgar, ou seja, a funcionalidade familiar, tem-se 9 famílias altamente funcionais, 6 com uma disfunção leve e 2 com uma disfunção severa. Os dados nesta escala encontram-se em consonância com os dados obtidos através da aplicação da escala ESSS, pelo que pode-se afirmar que não houve falsas respostas. Também se pode salientar tal como é referido na revisão teórica, a importância dos laços, da estrutura e do suporte social e familiar.

No que diz respeito ao estudo qualitativo do agregado familiar, verifica-se na amostra a presença de uma percentagem elevada de familiares já reformados, ou seja, em 10 casos. Destes casos, em relação à forma como descreveram um dia tipo, poder-se-á mencionar que 8 são independentes nas AVD`s e AIVD`s e 2 casos são independentes nas AVS`s, mas dependentes de outros nas AIVD`s. Em relação à restante amostra, 7 casos, são familiares em idade ativa, empregados e independentes nas AVD`s e AIVD`s.

Em relação à descrição dos sentimentos por parte dos familiares de idosos que se suicidaram, verificou-se que os mais referidos foram: saudade (17), tristeza (15), choque (14), solidão (10), abandono (13), angústia (12), desamparo (11)

Os resultados da amostra focalizam alguns dos resultados pesquisados na revisão teórica nomeadamente em que Jordânia e McIntosh (2011) citados por Andriessen, Krynska (2012), propuseram vários níveis de reação ao luto, tais como a tristeza e o desejo de se reunir com o falecido (caraterísticas após mortes inesperadas), o choque, nomeadamente a sensação de irrealidade sobre a morte e, o trauma de encontrar um corpo mutilado e destruído. Para além destas reações comuns, os sobreviventes de suicídio vivenciam caraterísticas que parecem ser únicas do luto por suicídio como, a raiva do falecido em “escolher” a morte sobreposta à vida e, o sentimento de abandono. Sveen (2008) citado por Andriessen e Krynska (2012) acrescenta ainda que, as reações dos sobreviventes diferem em consequência da história anterior de suicídio do falecido e a expectativa de morte, ou seja, podem vivenciar depois do suicídio o sentimento de alívio (muitas vezes subjetivamente percebido como inaceitável e juntamente com culpa), assim como, podem reagir com um choque acompanhado por entorpecimento e descrença (naqueles para quem a morte do falecido veio inesperadamente).

A análise de conteúdo realizada também vai de encontro ao estudos que Boelen, Bout e Hout (2003) realizaram a respeito da relação entre cognições negativas e os problemas emocionais após o luto, com o intuito de adquirirem um maior conhecimento acerca dos mecanismos psicológicos subjacentes que estão envolvidos no desenvolvimento e persistência dos problemas emocionais em que, apesar da perda de uma pessoa amada ser geralmente considerada como um dos acontecimentos de vida mais stressantes que a pessoa pode experimentar, a maioria dos indivíduos recuperam da perda sem ajuda profissional. Porém, algumas pessoas não recuperam e experimentam alterações constantes na saúde mental. Os problemas comumente observados incluem depressão, sintomas da perturbação de pós-stresse traumático e outras perturbações ansiosas, raiva e sentimentos de culpa (Bonanno e Kaltman citados por Boelen, Bout e Hout, 2003).

A amostra em estudo revelou ter alguns fatores de risco, nomeadamente isolamento, solidão, angústia a noção de abandono. Além disso, apresentou níveis elevados de luto complicado ser uma medida e depressão. O acompanhamento desta população de forma sistematizada, com proximidade e promovendo a sua acessibilidade aos cuidados de saúde poderá prevenir comportamentos suicidários no futuro. O reforço da rede de suporte social, fator protetor identificado poderá também ser ajustado para esta população.

CONCLUSÃO

Em termos conclusivos e indo ao encontro do objetivo inicialmente proposto, conhecer as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos idosos que se suicidaram, pode-se referir que os familiares/sobreviventes da amostra estudada, vivenciam sentimentos de solidão, desamparo, incredibilidade abandono, angústia, tristeza, choque e saudade do falecido. Por exemplo, alguns dos familiares, já decorridos 3 anos do acontecimento e, ainda tentam encontrar a resposta, o motivo, a justificção para a situação. A amostra apresenta alguns fatores de proteção, nomeadamente o meio rural, a religião, a rede de suporte familiar e social, ausência de hábitos alcoólicos e outros consumos. Contudo, a amostra, revelou também ter alguns fatores de risco, nomeadamente isolamento, solidão, angústia a noção de abandono, assim como, apresentou níveis elevados de luto complicado e depressão.

No que diz respeito à vivência individual na consecução deste estudo, é de salientar que, são muitos os constrangimentos e obstáculos que surgiram desde, o reconhecimento dos casos (a pouca abertura por parte de alguns familiares em falar sobre o assunto, o receio e medo de represálias, a elevada carga emocional associada decorrente da situação, a falta de apoio sentida pelos familiares no que diz respeito aos serviços de saúde no momento a seguir ao acontecimento) e, sendo enfermeira (representante do serviço de saúde) era alvo de alguns manifestos de descontentamento. Também, o baixo nível da escolaridade, dos idosos entrevistados, houve algumas dificuldades na interpretação e compreensão das temáticas. Apesar, do dispêndio de muitas horas de trabalho de campo, assim como, de custos associados com as deslocações, o balanço final é positivo dada a experiência adquirida. Senti, a diferença significativa nas entrevistas efetuadas do momento “anterior”, ou seja aquando da minha chegada e do momento “posterior”, ou seja, aquando da minha partida. É, sem dúvida, fundamental a preparação por parte dos profissionais que lidam com estas situações, tal com referem alguns autores que cito na revisão teórica. Considero que, uma boa articulação de diversas entidades, poder-se-ia fazer uma trabalho de proximidade e promoção na acessibilidade aos cuidados de saúde prevenindo comportamentos suicidários no futuro.

Desta forma, é importante definir-se um plano de prevenção do suicídio para cada região de acordo com o padrão de suicidalidade, adequar os planos de intervenção, nomeadamente na identificação de casos de risco, da desesperança, a formulação de protocolos com a polícia, assim como, de existirem meios de diagnóstico adequados à faixa etária e, não poderia deixar de salientar, uma maior divulgação de trabalhos como este que, fazem um alerta para a problemática do ajustamento emocional e da suicidalidade. Neste campo, assumem um papel preponderante na identificação precoce de sinais de risco, encaminhamento e intervenção terapêutica nos contextos comunitários (e hospitalares).

Como sugestão para estudos futuros propõe-se fazer uma replicação deste estudo aumentando em número as zonas geográficas para recolha de dados, de forma a conhecer melhor o padrão de luto pós suicídio e assim poder intervir de forma mais eficaz.

Os olhares terão que estar direcionados para as diversas realidades, entre elas, e neste caso particular, o envelhecimento populacional e o suicídio. Deparamo-nos com uma população mais idosa, mais envelhecida em que, o isolamento e a solidão cada vez se acentuam mais, essencialmente nos meios rurais, cujos fatores de risco predispõem a uma maior ocorrência de comportamentos suicidários.

O número de idosos está a aumentar, assim como a esperança média de vida, é importante salientar que o envelhecimento envolve alterações no padrão das doenças e na frequência das incapacidades.

Por outro lado, a problemática do suicídio, fenómeno complexo, provoca uma devastação emocional e social entre familiares e amigos (sobreviventes), causando um impacto que pode perdurar por muitos anos. O impacto psicológico permanece bastante intenso mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que se suicidou.

Estes tipos de realidades potenciam situações que elevam os custos ao sistema de saúde.

A família, quer no envelhecimento, quer nas situações de luto, apresenta um papel protetor no que diz respeito a estas temáticas, podendo agir ativamente, integrando o idoso nas suas atividades do dia-a-dia. O estilo de vida atual dificulta a presença da família no cuidado ao idoso, no entanto, existem muitas possibilidades de conciliar estes papéis.

É fundamental, atenuar o impacto negativo destas alterações e que se potencie o seu impacto positivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostinho & Rebelo (1988). Família: do conceito aos meios de avaliação. *Revista Portuguesa Clínica*, nº 32, 6-17.

Alan; Berman (2011). Estimating the Population of Survivors of Suicide: Seeking an Evidence Base In: *Suicide and Life-Threatening Behavior, The American Association of Suicidology*, 41(1): 110-116.

American Psychiatric Association (2003). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Andriessen; Krynska (2012). Essential Questions on Suicide Bereavement and Postvention In *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9: 24-32.

Bardin (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal: Edições 70.

Barreto; Leuschner; Santos; Sobral (2008). *Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (GEECD)*.

Beeston (2006). *Older people and suicide*. Stoke on Trent: Centre for Ageing and Mental/Health Staffordshire University.

Boelen; Bout & Keijser (2003). Traumatic grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study with bereaved mental health care patients. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1339- 1341.

Boelen; Bout; Hout (2003). The role of cognitive variables In psychological functioning after the death of a first degree relative. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1123-1136.

Botega (2000). Suicídio e Tentativa de Suicídio. In: Lafer *et al. Depressão no Ciclo da Vida*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N. J. et al. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

- Botega; Rapeli; Freitas. (2004). Perspectiva psiquiátrica. In: Werlang, Botega (Editors). *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed: 107-121.
- Botega; Werlang; Cais; Macedo (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, vol. 37, n. 3: 213-220.
- Bowlby (1980). *Attachment and loss*, vol. 3: Loss, sadness and depression. New York: Basic Books.
- Brito (2002). *A Saúde Mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brown (1989). The Impact of Death and Serious Illness on the Family Life Cycle. In Carter & MacGoldrick (Eds.). *The Changing Family Life Cycle* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Cabral (2011). *Suicídio no Alentejo está relacionado com solidão*. Disponível em: <http://www.acorianooriental.pt/noticias/ver/215907> acedido a 12 Junho 2012.
- Carlsten; Waern; Allebeck (1999). Suicides by drug poisoning among the elderly in Sweden 1969 - 1996. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 34: 609-614.
- Cattell (2000). Suicide in the elderly. *Advances In Psychiatric Treatment*, vol. 6:102-108.
- Chisholm (1996). The evolutionary ecology of attachment organization. *Human Nature*, 7, 1-38.
- Coffey; Cummings (2011). *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, 3ª ed.; The American Psychiatric Publishing, Inc. vol. I e II. Carvalho (2000). *Solidão: um percurso filosófico, Saúde Mental*, vol. II, nº 1: 7-11.
- Coleman; Lyon; Piper. (1995). *Teenage suicide and selfharm*. Brighton: Trust for the Study of Adolescence.
- Cordeiro (1986). *Manual de Psiquiatria clinica*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- Costa (1986). *O Suicídio e as suas incógnitas*. Conferência apresentada nas 2as Jornadas de Saúde Mental do Algarve, Aldeia das Açoteias.
- Costa (2006). *Cuidar Idosos*. Formasau: Coimbra.

De Leo & Evans (2004). *International Suicide Rates and Prevention Strategies*. Hogrefe & Huber Publishers, Göttingen.

De Leo; Padoani; Scocco; Lie; Bille-Brahe; Arensman; Hjelmeland; Crepet; Haring; Hawton; Lonqvist; Michel; Pommereau; Querejeta; Phillipe; Salander-Renberg; Schmidtke; Fricke; Weinacker; Tamesvary; Wasserman; Faria (2001). Attempted and completed suicide in older subjects: results from the WHO/EURO Multicentre study of suicidal behaviour. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*. 16(3):300-310.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas - Circular Normativa N.º 13*.

Durkheim (2003). *O suicídio*. São Paulo: Martin Claret.

Durkheimn (1987/1992). *O suicídio*. Lisboa: Editorial Presença.

Eilertsen; Lilleng; Maehle; Morild (2007). Unnatural Death in the Elderly A Forensic Study From Western Norway. *Forensic Science, Medicine, and Pathology*, vol. 3, n.1: 23-31.

Eliopoulos (2005). *Enfermagem Gerontológica*. São Paulo: Artmed.

Estellita-Lins; De Oliveira; Coutinho (2006). Acompanhamento Terapêutico: intervenção sobre a depressão e o suicídio In *Psyché*, vol. X, 18: 151-166.

Fortin (2003). *O Processo de Investigação*. Lusociência: Loures.

Frade (2010). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Inventory of Complicated Grief*. Dissertação de Mestrado.

Freitas; Py; Cançado; Doll; Gorzoni (2006). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Gibbs (2009). Whenthe solution is part of the problem: problem solving in elderly suicide attempters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.24, n. 12: 1396-1404.

Goodkin; Lee; Molina; Zheng & Frasca, (2006) Complicated bereavement: Disease state on state of being. *Omega The Journal of Death & dying*, 52, 21-35.

Green; Harris; Robinson (1991). Evaluating faces III and the circumplex model: 2, 440 families. In: *Family process*, vol. 30, 1: 55-73.

Harwood Hawton; Hope; Jacoby (2000). Suicide in older people: mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15: 736-743.

Harwood; Hawton; Hope; Jacoby (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16: 155-165.

Hawton; Harriss (2006). Deliberate self-harm in people aged 60 years and over: characteristics and outcome of a 20-year cohort. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 21: 572- 581.

Horowitz (2006) Meditating on complicated grief disorder as a diagnosis. *Omega: Journal of Death & Dying*, 52: 87-89.

Kaplan; Adanek; Martin (2001). Confidence of primary care physicians in assessing the suicidality of geriatric patients. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 16: 728-734.

Kenneth (2006). *The Relationship Between Self Reported Trauma, Complicated Grief, and Depression Among College Students*: Tese de Doutorado: Department of Family and Child Sciences. The Florida state university college of Human sciences, EUA.

Koponen; Koponen; Viilo; Hakko; Timonen; Meyer-Rochow; Sarkioja; Rasanen (2007). Rates and previous disease history in old age suicide. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 22: 38-46.

Kristjanson; Lobb; Aorun & Monterosso (2006). A Systematic review of the literature on complicated grief. Edit Cowan University, *Commonwealth of Australia - Canberra*: Department of Heath & Ageing.

Ladame, Otino & Pawlac, (1995). *Adolescence et suicide*. Paris: Masson.

Lamprechtl; Pakrasi ; Gash; Swann, (2005). Deliberate self-harm in older people revisited. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 20: 1090-1096.

Lebret; Perret-Vaille; Mulliez; Gerbaud; Jalenques (2006). Elderly suicide attempters: characteristics and outcome. *Int J Geriatr Psychiatry*, vol. 21: 1052-1059.

Leenaars (2010). Review Edwin S. Shneidman on Suicide. *Suicidology Online*. 1:5-18.

Marcell (2002). *Os estados depressivos na adolescência*. Lisboa: Climepsi Editores.

Meleiro; Wang (1995). Suicídio e tentativa de suicídio. In: Neto. *et al.* (Orgs.) *Psiquiatria Básica*. Porto Alegre: Artes Médicas: 376-396.

Melo (2004). Processo de Luto - o inevitável percurso face a inevitabilidade da morte. In Berlinck *Revista latino americana Psico*. Disponível em: <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Luto.pdf> Acedido a 12 de Abril de 2012.

Minayo; Cavalcante (2010). Suicídio entre as pessoas idosas: revisão de literatura. *Revista de Saúde Pública*, vol. 44, 4: 750-7.

Mitty; Flores (2008). Suicide in late life. *Geriatric nursing*, vol. 29, n. 3: 160-165.

Moura (2006). *Século XXI, Século de Envelhecimento* Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

O'Connor & Sheehy (2000). *Understanding suicidal behaviour*. London: British Psychol. Society.

Oliveira; Amâncio; Sampaio (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*. 4 (XIX): 509-521.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Otawa para a Promoção da Saúde*. (Conferência Internacional para a Promoção da Saúde com vista a uma nova Saúde Pública, Otawa, Canadá.

Organização Mundial de Saúde (1989). *Carta Europeia de Ambiente e Saúde*. Primeira Conferência Europeia sobre Ambiente e Saúde, Frankfurt, Alemanha.

Organização Mundial de Saúde (1998). *Divisão de saúde Mental, A Esquizofrenia - Informação para as famílias*. Lisboa, Associação Comunitária de Saúde de Loures Ocidental. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2000a). *Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2000b). *Prevenção do suicídio: um manual para profissionais*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2000c). *Prevenção do suicídio: um manual para professores e educadores*. Genebra.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Relatório Mundial da Saúde 2001 - Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova esperança*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2003). *Classificação de transtornos mentais e do comportamento da Cid-10*. Porto alegre: Artmed.

Oyama (2004). Community-Based Prevention for Suicide in Elderly by Depression Screening and Follow-Up. *Community Mental Health Journal*, vol. 40, n. 3: 58-65.

Parkes (1998). *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus. São Paulo.

Parkes (2006). Guest editor's conclusions. *Omega: The Journal of Death and Dying*, 52, 107-113.

Peisah; Snowdon; Kril; Rodriguez (2007). Clinico pathological Findings of Suicide in the Elderly: Three Cases. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 37, n. 6: 54-60.

Peixoto; Saraiva; Sampaio (2006). *Comportamentos Suicidários em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Pires; Kurtinaitis; Santos; Passos; Sougey; Filho (2009). Fatores de risco para a tentativa de suicídio em idosos. *Revista de Neurobiologia*, 72 (4): 21-28.

Power; Brophy (2008). A comparison of suicide rates between older adults in Ireland and the UK: 1975-2005. *Ir J Med Sci*, vol. 177: 333-337.

Pratz (1987). *Aspetos culturais do Suicídio*. *Psicologia*. vol. 2: 181-187.

Prigerson & Jacobs (2001). Diagnostic criteria for traumatic grief: A rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. In Stroebe; Hansson; Stroebe, & Schut (Eds.).

Handbook of bereavement research (614 646) .Washington, DC: American Psychological Association.

Prigerson & Maciejewski (2006). A call for sound empirical testing and evaluation of criteria for complicated grief proposed for DSM-V. *Omega: The Journal of Death & Dying*, 52: 1-19.

Prigerson (2004). Complicated grief: when the path of adjustment leads to a dead-end. *Bereavement Care*. 23: 38-40.

Prigerson; Bierhals; Kasl; Reynolds; Shear; Day; Beery; Newsom & Jacobs (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154 (5), 616-623.

Prigerson; Bierhals; Kasl; Reynolds; Shear; Newsom; & Jacobs (1996). Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1484- 1486.

Prigerson; Maciejewski; Reynolds; Bierhals; Newsom; Fasiczka; Frank; Doman & Miller (1995). The inventory of complicated grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59 (1-2), 65-79.

Quan; Arboleda-Flórez; Flick; Stuart; Love (2002). Association between physical illness and suicide among the elderly. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, vol. 37: 190- 197.

Ribeiro & Paul (2011). Envelhecimento Activo In Ribeiro, O. & Paul, C. (Coord.), *Manual do Envelhecimento Activo* (7-10). Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Ribeiro (1999) Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3 (XVII): 547-558.

Robbins (1998). *Adolescent suicide*. North Carolina: McFarland & Comp.

Rutter (1991). *Some conceptual considerations*. Fostering Resilience Conference. Washington DC: Institute for Mental Health Initiatives.

Sampaio (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sanders (1999). *Grief. The Mourning After: Dealing with Adult Bereavement* (2nd ed.). NewYork: Jonh Wiley & Sons, Inc. Boelen; Bout & Hout (2003). *The role of cognitive variables*

in *psychological functioning after the death of a first degree relative*. *Behaviour Research and Therapy*, 41: 1123-1136.

Santos & Sampaio (1997). Adolescentes em risco de suicídio: a experiência do Núcleo de Estudos do Suicídio. *Psiquiatria Clínica*, 18 (3), 187-194.

Santos (2012). Prevenção do suicídio ao redor do mundo: fortalecer fatores protetores, promovendo a esperança. Santos 2012. In Ordem dos enfermeiros disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/DiaMundial_Prevencao_Suicidio.asp x Acedido a 5 de Setembro, 2012.

Saraiva (1997). *Para-suicídio - contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Tese de Doutoramento. Coimbra: Universidade de Coimbra.

Saraiva (1999). *Para-suicídio*. Coimbra: Quarteto.

Saraiva (2010). Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Psiquiatria Clínica*, 31, (3): 185-205.

Sequeira (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental (7-18)*. Lisboa: LIDEL - Edições Técnicas, Lda.

Shah (2008). Is there a relationship between elderly suicide rates and smoking? A cross national study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 23: 308- 313.

Shah; Hoxey; Mayadunne (2000). Suicidal ideation in acutely medically ill elderly inpatients prevalence, correlates and longitudinal stability. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15, p. 162-169.

Shah; Padayatchi; Das (2008). The relationship between elderly suicide rates and elderly dependency ratios: a cross-national study using data from the WHO data bank. *International Psychogeriatrics*, vol. 20, n.3: 596-604.

Shah; Uren; Baker; Majeed (2002). Trends in suicide from drug overdose in the elderly in England and Wales, 1993-1999. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 17: 416-421.

Shneidman (1981). *Suicide thoughts and reflections, 1960-1980*. London: Human Sciences Press.

Shneidman (1985). Definition of suicide. New York: Wiley.

Shneidman (1996). *The suicidal mind*. Oxford: Oxford University Press.

Shneidman, E. (1973). Suicide notes reconsidered. *Psychiatry*, 36, 379-395.

Stroebe & Schut (2006). Complicated grief: A conceptual analysis of the field. *Omega: Journal of Death and Dying*, 52(1): 53-70.

Suicide Prevention Action Network USA, Inc. (2001). *Suicide Prevention: Prevention Effectiveness and Evaluation*. Washington, DC.

Tadros; Salib (2000). Age and methods of fatal self harm (FSH). Is there a link? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 15: 848-852.

Tan; Wong (2008). Severity of depression and suicidal ideations among elderly people in Singapore. *International Psychogeriatrics*, vol.20, n.2: 338- 346.

Turecki (1999). O suicídio e sua relação com o comportamento impulsivo-agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, vol. 21, n. 2: 18-22.

Vijayakumar (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: the WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine* 35 (10):1457-65.

Werlang; Borges; Fensterseifer (2005) Índícios de Potencial Suicida na Adolescência. *Psicologia Revista*, São Paulo, vol. 14, n. 1: 41-58.

Yesavage; Brink; Rose; Lum; Huang; Adey; Leirer (1983). Development and validation of geriatric depression scale" *J. Psychiatric Res.* 17:37-49.

Zeppegno; Monzetti; Valsesia; Siliquini; Ammirata; Donates; Usai; Torre (2005). Differences in suicide behaviour in the elderly a study in two provinces of Northern Italy. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol. 20: 769-775.

WEBGRAFIA

<http://www.ine.pt/>

www.dgs.pt/

www.spsuicidologia.pt/

<http://www.pubmed.com>

<http://www.pordata.pt/>

http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html

www.iasp.info/wspd

<http://www.ncdhhs.gov/>

ANEXOS

Anexo 1

Pedido de Parecer Institucional

PEDIDO DE PARECER INSTITUCIONAL

Tese de Mestrado em Gerontologia: **“LUTO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS IDOSOS DA COVA DA BEIRA”**

Comissão de Ética, do CHCB, EPE

Patrícia Marina Xavier Batista, na qualidade de aluna do Mestrado em Gerontologia na Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior (UBI), com vista à obtenção do Grau de Mestre e, encontrando-me a exercer funções de Enfermagem na respectiva instituição, vem por este meio, solicitar à Comissão de Ética o parecer relativamente ao trabalho de investigação acima mencionado e de acordo com o resumo em anexo. O respectivo trabalho visa a compreensão dos processos de luto após suicídio de um familiar (sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos).

Data Assinatura

/ /12_____

Anexo 2

Pedido de Autorização

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO

Tese de Mestrado em Gerontologia: **“LUTO E COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NOS IDOSOS DA COVA DA BEIRA”**

Exmo Senhor Comandante do Comando Territorial de Castelo Branco

Patrícia Marina Xavier Batista, na qualidade de aluna do Mestrado em Gerontologia na Faculdade de Ciências da Saúde da Beira Interior (UBI), com vista à obtenção do Grau de Mestre sob orientação do Professor Doutor José Carlos Santos e, encontrando-me a exercer funções de Enfermagem no Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para o levantamento do registo dos casos de Suicídio em Idosos ocorridos no período de 2005 a 2011 na Cova da Beira, por forma a ajudar a compreender os processos de luto após o Suicídio de um familiar.

Data

Assinatura

/ /12

Anexo 3

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

LUTO E COMPORTAMENTOS SUICIDIÁRIOS NOS IDOSOS DA COVA DA BEIRA

Eu, abaixo-assinado, fui informado(a) de que a Dissertação de Mestrado acima mencionada destina-se a analisar as vivências sentidas pelos familiares no processo de luto dos Idosos da Cova da Beira, que se suicidaram.

Sei que neste trabalho está prevista a participação numa entrevista semi-estruturada que envolve a resposta a questões sensíveis, tendo-me sido garantida a confidencialidade e o anonimato na resposta.

Foi-me garantido que todos os dados relativos à identificação dos participantes neste trabalho são confidenciais.

Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação no estudo, sem nenhum tipo de penalização por este fato.

Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Aceito participar de livre vontade no trabalho acima mencionado.

Também autorizo a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato.

Nome do Participante no trabalho:

Data

Assinatura

___/___/201__

Nome do Entrevistador:

Data

Assinatura

___/___/201__

Anexo 4

Entrevista Semi-estruturada

A**Dados de Identificação**

A1 - Género	
	1. Feminino ___ 2. Masculino ___
A2 - Idade	
	Idade (anos) _____
A3 – Estado Civil	
	1. Solteiro (a) 2. Casado (a) 3. Viúvo (a) 4. Separado/Divorciado (a) 5. União de Fato
A4 – Nível de Escolaridade	
	1. Nunca frequentou a escola 2. Não completou o Ensino Primário 3. Ensino Primário 4. Ensino Preparatório 5. Ensino Secundário 6. Ensino Profissional 7. Ensino Universitário
A5 – Naturalidade (Concelho)	

A6 – Residência (Concelho)	

A7 - Religião	
	1. Sim ___ Qual? _____ 2. Não ___
A8 – Doenças Crónicas (Físicas e/ou Mentais)	
	1. Sim ___ Especifique _____ 2. Não ___
A9 – Tem hábitos alcoólicos ou de outros consumos?	
	1. Sim ___ Qual? _____ 2. Não ___

B	Dados de Identificação (Cont.)
----------	---

B1 – Agregado Familiar	
	Quantas pessoas vivem na mesma casa _____
B2 – Atividades/Ocupação	
	Descreva um dia tipo. Manhã: Tarde: Noite:
B3 – No caso de precisar algum tipo de ajuda, normalmente a quem recorre?	

B4 – O acontecimento (Suicídio) aconteceu há quanto tempo?	

B5 – Método e a forma de Suicídio	
	1. Enforcamento 2. Afogamento 3. Ingestão medicamentosa 4. Ingestão de pesticidas 5. Arma de fogo 6. Outros _____
B6 - Local	
	1. Casa 2. Fora de Casa Especifique _____
B7 – De que forma o Suicídio o afetou (a si)?	

C**Inventário de Luto Complicado***(Prigerson et al., 1995)*

A seguir encontra-se uma lista de dificuldades que são sentidas, por vezes, pelas pessoas após acontecimentos de vida difíceis. Por favor, leia cada um dos itens e indique, com um círculo, a resposta que melhor descreve como se sente em relação a uma situação de luto atualmente:

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Regularmente	Sempre
1- Eu penso tanto nesta pessoa que é difícil fazer as coisas que normalmente faço...	0	1	2	3	4
2-As memórias da pessoa que morreu perturbam-me...	0	1	2	3	4
3-Eu sinto que não aceito a morte da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
4-Eu dou por mim a sentir a falta da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
5-Eu sinto-me atraído às coisas e lugares associados à pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
6-Não consigo evitar sentir-me zangado com a sua morte...	0	1	2	3	4
7-Eu sinto descrença sobre o que aconteceu...	0	1	2	3	4
8-Eu sinto-me atordoado ou confuso com o que aconteceu...	0	1	2	3	4
9-Desde que ele(a) morreu é-me difícil confiar nas pessoas...	0	1	2	3	4
10-Desde que ele(a) morreu, sinto que perdi a capacidade de me interessar com outras pessoas ou sinto-me distante das pessoas de que gosto...	0	1	2	3	4
11-Eu sinto dor na mesma parte do corpo ou tenho alguns dos sintomas da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
12-Eu desvio-me do meu caminho para evitar lembranças da pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
13-Sinto a minha vida vazia sem a pessoa que morreu...	0	1	2	3	4
14- Eu ouço a voz da pessoa que morreu falar-me...	0	1	2	3	4
15-Eu vejo a pessoa que morreu diante de mim...	0	1	2	3	4
16 - Eu sinto que é injusto que eu deva viver enquanto esta pessoa morreu...	0	1	2	3	4
17 - Eu sinto-me amargo sobre a morte desta pessoa...	0	1	2	3	4
18 - Eu sinto inveja daqueles que não perderam ninguém próximo...	0	1	2	3	4
19 - Eu sinto-me só grande parte do tempo desde que ele(a) morreu...	0	1	2	3	4

Tradução: Frade (2010)

D**Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30)**

Geriatric Depression Scale (GDS)

Responda **Sim** ou **Não** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

Itens	Sim	Não
1.* Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2.* Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?		
3.* Sente a sua vida vazia?		
4.* Fica muitas vezes aborrecido(a)?		
5. Tem esperança no futuro?		
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?		
7.* Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?		
8.* Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?		
9.* Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
10.*Sente-se muitas vezes desamparado(a)?		
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?		
12.*Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?		
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?		
14.* Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?		
15.*Pensa que é bom estar vivo(a)?		
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?		
17.*Sente-se inútil?		
18. Preocupa-se muito com o passado?		
19. Acha a vida interessante?		
20. É difícil para si começar novas actividades?		
21. *Sente-se cheio(a) de energia?		
22. *Sente que a sua situação é desesperada?		
23. *Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor que a sua?		
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?		
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?		
26. Tem dificuldade em se concentrar?		
27. Gosta de se levantar de manhã?		
28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?		
29. Tem facilidade em tomar decisões?		
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?		

Tradução: Barreto *et al.* (2008).

E**Escala de Satisfação Social (ESSS)**

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio.	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria.	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas 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 quem 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 (p.ex. 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

F	<h2>Avaliação da Funcionalidade Familiar</h2> <h3>Escala de Apgar</h3>
----------	--

Cada questão permite três tipos de resposta: “QUASE SEMPRE”, “ALGUMAS VEZES” e “QUASE NUNCA”.
Escolha aquela com que se identifica.

1. Está satisfeito com a ajuda que recebe da família, sempre que alguma coisa o (a)preocupa?	
	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
2. Está satisfeito pela forma como a sua família discute os assuntos?	
	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
3. Acha que a sua família concorda com o seu desejo de experimentar novas actividades ou modificar o seu estilo de vida?	
	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
4. Está satisfeito com o modo como a sua família manifesta a sua afeição e reage aos seus sentimentos (ex. irritação, amor)?	
	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca
5. Está satisfeito com o tempo que passa com a sua família?	
	<input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Quase nunca

Versão Portuguesa de Agostinho & Rebelo (1988).