

FERNANDA GOMES DIAS

**SUICIDIO NO IDOSO – O PAPEL DO ASSISTENTE
SOCIAL**

Orientadora: Professora Doutora Fátima Gameiro

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Serviço Social**

**Lisboa
2018**

FERNANDA GOMES DIAS

**SUICIDIO NO IDOSO – O PAPEL DO ASSISTENTE
SOCIAL**

Dissertação defendida em provas públicas para obtenção do grau de Mestre no Curso de Mestrado em Gerontologia Social conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, no dia 12 de Abril de 2018, perante o júri, nomeado pelo Despacho de nomeação de Júri nº100/2018, homologado a 12 de Abril de 2018, com a seguinte composição:

Presidente: Prof.º Doutor Carlos Diogo
Moreira

Arguente: Prof.ª Doutora Hélia Bracons
Carneiro

Orientadora: Prof.ª Doutora Fátima Cristina da
Silva Ribeiro Gameiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Instituto de Serviço Social

Lisboa

2018

Epígrafe

“Quem caminha sozinho pode até chegar mais rápido, mas aquele que vai acompanhado, com certeza vai mais longe.”

Clarice Lispector

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha família, principalmente às minhas filhas, por me ensinarem novas formas de ver e viver a vida e à incansável professora Fátima Gameiro por seguir sempre ao meu lado nesta caminhada.

Agradecimentos

Para a elaboração da presente dissertação de mestrado contribuíram diversas pessoas imprescindíveis, sem as quais teria sido difícil a sua concretização.

Quero agradecer à professora Doutora Fátima Gameiro pelo exemplo de determinação, orientação, força e coragem. Pela transparência das suas ideias, pelo incentivo e pela amizade demonstrada, pela capacidade de transformar os momentos menos bons em momentos de reflexão, pelo encorajamento, por nunca me deixar perdida, caminhando lado a lado comigo, à professora deixo aqui a minha admiração, simpatia, amizade e estima, como orientadora foi incansável e prestável em todos os momentos.

Gostaria também de deixar um agradecimento sentido e generoso a todos (as) os colegas Assistentes Sociais que se prontificaram em colaborar neste trabalho, respondendo à entrevista, disponibilizando o seu tempo, a sua experiência e o seu testemunho sincero sem o qual não conseguiria realizar este estudo.

Aos professores de Mestrado de Gerontologia Social pelos ensinamentos e partilha de saberes, um agradecimento muito especial à professora Mestre Ana Paula Garcia, pela sua disponibilidade e à professora Mestre Carla Ribeirinho pela sua amabilidade genuína.

Aos meus colegas de mestrado, principalmente às minhas queridas amigas Maria do Amparo Fernandes e Ana Patrícia Marques, pela partilha, humanidade, boa vontade e colaboração na troca de informação, partilha de livros, dúvidas sobretudo nos momentos mais solitários agradeço com carinho e gratidão.

Ao Doutor Joaquim Vaz, agradeço a sua compreensão, paciência, conselhos, incentivo, palavras de apoio e todo o acompanhamento ao longo desta caminhada.

À Dra. Tânia Antunes, à Dra. Jackeline Oliveira, à Dra. Sandra Dias, à Dra. Túlia Dias, à Dra. Fernanda, à Dra. Amélia Boto, à Dra. Ana Carreira, à Dra. Paula Magalhães, à Dra. Gernice Teixeira, à Dra. Ana Rosário, ao Dr. Victor Henriques, ao Dr. Hugo Caixaria, ao Dr. Carlos Martins, Ao Dr. César Parreira, ao Dr. Igor Rodrigues pela disponibilidade e incentivo.

Ao Dr. Hernâni Fontoura e D. Maria Manuela, o meu muito obrigado pelo incentivo, encorajamento e sobretudo pela amizade criada ao longo do meu percurso profissional.

Aos professores Maria José Cunha, e Elmano Caires à Joana que incansavelmente me apoiaram.

Ao fisioterapeuta Joaquim Delgado, ao sr. Armindo Filipe, à sra. D. Maria do Calvário, que se disponibilizaram a efetuar contatos.

À D. Celeste Rocha e família, que amavelmente me “adotaram” como neta e carinhosamente todos os dias me preparavam o meu “farnel”.

Aos meus familiares, à minha mãe pelos valores transmitidos, irmãos, amigos, ao David.

Às minhas duas filhas, Joana e Beatriz a quem tanto tempo roubei, um grande beijo.

Aos últimos e não menos importantes, o meu chefe Sérgio Martins, pela ajuda, disponibilidade, incentivo desde o tempo de Licenciatura, por me escutar sempre nos momentos de desânimo e dificuldade, por sempre me fazer acreditar que “quem luta sempre alcança”.

A todos, o meu sincero obrigado pela grande ajuda na realização do trabalho, através do qual pude fortalecer o princípio de que vale a pena viver.

Resumo

A presente dissertação tem como objetivos caracterizar os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio e descrever as suas principais manifestações comportamentais. Pretende ainda conhecer/compreender o percurso académico/formativo e a intervenção do Assistente Social/Dirigente Institucional perante uma ideação/tentativa de suicídio no idoso. Assenta numa metodologia qualitativa, suportada em vinte e dois casos realizadas a catorze Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais. Após a análise dos resultados, concluiu-se que a nossa amostra se caracteriza por possuir desesperança, perturbação de ansiedade e ausência de doenças neurológicas e crónicas. A nível psicossocial, a maior parte vivenciou múltiplos acontecimentos geradores de stresse. A maioria não apresentou nenhum antecedente de história psiquiátrica familiar. Em termos de manifestações comportamentais, o enforcamento foi o mais prevalente. Verificou-se que a maior parte dos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais abordou a temática do suicídio no decorrer do seu percurso académico, contudo poucos foram os que se especializaram/formaram na área. No que concerne às equipas de terreno, a maior parte é somente constituída por um Assistente Social, relatam reduzida intervenção ao nível preventivo e efetuam a maior parte dos encaminhamentos dos sujeitos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio para as urgências hospitalares. Conclui-se que potenciar a formação/especialização dos técnicos, alargar as equipas técnicas por forma a se tornarem transdisciplinares, potenciar programas de prevenção, alertar para a escassez de recursos ao nível do encaminhamento destes sujeitos e ter em consideração a caracterização e as principais manifestações comportamentais destes indivíduos no quotidiano da intervenção parece ser de fulcral importância.

Palavras-chave: Suicídio; Idosos; Fatores Predisponentes.

Abstract

The present dissertation aims to characterize the elderly who idealized / attempted suicide and describe their main behavioral manifestations. It also intends to know / understand the academic / formative principles and the intervention of the Social Worker / Institutional Officer before an ideation / attempt of suicide in the elderly. It is based on a qualitative methodology, supported by twenty-two interviews with fourteen Social Assistants / Institutional Leaders. After the analysis of the results it was concluded that our sample is characterized by having hopelessness, anxiety disorder and absence of neurological and chronic diseases. At the psychosocial level, most experienced multiple stress-generating events. Most had no history of family psychiatric history. In terms of behavioral manifestations, hanging was the most prevalent. It was found that the majority of the Social Assistants / Institutional Managers approached the subject of the suicide during the course of their academic studies. However, only a few those specialized / formed in that area. As far as specialized teams are concerned, most of them are made up of one Social Worker, they report a reduced level of intervention at the preventive level, and they carry out most of the referrals of the elderly subjects who idealized / attempted suicide to hospital emergencies. It is concluded that to enhance the training / specialization of technicians, to extend the technical teams to become transdisciplinary, to promote prevention programs, to alert to the scarcity of resources at the level of referral of these subjects and to take into account the characterization and the main behavioural manifestations of these individuals in the daily life of the intervention seems to be of paramount importance.

Key words: Suicide; elderly; Predisposing Factors.

Abreviaturas e Símbolos

APA- Associação Psiquiátrica Americana

BZD – Benzodiazepina

DSM- Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental

DMG- Doentes Mentais Graves

DSM- Manual de Diagnóstico Estatístico de Doença Mental

EAAD- *European Alliance Against depression*

ET- Entrevista

HUC- Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

IAG- International Association of Gerontology

ID- Idoso

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PHDA- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNPS - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

PORDATA – base de dados Portugal Contemporâneo

PP – Perturbação de Personalidade

INE- Instituto Nacional de Estatística

UE- União Europeia

UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas

SLSM- Serviços Locais de Saúde Mental

WHO- *World Health Organization*

Índice

Epígrafe	ii
Dedicatória.....	iii
Agradecimentos	iv
Resumo	vi
Abstract.....	vii
Abreviaturas e Símbolos.....	viii
Índice	ix
Introdução.....	12
Parte I – Revisão da literatura.....	15
Capítulo I – Envelhecimento	15
1.1. Definição de conceito Gerontologia e Gerontólogo.....	15
1.2. Envelhecimento e Velhice - modelos/bem-estar subjetivo	21
1.3. Políticas Sociais e respostas sociais (legislação).....	28
1.3.1. Políticas Sociais.....	28
1.3.2. O Papel do Assistente Social no envelhecimento (ética profissional)	38
Capítulo II – Suicídio	40
2.1. A Finitude (morte) e a temporalidade.....	40
2.2. Doença Mental.....	46
2.2.1. Demência.....	49
2.3. Definição de suicídio	57
2.3.1. Para-suicídio.....	61
2.4. Fatores predisponíveis no suicídio	62
2.4.1. Classificações da depressão	63
2.4.2. Tratamento psicofarmacológico.....	76
2.4.3. Tratamento da fase aguda.....	77
2.4.4. Depressão no Idoso	83
2.4.5. Solidão.....	86
2.4.6. Ansiedade	87
2.4.7. Isolamento	88

Capítulo III – O Suicídio no envelhecimento.....	89
3.1. Indicadores do suicídio no envelhecimento (história, comportamento).....	89
3.2. Intervenção do Assistente Social.....	91
3.2.1. O Papel profissional do Assistente Social na gerontologia.....	91
3.2.2. Formação académica do Assistente Social no suicídio.....	96
3.3. Encaminhamento.....	97
Parte II – Estudo Empírico.....	99
Capítulo - IV objetivos de investigação.....	99
4.1. Pertinência da investigação.....	99
4.2. Objetivos gerais e específicos.....	100
Capítulo V - Metodologia.....	102
5.1. Desenho da Investigação.....	102
5.2. Participantes.....	102
5.3. Técnicas de recolha de dados.....	102
5.4. Procedimento.....	102
Capítulo VI – Resultados.....	104
Capítulo VII – Discussão.....	112
Capítulo VIII – Conclusão.....	118
Referências Bibliográficas.....	120
Apêndices.....	I
Apêndice 1 – Guião da entrevista.....	II
Apêndice 2 – Caracterização dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio sintomas/diagnóstico (s).....	XXV
Apêndice 3 – Caracterização da história psiquiátrica do sujeito.....	XXVI
Apêndice - 4 Caracterização da história Neurológica do sujeito.....	XXVII
Apêndice – 5 Caracterização dos fatores de personalidade do sujeito.....	XXVIII
Apêndice -6 Caracterização da história psicossocial do sujeito.....	XXIX
Apêndice – 7 Manifestações comportamentais do sujeito.....	XXX
Apêndice – 8 Caracterização da história familiar psiquiátrica.....	XXXI
Apêndice – 9 Especialização / Formação na área do suicídio.....	XXXII

Apêndice – 10 Intervenção do técnico/dirigente aquando de uma ideação/tentativa de suicídio do idoso XXXIII

Apêndice – 11 Encaminhamento do sujeito XXXIV

Apêndice – 12 Caracterização da história de doenças crónicas do sujeito..... XXXV

Introdução

Na literatura atual, diversas são as definições de envelhecimento. Consideramos o envelhecimento como “multidimensional, dinâmico e abordado pelo conceito de *ageing* para identificar as várias idades do ser humano. A velhice é inevitável e relacionada ao ciclo de vida, é um processo que engloba fatores pessoais, económicos, comportamentais, culturais, sociais e de género, em que por si só diferenciam o modo como se envelhece (Carvalho, 2012,p.3).

Todos os anos constatamos nas estatísticas que a população idosa está em fase de crescimento, explicada através do aumento da esperança média de vida. Este aumento acarreta, por inerência, a promoção de limitações físicas, psíquicas e sociais, mais evidentes ainda nas sociedades ocidentalizadas, mesmo estando a medicina e a ciência na generalidade em fase de grande expansão. Acredita-se que estes fatores se encontram associados ao comportamento suicidário nos idosos, bem como, a crise económica e a diminuição de poder de compra destes indivíduos, as doenças físicas e psicológicas, a frágil assistência familiar e social, a eminência da morte dos conhecidos e da sua própria morte, bem como a própria dinâmica das políticas sociais.

No que concerne ao suicídio, definido como “um fenómeno complexo, multifacetado, necessita de esforços de vários setores, unidos através de uma correcta metodologia de intervenção” (Sampaio, 2006,p.3) é hoje um problema atual que carece um estudo aprofundado no que diz respeito ao suicídio no idoso.

O aumento das taxas de suicídio em Portugal, para Saraiva (2014), revela-se um fenómeno, “que pelas suas características e envolvências (culturais e religiosas), sempre teve e terá associado algum grau de subdeclaração” (p.20).

Segundo Saraiva (2014), Portugal “enquadra-se num padrão ascendente apresentando o padrão etário de suicídio mais idoso de toda a Europa” (p.21).

As crises psicossociais, a presença de doença psiquiátrica, os fatores de stresse, a desesperança, a agressividade/impulsividade, são fatores que podem influenciar comportamentos de risco (Saraiva, 2014,29).

O suicídio, mais especificamente, no período do ciclo vital da senescência, tem vindo a ser considerado um problema de saúde pública. O seu estudo no âmbito das ciências sociais tem toda a pertinência, pois é a ciência que nos disponibiliza o conhecimento para uma intervenção pragmática mais eficaz e eficiente. Contudo, o conhecimento relativo ao suicídio

no idoso, quer nacional quer internacionalmente, ainda carece de estudos mais diversificados e aprofundados para que se possa atuar de forma mais eficaz e imediata.

A intenção suicida “refere-se ao grau de intenção aparente de morte associada a uma tentativa de suicídio” (p.55).

Estes conhecimentos construídos na licenciatura revelam-se insuficientes para um melhor conhecimento da temática e para intervenções mais eficazes na população.

As limitações na disciplina de Gerontologia são sentidas no decorrer das unidades curriculares devido às escassas informações sobre a morte/suicídio. A disciplina de Gerontologia, em si, carece de mais divulgação bem como o papel do Gerontólogo na sociedade. Os planos curriculares deveriam ter disciplinas específicas para este tipo de problemática bem como divulgação junto dos Assistentes Sociais e técnicos que lidam diretamente com os idosos.

Grande parte dos técnicos que trabalham com esta população carecem de formação/especialização, mas estas são demasiado pesadas e monetariamente dispendiosos.

São também escassos os estudos de intervenção de suicídio no idoso, e a estatística disponível sofre de atualizações mais recentes.

As equipas técnicas recorrem fundamentalmente às urgências como resposta imediata, no entanto existem Planos de prevenção de suicídio, linhas SOS e organizações.

É fundamental e urgente reavaliar esta realidade para que resultados positivos se possam sentir numa intervenção. A escassez de estudos no terreno, dados estatísticos atualizados e a falta de formação dos profissionais não nos permitiu um trabalho mais eficaz conforme desejado a fim de sensibilizar para os sinais de alerta, quer a nível da história psicossocial, quer da saúde física e psicológica, familiar e psiquiátrica, quer comportamental para apoiar os assistentes operacionais e técnicos que trabalham na área.

A problemática desta tese centra-se no suicídio no idoso, mais concretamente na caracterização psicoemocional, psicossocial e comportamental do idoso que idealizou/tentou o suicídio, assim como, no conhecimento do papel de intervenção e na formação do Assistente social/Dirigente institucional.

A nível da gerontologia pretendemos com esta dissertação colaborar com um novo estudo que seja potenciador de conhecimento não somente junto da comunidade académica como também dos técnicos/auxiliares que desenvolvem as suas intervenções diárias com estes indivíduos.

A dissertação divide-se em duas grandes partes.

Na primeira parte (parte I), no capítulo I, apresenta-se a revisão da literatura, ou seja, a exploração teórica da problemática em estudo, mais concretamente, o conceito de gerontologia e gerontólogo, as respostas sociais e o papel do Assistente Social no envelhecimento.

No capítulo II, aborda-se o suicídio, a finitude (morte) e a temporalidade, a doença mental e as demências, a definição de suicídio e a identificação dos seus fatores predisponentes.

No capítulo III, aborda-se o suicídio no envelhecimento, os indicadores do suicídio no envelhecimento, a intervenção do Assistente social, o papel profissional do Assistente Social na gerontologia, a formação académica do Assistente Social no suicídio e o encaminhamento.

Na segunda parte (parte II), apresenta-se o estudo empírico sendo que, no capítulo IV, aborda-se a pertinência da investigação e os objetivos da investigação, gerais e específicos.

No capítulo V, apresenta-se a metodologia, o desenho da investigação, os participantes as técnicas de recolha de dados e os procedimentos.

No capítulo VI, apresenta-se os resultados.

No capítulo VII, apresenta-se a discussão dos resultados.

A investigação finaliza com a conclusão, com as referências, com os apêndices e os anexos.

Parte I – Revisão da literatura

Capítulo I – Envelhecimento

“Tenhamos a coragem da ternura, para pensar a gerontologia como tempo espaço de “mimar”, a quem pensamos que fica pouco mais...”
(in Pereira, 2012)

1.1. Definição de conceito Gerontologia e Gerontólogo

Atualmente a sociedade depara-se com múltiplos desafios devido ao aumento da longevidade e do envelhecimento populacional.

Segundo Leme (2000), os problemas do envelhecimento e a respetiva incapacidade funcional têm merecido grande destaque e preocupação em toda a história do homem (p.13). Neste contexto, e tendo em conta que a gerontologia é uma preocupação académica recente, torna-se imperioso o estudo de perfis e padrões de envelhecimento populacional, em toda a sua dimensão social, política e antropológica.

Leme (2000) menciona que a expectativa de vida humana nas sociedades antigas era extremamente reduzida em relação à atualidade, em razão dos problemas de saúde pública, de doenças, epidemias e da violência, sendo raro que as pessoas sobrevivam até à senilidade.

A capacidade física, nas sociedades mais primitivas, estaria ligada à valorização pessoal, sendo que, os homens mais vigorosos, mesmo na senilidade, parecem ter tido mais consideração social em relação aos que apresentavam fraquezas e mazelas peculiares do envelhecimento (Leme,2000,p.13). No âmbito social, quanto maior a disponibilidade de recursos materiais, numa determinada sociedade, maior a possibilidade de uma boa posição social da faixa idosa da população. A valorização do conhecimento e da experiência dos idosos parece ter variado na dependência direta de conhecimento e cultura e da disponibilidade de meios alternativos de transmissão dos mesmos (p.13).

Também os aspetos religiosos e filosóficos possuíram um papel importante na valorização dos indivíduos idosos nas diferentes sociedades. A crença na vida pós-morte e a possibilidade da intervenção dos espíritos, de maneira direta ou indireta na vida diária das pessoas, certamente interferiram na atitude das sociedades primitivas para cada idoso (Leme,2000,p.13).

Leme (2000) menciona que, “o conceito de solidariedade humana e de apoio pessoal da sociedade e seus membros mais fracos, essencialmente em gerontologia, deve ser atribuído a uma evolução de conceitos de apoio em algumas sociedades primitivas, tendo evoluído de

maneira mais notável na tradição judaica, em que os mais pobres e necessitados entre os da própria nação, deveriam receber tratamento diferenciado, por preceitos típicos; e principalmente na tradição cristã que ao amor ao próximo, associa de maneira revolucionária o amor aos inimigos, inimaginável em qualquer sociedade primitiva” (p.13).

Este amor gratuito e radical dedicado a todas as pessoas sem distinção permitiu na cultura ocidental, com maior ou menor força nos últimos 20 séculos ser a base de todas as nossas instituições sociais e religiosas (p.14).

Guariento et al. (2011) mencionam que a gerontologia se determinou “a partir da associação entre velhice e doença inerente ao modelo biomédico aplicado ao envelhecimento” (p.117).

Foi através do pensamento de *Jean-Marie Charcot* (1867-1881) que surgiu a melhor expressão da emergência da gerontologia como ciência, dividindo as doenças da velhice em “três categorias: as que derivam de mudanças fisiológicas gerais; as que existiam em estágios precedentes, mas que apresentavam características e perigos especiais na velhice; as doenças às quais os idosos parecem ser imunes” (p.117).

O principal objetivo da gerontologia centra-se na observação dos “processos fisiológicos do envelhecimento e nas possibilidades de prolongamento da vida por meio de intervenções médicas” (p.117).

Segundo *Guariento et al.* (2011), o “termo gerontologia foi usado pela primeira vez por *Elie Metchnikoff*, que o compôs com base no grego, em que *geron* significa, homem velho, e *logos*, estudo” (p.117).

Por sua vez, *Metchnikoff* (1908), cientista russo, afirmava que a velhice “é uma doença infecciosa crônica caracterizada por degeneração ou por enfraquecimento de elementos nobres e pela atividade excessiva dos macrófagos”, estes processos causariam distúrbio “no equilíbrio das células que compõem o organismo e dariam origem a uma luta interna que conduziria ao envelhecimento” (p.117).

Nos EUA, em 1928, surgiram os primeiros grupos de pesquisa na Universidade de Stanford, sobre aprendizagem, memória e tempo reação, no envelhecimento confirmando assim os “dados psicométricos coletados durante a Primeira Guerra Mundial” (p.118).

Em 1946, surgem a *Gerontological Society of America*, a *American Geriatric Society* e a *Division of Naturity and Old Age da American Psychological Association*, “em parte como um sinal do aumento do interesse sistemático da ciência pela velhice” (Leme, 2002,p.118).

Segundo os autores citados, entre 1969 e 1979, intensificou-se a pesquisa na área da gerontologia em 270%. “O reconhecimento e o controlo dos *deficits* cognitivas que acompanham os vários tipos de demência na velhice são considerados desafios importantes a ser enfrentados pelas ciências comportamentais, pelos prejuízos que causam no bem-estar dos idosos e nas suas famílias e pelos elevados custos para os sistemas públicos e privados de saúde” (2011,p.118).

A *International Association of Gerontology* (IAG) surgiu durante o Primeiro Congresso Mundial de Gerontologia, em 1950 em Liège (Bélgica) que “congregava as sociedades científicas dedicadas ao estudo do envelhecimento” (p118). Foi na Argentina, primeiro país sul-americano a fundar uma sociedade de geriatria e o primeiro a mandar delegados ao segundo congresso mundial realizado em Hamburgo, Alemanha (p.118).

A título de exemplo, em 1977 a IAG, foi reconhecida como órgão consultor pela Organização das Nações Unidas (ONU). Em 1981, a ONU realizou a Primeira Assembleia Mundial do Envelhecimento. Em Viena, no ano de 1999, comemorou-se o Ano Internacional da Pessoa Idosa patrocinado pela ONU e pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Em 2002, em Madrid, decorreu a Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento e em 2005 o Brasil sediou o 18º Congresso Mundial de Gerontologia.

Segundo *Guariento et al.* (2011), o processo de internacionalização da gerontologia promovido pelos países pioneiros nos estudos gerontológicos contribuiu para a emergência do interesse pela velhice no Brasil, antes que o envelhecimento da população começasse a criar demandas por políticas, serviços e informação no âmbito científico e tecnológico e muito antes que a velhice se configurasse como uma questão social, académica e profissional.

No que concerne à gerontologia como campo científico, inúmeros estudiosos debatem a questão da legitimidade da gerontologia como disciplina, autónoma colocando duas linhas de pensamento, uma que propõe a gerontologia como subespecialidade e outra como um campo interdisciplinar fundamentada num corpo teórico e metodológico.

A gerontologia foi assim evoluindo como um projeto multidisciplinar em distintos contextos teóricos e práticos. Ferraro (2007 *cit in Guariento et al.*,2011), “defende que a interdisciplinaridade é um ideal a ser atingido pela gerontologia, porém destaca as dificuldades em se estabelecer uma linguagem única, na perspectiva gerontológica” (Ferraro,2007 *cit in Guariento et al.*,2011), p.119).

Verifica-se um crescimento da gerontologia como disciplina, contudo esse crescimento “tem sido limitado pela ausência de elementos críticos, tais como, teorias

integradas, metodologias apropriadas e um foco comum de pesquisa”, assim, a compreensão das demandas da velhice visa a “superação da fragmentação do conhecimento e a construção de modelos holísticos, de modo que a gerontologia não se limite a ser incorporação de saberes, mas se desenvolva por meio de um processo de criação contínua de novas estruturas conceituais e operacionais” (p.119).

Segundo Paúl e Ribeiro (2012), recorrendo aos dados do último censo português (INE, 2011), o número de pessoas com mais de 65 anos (19,1% da população) tende a crescer, aumentando assim a esperança, média de vida para os 79,2 anos.

A este propósito têm-se intensificado estudos na área da gerontologia. Para os especialistas em gerontologia, o envelhecimento é um processo que ocorre ao longo do tempo, sendo fundamental estudar o modo como os indivíduos crescem e envelhecem (aspectos biológicos, psicológicos e sociais) (Paúl & Ribeiro, 2012).

Para os autores supra citados, a gerontologia foi-se construindo ao longo do século XX, como uma ciência nova. A gerontologia enquanto campo do saber tem como objetivo o estudo integrado da pessoa idosa, as suas circunstâncias e representações humanas e antropológicas. Enquanto área do saber, a gerontologia é reconhecida, de um modo indiscutível, pelo interesse e pela atratividade pelo envelhecimento humano sendo identificada como “área de futuro” (Paúl & Ribeiro, 2012).

A gerontologia procura explicar o modo como as diferenças interindividuais de base se amplificam no envelhecimento, analisar os percursos diferenciados e os mecanismos adaptativos que conduzem à heterogeneidade e ao mesmo tempo, identificar processos universais associados à senescência e suas respetivas consequências” (Paúl & Ribeiro, 2012).

Os diferentes contextos tais como, sociopolíticos, económicos, médicos e financeiros revelam-se fundamentais no processo de envelhecimento. No que concerne à vertente interventiva, a gerontologia “trata também de promover a melhoria das condições de vida das pessoas em contextos institucionais e comunitários, de participar de modo direto e indireto, no desenho e planificação de políticas e serviços adaptados às circunstâncias individuais e geracionais das pessoas que envelhecem” (Paúl & Ribeiro, 2012).

Em Portugal, segundo Paúl (2012), a gerontologia enquanto área específica do saber tem contribuído para o estudo e na formação no envelhecimento humano.

A gerontologia é uma área científica que se dedica ao estudo do envelhecimento humano correspondendo a uma visão integrada do envelhecimento que reúne os contributos

de várias áreas científicas, tais como, Biologia, Psicologia e a Sociologia e cria abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl, 2012)

Como ciência recente, a gerontologia “é rica em dados e pobre em teorias, sendo esta uma necessidade para o desenvolvimento. A preocupação centrada no desenvolvimento teórico torna-se presente por formar a organizar e dar sentido à multiplicidade de dados empíricos e fundamentar a intervenção e a mudança social” (p.12).

As teorias na área da gerontologia, para Paúl (2012), servem para explicar e sistematizar o fenómeno que observamos e levantar hipóteses ou fundamentar intervenções, daí o seu carácter essencial para um desenvolvimento científico.

Em Portugal, na década de 80, existiram mudanças relativas aos processos de institucionalização dos idosos. As pessoas faziam entradas precoces para as instituições com um sentido preventivo, construindo um provável curso de envelhecimento mais ativo (Paúl,1996, *cit in* Paúl, 2002).

No que concerne à designação do conceito gerontólogo como atividade profissional diferenciada, Pereira e Pimentel (2012) referem que a formação inicial deve ser capaz de promover a atividade cognitiva, desenvolver a “capacidade de resolução de problemas de modo flexível e criativo” e a formação dos gerontólogos tem implícito a aquisição e desenvolvimento de valores morais e sociais e adquirir conhecimentos teóricos e práticos (p.32). A formação dos gerontólogos iniciou-se nas escolas de saúde, com 180 créditos curriculares, com componentes teóricos e práticos. É da responsabilidade dos professores o ensino prático. A formação é diferenciada, estabelecida por equipas multidisciplinares, decorre em “diferentes contextos da atividade profissional dos gerontólogos, institucionalizados e não institucionalizados. A formação tem como finalidade construir um conjunto coerente nos conhecimentos cognitivos, afetivo e psicossocial (p.33).

Na prática, os alunos que estão inseridos numa equipa com contato direto com o idoso, “têm oportunidade de planear, executar e avaliar cuidados globais de saúde” aos mesmos (Pereira e Pimentel 2012, p.33). É deveras importante visto que o quotidiano profissional dos gerontólogos é constituído por problemas que necessitam de resposta em tempo favorável e originam consequências práticas; “de problemas complexos que exigem abordagens multidisciplinares” e de problemas coletivos, pois fazem parte do sistema social e com consequência da interação dos atores (p.33).

Em termos curriculares é composta por um “sistema de aprendizagem de conteúdos, habilidades e um agir que permita a interiorização de funções específicas, compatíveis com as condições que enquadram a atividade profissional na atualidade e no futuro” (p.33).

Ainda segundo os autores, importa referir o lugar dos gerontólogos no contexto das profissões existentes, quer isto dizer que, a formação em gerontologia tem como alicerce três componentes, ou seja, médica/cuidados e saúde; componentes básicas; e componente sociológica/organizacional, no âmbito da intervenção no “envelhecimento humano na perspectiva do ciclo de vida; avaliação integral do idoso (abordagem interdisciplinar; intervenção junto do idoso institucionalizado ou inserido na comunidade; intervenção com o idoso saudável, debilitado ou dependente” (p.34).

O gerontólogo analisa o envelhecimento humano como uma etapa no ciclo de vida das pessoas, favorece a continuidade dos fenómenos biológicos, sociológicos e culturais que contribuem na vida da pessoa, com uma história; “o gerontólogo fruto da sua formação interdisciplinar, prova a sua intervenção “numa avaliação integral da vida e das condições de vida do idoso mobilizando conhecimentos nas diferentes áreas científicas; o gerontólogo tem competência para trabalhar em contexto comunitário, junto da família, em instituições locais e instituições de saúde, e está também capacitado a intervir com idosos saudáveis ou com bom nível de autonomia, em que o objetivo “visa promover e maximizar as possibilidades de uma terceira e quarta idade de forma feliz e saudável”, assim a intervenção severa centra-se na comunidade e não nas situações de institucionalização (p.35).

No que concerne ao profissional gerontólogo em Portugal, Vara (2012), refere que é inédito no mercado de trabalho internacional sendo o mesmo pioneiro na formação dos gerontólogos, contudo não é consensual a sua integração no mercado em relação à sua pertinência e funções (p.66). O papel do gerontólogo centra-se sobretudo na integração do idoso na comunidade e no seu domicílio a maior parte possível, contudo é imprescindível investir em políticas concentradas na prevenção do envelhecimento, “ensinado a sociedade a saber envelhecer, quebrando a barreira dos mitos e dos preconceitos ligados à velhice” (p.67).

Vara (2012) conclui que a profissão de gerontólogo e o seu futuro depende do seu conhecimento, método, dedicação, capacidade de execução e da sua gestão emocional (p.76).

1.2. Envelhecimento e Velhice - modelos/bem-estar subjetivo

A PORDATA¹ – base de dados Portugal Contemporâneo serviu para se iniciar o capítulo do envelhecimento. Numa breve análise verificou-se que em 1960 a população portuguesa tinha um total de 8.865 milhões de indivíduos passando para 10.358,1 milhões de indivíduos em 2015. Em 1960 4.245 milhões eram do sexo masculino passando para 4.912,6 em 2015. Do sexo feminino, em 1960 eram 4.620 milhões passando para 5.445,5 milhões em 2015.

No que concerne ao índice de envelhecimento em 1961, segundo dados da PORDATA (2016) era de 27,5 passando para 143,9 em 2015.

Num estudo elaborado pela Rede Social de Lisboa, disponível no II Diagnóstico Social de Lisboa 2015-2016, é mencionado que a desertificação é consequência para o aumento do envelhecimento. No mesmo estudo consta que a “evolução do envelhecimento na cidade de Lisboa revela um aumento acentuado entre 1981 e 2011” (p.2). Dados revelam que em 2001 o número de indivíduos muito idosos (75 ou mais anos) era de 10,3% e passou para 12,5% em 2011, confirmando assim um aumento intenso dos indivíduos muito idosos, sendo que indivíduos com idades compreendidas entre os 80-89 anos representavam perto de 30% (p.2).

Segundo Rosa (2013), comparativamente aos países da União Europeia (UE) Portugal é um país médio no que toca à população idosa, representando 2% da população da UE27. A mesma refere que o envelhecimento da população é uma “tendência de dimensão mundial” sendo que é na Europa que se localiza a maior percentagem de população envelhecida do mundo (p.20). Portugal é considerado um dos países mais envelhecidos entre as nações europeias não só pelo facto de estar a envelhecer, mas pela rapidez com que este facto se verifica (p.20). No que concerne ao género, verifica-se um aumento de mulheres no grupo etário dos 80 aos 89 anos “o que traduz a tendência de feminização do envelhecimento na cidade de Lisboa: 27,3% das mulheres tinham 65 ou mais anos em 2011”. Em relação ao sexo masculino, em 2011 existiam cerca de 85 homens (84,6) por cada 100 mulheres e no grupo etário 65 ou mais anos, existiam 60 homens para cada 100 mulheres (p.2).

Segundo Papaléo Netto e Ponte (2000) foi no século XX que se deu a explosão de medidas protetoras que tinham como objetivo atrasar a morte (p.3). Para os autores, nas

¹ Base de dados de Portugal

populações onde não existem estas medidas ou se existem são precárias, os indivíduos estão mais expostos a risco e a morte estará “sempre presente em qualquer período da vida” (p.3).

Nos países desenvolvidos, esperança a média de vida é de aproximadamente 77 anos, sendo de 67 anos nos países em desenvolvimento (Papaléo Netto & Ponte, 2000). Em 1900 menos de 1% da população tinha 65 anos de idade, enquanto que hoje atinge 6,2% e em 2050 prevê-se que os idosos serão um quinto da população mundial (p.5). Os autores apelam para a necessidade de se ter uma visão global do envelhecimento enquanto processo e dos idosos enquanto indivíduos, e que o envelhecimento é caracterizado pela “incapacidade de manter o equilíbrio homeostático sob condições de sobrecarga funcional”, (p.6) causando “maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos, que terminam por levar o idoso à morte” (Papaléo Netto & Ponte, 2000,p.6).

Segundo Silva (2005), para se compreender a velhice é fundamental percorrer profundamente toda a idade adulta. Quer isto dizer que é necessário conhecer a vida profissional, a construção e dinâmica familiar e o lugar do indivíduo na comunidade adulta. O mesmo autor, baseando-se em *Menninger* (1999), refere que “o processo de envelhecimento, ao longo da velhice traz ele próprio desafios adaptativos que lhe são peculiares” (p.143). Os gerontólogos, segundo Silva (2005) frisam que a velhice “vive-se primeiro que tudo no corpo”, o indivíduo pode não estar atento aos sinais, e ao confrontar-se com a realidade tende a reagir (p.143). As mudanças verificam-se sobretudo pelos cabelos esbranquiçados, “a pele com menos elasticidade e mais seca, rugas, tendência a formar manchas, deterioração da capacidade visual e auditiva, maior lentidão dos reflexos, menos capacidade respiratória, dificuldades de equilíbrio e menos resistência, maior cansaço a esforços físicos intensos e/ou continuados, recuperação física mais lenta, lentificação de movimentos e menos eficácia do sistema imunitário a proteger o corpo de infeções” (Silva,2005,p.143). Nas mulheres, verifica-se “a perda da capacidade reprodutora sob a forma da menopausa, indicador major da idade biológica” (p.143).

O envelhecimento pode categorizar-se em três pontos de vista, envelhecimento normal (sem patologia biológica e mental), envelhecimento patológico (evidência clara de patologia mental e/ou física, como, por exemplo, a demência tipo Alzheimer) e o envelhecimento ótimo, ou seja, bem-sucedido (com circunstâncias propícias ao desenvolvimento positivo) (Silva, 2005, p.146).

Para Saldanha (2009) desde sempre o homem procurou descobrir o “elixir da longa vida” e a “eterna juventude”. A partir do século XX, tornou-se possível viver para além dos

90 anos para muitos dos cidadãos graças aos avanços da medicina, às melhorias das condições económicas à aquisição de alimentos, ao desenvolvimento de técnicas industriais a avanços da ciência, ao controlo das doenças infecciosas que contribuiram para o aumento do tempo de vida e da eterna juventude, contudo outros fatores tais como o ambiente, as condições familiares, sociais e políticos são necessários para garantir/segurar a qualidade de vida (p.3).

Segundo Queirós (2011), a grande conquista do século XXI é “o aceleramento da expectativa de vida da humanidade”, acompanhado de um grande desafio: “a garantia de qualidade de vida” (p.64), contudo esse desafio torna-se difícil em “sociedades menos desenvolvidas que enfrentam significativas mudanças sociais, culturais, económicas e políticas”, levando a ONU a preconizar a necessidade da promoção do envelhecimento saudável (2010,64). A mesma autora sugere como forma de promoção da saúde, a “necessidade de actividades socioculturais que ao lado das actividades de promoção de saúde” contribuam para acrescentar qualidade de vida aos anos da velhice” (p. 65).

Segundo Carvalho (2012) o processo de envelhecimento pode ser explicado a partir dos pontos de vista demográfico, das idades cronológica, fisiológica, biológica, psicológica e da idade cultural e social. O envelhecimento demográfico “assenta na teoria da transição demográfica, ou seja, na passagem de um modelo demográfico em que a mortalidade e fecundidade assumiam valores elevados em que ambos os movimentos assumem níveis baixos” (Camilo, 2007, *cit in* Carvalho 2012), este envelhecimento diz respeito ao aumento de números de pessoas idosas com 65 ou mais anos. A idade cronológica diz respeito à forma de organizar os acontecimentos da vida em relação à idade como, por exemplo, infância, juventude, idade adulta, idade da velhice. A idade cronológica no envelhecimento diz respeito à entrada na velhice. Seguindo a linha de pensamento da autora, a idade cronológica acolhe para “organizar socialmente o ciclo de vida na velhice e para dar sentido aos acontecimentos que vão surgindo nessa fase da vida (p.3).

Para Rosa (2012) em 1980, comparativamente à maioria dos países da UE 27, Portugal apresentava a população menos envelhecida do espaço europeu (p.19). Segundo a autora no envelhecimento, ou seja, envelhecimento individual distinguem-se duas situações: envelhecimento cronológico e envelhecimento biopsicológico. O envelhecimento cronológico refere-se à idade “é um processo universal, progressivo, inevitável”. O envelhecimento começa logo ao nascermos. O envelhecimento biopsicológico depende de pessoa para pessoa em função da sua vivência passada, estilo de vida, hábitos, género e condição genética entre outros fatores biopsicossociais.

Para a autora este tipo de envelhecimento tem duas visões associadas a negativa e a positiva. A negativa associa-se à morte, como fase última da vida humana, deterioração física, desalento, frustração, infelicidade, isolamento, solidão social, reforma e afastamento de amigos. A visão positiva prende-se com o privilégio de chegar à idade mais avançada, de ser uma fase em que se podem concretizar sonhos irrealizáveis quando se é ativo (p.21).

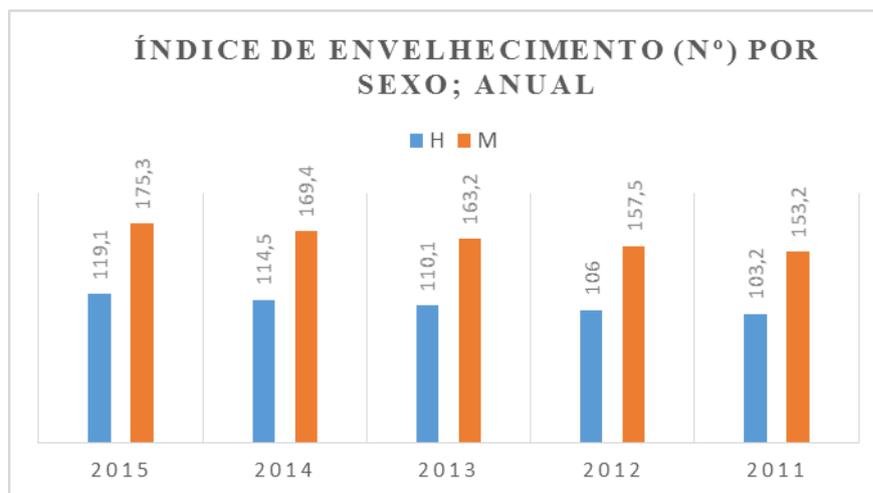
O envelhecimento, segundo Carvalho (2012), é multidimensional, dinâmico e abordado pelo conceito de *ageing* para identificar as várias idades do ser humano. A velhice é inevitável e relacionada ao ciclo de vida, é um processo que engloba fatores pessoais, económicos, comportamentais, culturais, sociais e de género, em que por si só diferenciam o modo como se envelhece (p.3).

Nas idades fisiológica e biológica, o envelhecimento diz respeito ao desenvolvimento e morte dos organismos vivos, é um processo entendido em ligação “com teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e o aparecimento de perturbações de saúde contribuindo para a diminuição da probabilidade de sobrevivência à medida que a idade avança (Silva, 2006, *cit in* Carvalho, 2012).

Segundo a autora, estima-se que em 2030 a população com mais de 65 anos crescerá significativamente. Este facto deve-se “à chegada da geração do “*baby boom*” à idade da velhice. Assim, uma em cada cinco pessoas terá 65 ou mais anos” (Silva, 2006, *cit in* Carvalho, 2012,p.39).

Verifica-se através dos dados do INE (2011) que a população mais envelhecida se encontra em Itália (18,2%), na Dinamarca (17,5%), na Suécia (17,2%), e em Espanha (17,1%). Na população portuguesa, há um envelhecimento semelhante aos restantes países da UE. A esperança média dos portugueses aumentou desde a década de 70 até à atualidade e o número de nascimentos diminuiu.

Destaca-se a predominância do sexo feminino sobre o masculino, (ver quadro 1).



Quadro 1: Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente

As regiões do Centro, do Alentejo e Algarve apresentam valores elevados de população idosa nas mulheres o índice de envelhecimento e dependência é maior do que os homens (p.41).

Projeta-se em 2050 um aumento dos valores de 16,7% para 31,8%, e um aumento ligeiro na esperança média de vida.

Segundo Ribeiro e Paúl (2011) um envelhecimento “bem-sucedido” ou ativo não depende dos fatores como a sorte ou genética. O envelhecimento é individual. Fatores como a saúde, os padrões comportamentais e os afetos, amizades, os contextos de vida, o tempo socioeconómico e histórico que vivenciamos, influenciam os “resultados dos percursos individuais, num balanço constante entre os fatores da pessoa e do meio, mediador por significados e valores” (p.1).

A OMS lançou em 2002 um novo conceito de Envelhecimento Activo que emerge na linha do envelhecimento saudável enaltecido. O objetivo pretende abranger outras áreas para além da saúde, como aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais integrados num modelo multidimensional explicativo do envelhecimento (p.1).

Este novo paradigma, segundo os autores, veio engrandecer a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, com manutenção da autonomia física, psicológica e social, integrando os idosos na sociedade segura. No activo, segundo os autores denomina uma participação nas várias questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não apenas na capacidade de estar fisicamente activo, e enfatiza “a importância de as pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do seu bem-estar, sobretudo da sua qualidade de vida” (p.2).

Para os mesmos autores, o envelhecimento activo é contextualizado numa perspetiva de curso de vida, “em que envelhecer não se inicia algures num ponto específico”, mas diz respeito a um processo que se estende ao longo da vida materializando-se em resultados heterogêneos e idiossincráticos (p.2).

A OMS definiu em 2011 um modelo de envelhecimento activo com diversos fatores “de ordem pessoal (fatores biológicos, genéticos e psicológicos), comportamentais (estilos de vida saudável e participação activa no cuidado da própria saúde), económicas (rendimentos, proteção social, oportunidade de trabalho digno), meio físico (acessibilidade a serviços de transporte, moradias e vizinhança seguras e apropriadas, água limpa, ar puro e alimentos seguros), sociais (apoio social, educação e alfabetização, prevenção de violência e abuso), e por último os serviços sociais e de saúde” de que as pessoas beneficiam (orientados para a promoção de saúde e prevenção de doenças, acessíveis e de qualidade) ” (p.2).

Também, a ONU desenvolveu em 2011 o conceito de envelhecimento ativo definindo-o como o “processo de otimização de oportunidades de bem-estar físico, mental e social através do curso de vida, de forma a aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida na velhice” (p.64).

Ribeiro e Paúl (2011) mencionam conceitos chave para o novo paradigma e o modo como dependem, não só de variáveis biologicamente determinados mas também de processos de auto-regulação emocional e motivacional (p.3). Os conceitos mencionados pelos autores são a autonomia, o controlo individual sobre a vida e capacidade de decisão; a independência nas actividades básicas e instrumentais de vida diária; a capacidade de cuidar de si próprio; a manutenção do corpo; a competência de manipulação do mundo externo; a expectativa de vida saudável (tempo de vida que se pode esperar viver sem cuidados especiais) e a qualidade de vida (saúde física, o estado psicológico, nível de dependência, relações sociais, crenças pessoais, características do ambiente onde está inserido (p.3).

Os autores realçam a importância, na abordagem do envelhecimento activo dos direitos humanos das pessoas mais velhas e dos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização definida pela OMS (p.3). Defendem um “posicionamento que enfatiza e apoia a responsabilidade das pessoas mais velhas no exercício da sua participação nos vários aspetos que caracterizam o seu quotidiano”. Requer três pilares fundamentais: saúde, segurança e participação social. A saúde integra diagnósticos médicos, a segurança, abrange um vasto prenúncio de questões macro na questão do planeamento urbano e os lugares habitados, espaços privados e o clima social, a participação social na comunidade

centra-se nas relações estabelecidas com distintos subsistemas institucionais. A cultura e o género são claras referências como fatores “determinantes transversais e filtros” de toda a trajetória individual do envelhecimento e o caminho para o envelhecimento activo (p.4).

No que concerne ao género-envelhecimento activo reconhece-se que “tanto do ponto de vista fisiológico como do ponto de vista psicossocial os determinantes da saúde à medida que se envelhece, estão intrinsecamente associados não ao facto de se ser homem ou mulher, mas ao facto de se actuar enquanto tal nos vários contextos. (Ribeiro & Paúl,2011,p.5). Assim, os comportamentos determinam diferenças na esperança de vida e na mobilidade diferencial entre homens e mulheres, os homens vivem menos tempo, cerca de 6 anos na esperança de homens e mulheres, contudo, existe nos homens menos mobilidade e dependência ao longo da vida (p.5). Segundo os autores, as mulheres vivem mais anos “chegam a uma proporção de cinco para um nos centenários”, mas são na sua maioria mais doentes, dependentes, mais pobres e discriminadas (p.5). Em trajetórias semelhantes homens e mulheres vivem até à viuvez, “com diferentes estados de saúde, graus de funcionalidade e qualidade de vida” (p.5).

Segundo Dias e Rodrigues (2012), o envelhecimento tornou-se num campo multidisciplinar devido aos seus impactos estruturais. A Sociologia, Biologia, a Psicologia, são consideradas formas concetualizadas de explicar o envelhecimento e a velhice, contudo não são suficientes, pois são várias as causas e as mudanças provocadas pelo tempo no organismo humano (bioquímicas, sistémicas, intelectuais, afetivas, familiares, laborais) (p.179).

Para Dias e Rodrigues (2012), a evolução das terapias em torno do envelhecimento tem aumentado ao ponto de ser considerado “como uma espécie de idade de ouro”, contudo as orientações fundamentais neste campo advêm mais dos principais problemas e desafios pragmáticos do que propriamente da teoria (p.179).

Os mesmos autores referem que a demografia surge com um papel fundamental “no quadro das ciências sociais, no estudo dos movimentos da população”, permitindo uma sistematização de informação sincrónica e diacrónica. Em termos de análise, considera-se fundamentalmente quantitativa, contudo na abordagem mais recente “assume novas abordagens epistemológicas e teóricas, referindo os “contributos da interdisciplinaridade como princípio epistemológico” (p.179).

Palha (2014), refere que o processo de envelhecimento é influenciado pela cultura, pelo estrato social e pelo sexo. Segundo o mesmo, vivemos numa cultura narcisista, que tenta

esquecer a passagem do tempo que é inevitável. “Envelhecer torna visível o mais temível inimigo, a implacabilidade do tempo que toma a forma de algo a combater (p.214).

A cultura ocidental considera os idosos como um estorvo na família devido à sua incapacidade de os integrar.

Palha (2014), refere que são vários os tipos de estereótipos relacionados com o envelhecimento, como por exemplo, a associação entre envelhecimento, perturbação cognitiva e demência. Fatores como esquecimento/diminuição da memória, e ausência da capacidade para aprender são considerados normais nos idosos (p.214). A reforma surge como um “vazio impossível de preencher e a sensação de dependência e passividade que levam ao isolamento social têm um papel ameaçador para os idosos” (p.217). Problemas tais como, saúde, sofrimento, desinteresse e incapacidade a nível sexual para gerir a própria vida, começam a aparecer (p.217). Para fazer face ao problema, a OMS em 2002 desenvolveu o conceito do envelhecimento activo, integrando as dimensões psicológicas, socioeconómicas e ambientais com o objetivo de colmatar os momentos de tristeza que surgem em algumas etapas do final do ciclo de vida de trabalho e social para que não originem tristeza patológica que irá cristalizar na depressão.

O relatório do Fundo da População das Nações Unidas (UNFPA,2012) demonstra que na Europa “47% dos homens e 24% das mulheres idosas” têm uma participação ativa. Revela ainda que os dados mostram que muitos idosos em todo o mundo enfrentam abuso, discriminação e violência.

Segundo *Guaravan* et al. (2001 *cit in* Palha, 2014) os idosos devem ser envolvidos no desenvolvimento, planeamento e avaliação dos seus serviços sociais e de saúde. Defendem o princípio de que um serviço de saúde adequado para pessoas idosas é um serviço de qualidade que abrange todos.

1.3. Políticas Sociais e respostas sociais (legislação)

No ponto seguinte, far-se-á uma nota introdutória ao Estado Providência, contextualizando com as políticas sociais. Seguidamente apresentar-se-ão as respostas sociais vigentes na atualidade na área dos idosos.

1.3.1. 1.3.1. Políticas Sociais

O Estado -Providência fundamenta na ideia da correspondência, até complementaridade, entre os imperativos do crescimento económico e as exigências de equidade social (Rosanvallon, 1991).

Em 1992, Boaventura de Sousa Santos, explica que o Estado Providência resulta do compromisso entre “o Estado, o capital e o trabalho, nos termos do qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros (apenas a curto prazo) e os trabalhadores a parte das suas reivindicações. Esta dupla renúncia é gerida pelo Estado, que transforma o excedente libertado, ou seja, os recursos financeiros que lhe advêm da tributação do capital privado e dos rendimentos salariais, em capital social.”

Após a periodização que Boaventura de Sousa Santos (1992), explicitamente adopta ao período de capitalismo liberal sucede-se o designado capitalismo que atinge o seu pleno desenvolvimento no período entre as guerras e nas primeiras décadas depois da II Guerra Mundial, e no qual se desenvolveu o estado-providência. O mesmo designa o estado-providência como a forma política dominante nos países centrais na fase de ‘capitalismo organizado’ e parte integrante do modo de regulação fordista, fundamentando-se em quatro elementos estruturais ou seja, um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do estado, com o objectivo fundamental de compatibilizar capitalismo com democracia; uma relação constante, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimentos e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos da benevolência estatal.

Em 25 de Abril de 1974 dá-se o marco na evolução das políticas sociais. A organização da protecção social em Portugal caracterizava-se por dois grandes grupos de pessoas, ou seja, os integrados no mercado de trabalho e os que não estavam no mercado de trabalho para as pessoas integradas no mercado de trabalho, “no âmbito da lei 2115 de 18 de Junho de 1962, foram desenvolvidos esquemas de seguros, que eram garantidos através das “Caixas Sindicais de Previdência” para os trabalhadores por conta de outrem dos “Caixa de Reforma ou de Previdência”, para os trabalhadores que não dependiam de entidades patronais – as Instituições para os funcionários públicos e as “Associações de Socorro Mútuos”. Para as pessoas que dependiam da “caridade” por não integrarem o mercado de trabalho, foram desenvolvidas como resposta, as misericórdias, no apoio a pessoas desempregadas, carenciadas ou pobres. (Joaquim:2007).

Segundo Joaquim (2007), o campo das práticas sociais evidenciavam-se por ser bastante homogéneo, apesar de existir já um significativo e diversificado conjunto de

instituições que concretizavam as intenções do Estado de exercer um contato moralizador sobre as situações de pobreza e de exclusão.

O Estado-Providência em Portugal revela-se nas políticas sociais de protecção para certos segmentos da população, através da implementação de políticas de cariz económico com um papel interventivo nas lacunas apresentadas pelas regras do mercado (Mozzicafredo *cit in* Rodrigues, 1999).

No que concerne ao estado-providência e a política de velhice, Ronsavallon refere que o estado-providência centra-se no próprio movimento do Estado-nação moderno, revelando, uma extensão do Estado-protetor clássico. Seguidamente, o Estado-protetor define o Estado moderno como forma política específica. Portanto a existência do indivíduo como sujeito com direitos e a existência do Estado-protetor é assegurada através do contrato social, instituindo «um poder comum, apto a defender as pessoas do ataque dos estranhos e dos prejuízos que podem causar uns aos outros» (1999,p.19).

O Estado-protetor passa para o Estado-providência o que se traduz, ao nível das representações do Estado, num movimento em que a sociedade deixa de se pensar como um corpo e passa a ser organizada segundo as regras do mercado, surgindo depois uma reprovação em relação à economia política cristã.

De acordo com Rodrigues (1999), a assistência social não se define como uma política social, mas sim, como um conjunto de medidas concessivas das políticas sociais, ou seja, num sector que integra as políticas sociais nas várias áreas tais como a saúde, educação, habitação e em que as medidas e as actividades são corporizadas para encarar determinados problemas dirigidos para as necessidades sociais.

Para Rodrigues (1999) a política social define-se numa perspectiva empírica, ancorada nas características externas em que configura, a saber: pelos sectores em que se organiza, pelos problemas a que se dirige, pelos grupos sociais escolhidos, pelo tipo de bens e serviços proporcionados, pelo tipo de administração e instituições que se organiza, pelas finalidades específicas que enuncia e pelos direitos e garantias que assegura.

Na legislação da época, declara-se que antes de 25 de Abril de 1974, pertencia ao Estado ter uma ação fundamentalmente supletiva no campo da saúde e da assistência, podendo verificar na Lei 2120 de 19 de Julho de 1963, em que competia ao Estado:

- a) “Estabelecer planos gerais para as actividades de saúde e assistência;
- b) Orientar, coordenar e fiscalizar estas actividades;

- c) Organizar e manter os serviços que, pelo superior interesse nacional de que se revistam ou pela sua complexidade, não possam ser entregues à iniciativa privada
- d) Fomentar a criação de instituições particulares que se integrem nos princípios legais e ofereçam condições morais, financeiras e técnicas mínimas para a prossecução dos seus fins (...).

No que diz respeito à Política Social da velhice, António (2013), depreende como “o conjunto das intervenções públicas, ou acções colectivas, que estruturam, de forma explícita ou implícita, as relações entre a velhice e a sociedade”, que se constrói como estabilizador político-social e salvaguarda o indivíduo dos direitos sociais, em que o beneficiário é a população não produtiva, ou seja, o grupo homogéneo, “que num período de vida se apresenta com necessidades e problemas sociais comuns” (p.86).

Para Carvalho (2012), constroem-se “como um ramo da política social que favorece instrumentos de apoio essencial ao bem-estar dos indivíduos, modificando as consequências do mercado sobre a disponibilidade de recursos de velhice, providenciando bens e serviços essenciais à satisfação das necessidades das pessoas nessa condição” (p.11).

Para António (2012), nas medidas explícitas de política social da velhice, importa referir as transferências financeiras, ou seja, as pensões de velhice, de sobrevivência, de invalidez ou de viuvez, e como medidas implícitas a isenção das taxas moderadoras, a redução do custo dos medicamentos, e o, “dos exames complementares de diagnóstico realizado através de comparticipação às entidades privadas” bem como a criação do rendimento mínimo garantido e a política de subsídios de rendas de casa” (p.87).

De acordo com Osório (2007, *cit in* António, 2012), as políticas sociais dirigidas à população idosa atuam por dois tipos de carácter mais estrutural que são deliberadas pelo aumento da população com 65 e mais anos no total da população, no que diz respeito ao carácter mais político e ideológico intervém no modelo de abordagem centrado na definição das políticas sociais direccionadas à população idosa, se o modelo for ideológico, “instaura-se as políticas de exclusão assentes na institucionalização, na rigidez da reforma, nas políticas de rendimentos e subsistência, na sobreposição de intervenções com pouca integração” (p.87).

Ainda segundo o mesmo, a política social na pessoa idosa na vertente sócio histórica deve ser regida pelos princípios com carácter geral e normativo das Nações Unidas em 1991 revistas em 2001, tais como o princípio da independência (alimentação, habitação, saúde, rendimentos, trabalho e educação); o princípio da participação (bem-estar próprio); o

princípio de assistência e cuidados (acesso aos serviços sociais e jurídicos); os princípios da autorrealização (acesso aos recursos educativos, culturais, espirituais e recreativos da sociedade) e o princípio da dignidade (convívio satisfatório, segurança, ausência de maus-tratos físicos e mentais) (Osório, 2007 *cit in* António, 2012).

No que diz respeito a estratégias e medidas de políticas sociais para a população idosa estruturam-se em três grupos, medidas de promoção ao cuidado dos idosos (estruturas para prestar serviços à população idosa); medidas de promoção ao envelhecimento ativo (conjunto de estratégias para fomentar um papel ativo e intencional no seu próprio envelhecimento) e medidas de promoção de envelhecimento produtivo (participação mais ativa dos idosos na sociedade, continuação da prestação dos seus serviços, contribuindo para o desenvolvimento económico e social) (p.98).

Podemos considerar duas formas de caracterizar as respostas de cuidados aos idosos, como; informais e formais. Nos cuidados informais, surge a família como a primeira prestadora e as Instituições de Solidariedade Social como prestadora de cuidados formais.

A família surge como a primeira resposta na prestação de cuidados informais, atividades instrumentais, ou seja, surge como uma mais-valia na atividade de vida diária do idoso.

Apesar da vontade em querer manter o idoso no contexto em que reside, proporcionando assim uma maior autonomia e qualidade de vida, por vezes situações adversas obrigam-nos a recorrer às respostas sociais existentes.

Seguindo a linha de pensamento de Carvalho (2012), o cuidado remete para a ideia de “atenção e olhar ao outro” envolve a concretização de um processo de “prestar” como de “receber cuidados” (p.53).

A mesma autora refere que, o processo de cuidar prolongado, associado ao cuidado informal, prestado dentro do seio familiar, possibilita uma reciprocidade entre o dar e o receber, protecção, apoio e sentido de responsabilidade

O cuidado de um idoso implica uma determinada necessidade no desenvolvimento da socialização, prevenção, protecção dos riscos e promoção da autonomia e independência, realizado no seio familiar, maioritariamente realizado pelo membro feminino da família, de forma informal. (Carvalho, 2012).

Os cuidados prestados pelos familiares “têm características multiformes e desiguais ao longo do ciclo de vida” e apoiam-se em motivações múltiplas: a lógica das necessidades, da obrigatoriedade, do interesse, da reciprocidade e da complementaridade e do compromisso.

Para Finch e Mason (1993, *cit in* Carvalho, 2012), o suporte informal familiar contraria a ideia de que é “imposto” ou “fixo”. Este suporte informal é complexo e imprevisível, onde surgem fatores como a questão demográfica, as orientações do Estado, o trabalho longe dos familiares, sobretudo das mulheres e a (in) disponibilidade da família.

A prestação de suporte familiar aos seus idosos deriva do compromisso afetivo que se vai estabelecendo ao longo dos anos, baseando-se no amor, no afeto, e não como um dever ou obrigação.

Comparativamente, no que concerne a termos culturais, Portugal integra os idosos no seio familiar, como um “processo natural” recorrendo em caso de necessidade à rede de relacionamento.

Como anteriormente referido, o cuidado ao idoso geralmente é feito pelo elemento feminino, nomeadamente, o cônjuge, filha ou nora.

Carvalho (2012) alerta-nos para o facto de existirem dilemas no que concerne à comprovação da tipologia dos cuidados primário e secundários, pois são inexistentes bases de dados adequados que nos permitam analisar o tipo de cuidados prestados pelos familiares em Portugal, acresce também, uma vez que não são divulgados, o número de pessoas que cuidam dos seus familiares idosos.

A Segurança Social criou em 1994, o Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII), este programa surge como um “conjunto de medidas inovadoras que contribuem para a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas, prioritariamente no domicílio e no seu meio habitual de vida.

Tem como objetivo:

- a) “Promover a autonomia das pessoas idosas ou pessoas em situação de dependência, prioritariamente no seu meio habitual de vida
- b) estabelecer medidas que melhorem a mobilidade e acessibilidade a serviços;
- c) promover e apoiar a formação de prestadores de cuidados informais, de profissionais e outras pessoas da comunidade” (...).

Por sua vez, este objetivos contribuem para:

- a) “Solidariedade entre gerações;
- b) uma sociedade para todas as idades;
- c) o desenvolvimento de respostas inovadoras e integradas (saúde, ação social);
- d) a promoção de parcerias;
- e) a criação de postos de trabalho”

Com o passar do tempo, tempo esse dedicado no cuidado ao seu idoso, o cuidador informal não consegue conciliar a vida profissional e a responsabilidade da mulher em cuidar dos dependentes, traduz-se em sobrecarga de trabalho. Segundo Cravalho (2012) essa sobrecarga de trabalho feminina pode causar *stress* físico e psíquico tanto para quem cuida como para quem recebe os cuidados. Porém, cuidar de uma pessoa idosa dependente pode beneficiar a relação familiar, em particular se existirem contrapartidas financeiras, seja em trabalho pago ou heranças.

Pimentel e Silva (2012), referem que a estrutura familiar, vem sofrendo alterações, nomeadamente na década de sessenta do século XX, com a entrada da mulher no mercado de trabalho, induziram uma deslocação do espaço da solidariedade da família para as instituições prestadoras de serviços sociais.

Não havendo capacidade de resposta por parte da família, surge como complemento a disponibilização de respostas sociais alternativas: as Instituições de Solidariedade Social (IPSS).

Assim, “outrora instância privilegiada e quase exclusiva de prestação de cuidados, a família vê-se confrontada com dificuldades e impedimentos ao exercício dos seus papéis tradicionais o que implica, em grande parte dos casos, a institucionalização total ou parcial dos seus membros” (Pimentel e Silva, 2012, p.215-221).

O termo Instituição Particular de Solidariedade Social- IPSS, surge com a Constituição de 1976 (artigo nº 63). “ A realização em Lisboa, em 1969, do seminário “Políticos para a Terceira Idade” com a participação do francês Paul Paillat serviu de base para as futuras políticas sociais do estado para a terceira idade” (Jacob, 2012, p.133).

As IPSS regem-se em objetivos e valores. Os objetivos são concretizados através dos equipamentos e de serviços disponíveis para os mais carenciados, que se regem por princípios e valores que lhe imprimem carácter próprio. Assim, destacam-se cinco princípios tais como: princípio da solidariedade, da autonomia, identidade, da responsabilidade, e da subsidiariedade. (Bordalo e Cruz, 2010).

Para as autoras o princípio da solidariedade é o valor nuclear de existência das IPSS e a sua razão de ser. Assim, organizam-se de forma comprometida e responsável, mobilizam recursos para o cumprimento da sua missão e objetivos.

“A autonomia e a identidade advêm da sua própria natureza, da sua existência histórica, de visarem a prossecução do bem comum, a defesa e a consolidação dos direitos e deveres sociais, sem finalidades lucrativas”.

A par da existência, as IPSS devem ter a “capacidade de mobilizar recursos, de negociar parcerias, de gerir recursos que são finitos para responder a necessidades sem limites, cada vez mais complexos”.

O princípio da subsidiariedade é definido como “o fundamento para legitimar um quadro de direitos e de deveres e conferir legitimamente às Instituições do sector social solidário nas suas relações com o Estado central, Regional e local”. Quanto às IPSS, “fundamenta o direito de serem reconhecidas, apoiadas e financiadas e às famílias o direito de educar e de liberdade de escolha” (2012 p.12).

A realidade social está “cada vez mais complexa, a crescente exigência do poder central, quantas vezes mais inflexível e pouco próxima daquela realidade, a tendência para a municipalização das respostas sociais e a emergência do mercado, são desafios aos quais as IPSS não podem ficar alheadas” (2012, p.38).

A necessidade de sustentabilidade terá de obrigar as IPSS a uma gestão, estratégica e operacional, inovadora, eficiente e participada de todos os recursos disponíveis, sem perderem a sua missão e autonomia, fazendo valer e defendendo a sua identidade, num quadro de valores”

No que se refere à intervenção do Estado na área dos idosos nas respostas sociais, a legislação publicada em Portugal na área do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD) data de 1999 com a aprovação do Decreto-Lei nº 133-A/97, de 30 de Maio que reformulou o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social do âmbito da segurança social, e determinou, nos termos o artigo 46º, a criação de normas reguladoras das criações de implantação, localização, instalação e funcionamento dos estabelecimentos, nas suas diversas valências.

De forma a garantir a sustentabilidade das instituições e promover a coesão social, o Decreto-lei 99/2011 estabelece as condições de instalação e funcionamento do centro de noite. Esta resposta social funciona em equipamento de acolhimento noturno, em que os idosos durante o dia permanecem no seu domicílio.

Em Portugal, existem dois grandes grupos de apoio a idosos, que são: os apoios financeiros do Estado tais como: reformas, pensões, participações para medicamentos e os apoios ao nível de infraestruturas e serviços. Estes dois grupos podem dividir-se em duas áreas: os equipamentos de saúde e os equipamentos sociais.

Os equipamentos de saúde correspondem aos hospitais, centros de saúde, unidades de cuidados continuados e apoio domiciliário integrado.

Por sua vez os equipamentos sociais correspondem aos lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário centros de convívio. (Jacob, 2012).

1.4 O serviço ao domicílio, que segundo Jacob (2012) “são a prestação de serviços diversificados (alimentação, higiene, saúde, tratamento de roupa, outros) por parte de profissionais ou voluntários em casa do idoso” e as instituições “que é a prestação de serviços de acolhimento e/ou tratamento em instituições especializadas” em serviços permanentes (lares, hospitais e residências) e parcialmente (centros de dia, centros de convívio, universidades ou academias para terceira idade).

Geralmente as entidades são agrupadas em duas naturezas jurídicas, entidades lucrativas ou não lucrativas. “As entidades não lucrativas compreendem as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), outras entidades sem fins lucrativos (entidades equiparadas a IPSS e outras organizações particulares sem fins lucrativos), as Entidades Oficiais, que prosseguem fins de ação social, os Serviços Sociais de Empresas e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) as entidades particulares com fins lucrativos. (Carta Social, 2014,p.5).

No que concerne às respostas sociais a pessoas idosas “representam 54% do número total de respostas da Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES), o que reflete as necessidades de apoio à população idosa, cujo grupo etário tem aumentado de forma acentuada na população residente, sendo mais evidente no interior do país”. (2014, p.11).

A população está a envelhecer, “nos últimos anos, o peso da população com 65 ou mais anos tem-se intensificado por todo o território continental” (2014,p.35).

As respostas sociais são “ um conjunto de respostas de apoio social para pessoas idosas, que têm como objetivo promover a autonomia, a integração social e a saúde” (Segurança Social,2015).

A Direcção-Geral da Segurança Social, da Família e da Criança [DGSSFC] identificou em 2015, oito respostas sociais para idosos: centros de dia, centros de noite, serviços de apoio domiciliário, lar de idosos, centros de convívio, centros de férias e lazer, acolhimento familiar para pessoas idosas e residência.

1.5 Centros de dia resposta social que presta um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção no seu meio social e familiar, das pessoas com 65 e mais anos, que precisem dos serviços prestados pelo Centro de Dia.

1.6 Centros de noite resposta social que funciona em equipamentos de acolhimento noturno, dirigido a pessoas idosas com autonomia que, durante o dia permaneçam no seu

domicílio e que por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento durante a noite.

1.7 Serviço de Apoio Domiciliário resposta social que consiste na prestação de cuidados e serviços a famílias e ou pessoas que se encontrem no seu domicílio, em situações de dependência física ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e ou realização das atividades instrumentais da vida diária, nem disponham de apoio familiar para o efeito.

1.8 Lar de Idosos resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

1.9 Centro de convívio resposta social de apoio a atividades sociais e recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade.

Segundo Queiroz (2010), o centro de convívio oferece “inúmeras propostas de desenvolvimento sociocultural, participação comunitária, organização social e exercício da cidadania” (p.65).

A mesma autora, refere que inicialmente os centros de convívio foram pensados no sentido em que os idosos “tivessem a possibilidade de estabelecer novos vínculos de amizade, compartilhando dificuldades, angústias, expectativas, alegrias e descobertas”, no decorrer do tempo, surgiu o sentimento de “inclusão social bem como a “elevação da autoestima” (p.65).

Os equipamentos, são vistos como espaços de promoção de qualidade de vida em que os objectivos resumem-se a: “socialização ou ressocialização, respondendo ao interesse de confraternização, convívio, partilha e pertença; atualização de conhecimentos, pela ampliação do universo cultural; desenvolvimento de novos projetos de vida; integração de outras gerações, com o desenvolvimento de atividades intergeracionais que possibilitam troca de experiências e revisão de valores e conceitos” (p.66).

É pois, imprescindível a “intervenção de diferentes profissionais, que trabalhem de forma interdisciplinar em torno dos mesmos objetivos, de inclusão e valorização social dos idosos”.

1.10 Centro de férias e lazer resposta social a todas as faixas etárias da população e à família na sua globalidade para satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social dos seus utilizadores.

1.11 Acolhimento Familiar para Pessoas Idosas resposta social que consiste em integrar temporária ou permanentemente, em famílias consideradas idóneas, pessoas idosas quando por ausência ou falta de condições de familiares e/ou inexistência de respostas sociais, não possam permanecer no seu domicílio.

1.12 Residência resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamentos com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.

1.3.2. 1.3.2. O Papel do Assistente Social no envelhecimento (ética profissional)

A ética, segundo Fortaine (2000) é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta, ou seja, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um valor considerável na vida dos indivíduos e em que estes se influenciam a sua conduta (p.116). A ética é considerada por muitos especialistas como uma avaliação crítica e a reconstituição dos conjuntos de preceitos e de leis que regem os julgamentos, as ações, e as atitudes no contexto de uma teoria no domínio da moralidade (p.114).

A ética é estruturada a partir de normas que servem “de guia para distinguir os comportamentos humanos bons e maus e de um sistema de valores segundo o qual os efeitos destes comportamentos são também bons ou maus (p.114). É desenvolvida por preceitos e leis que procedente das normas e de um sistema de valores para orientar os julgamentos, as atitudes e os comportamentos das pessoas, dos grupos e das sociedades (p.114).

O código de ética nasce depois da Segunda Grande Guerra Mundial, por consequência das atrocidades cometidas em seres humanos durante o período de 1933 a 1945 em Nuremberga. Neste período foram realizadas experimentações imorais em prisioneiros de guerra, com o intuito de verificarem os limites da resistência humana, reações às drogas e às doenças, a esterilização, a eutanásia. Os prisioneiros não podiam recusar participar nas experimentações, a seleção era feita em função da raça ou de um grupo étnico. Muitas experimentações causavam mortes ou provocavam danos permanentes, no plano físico, mental e social (p.114).

Surge assim como resposta à violação dos direitos humanos e à evolução, da ciência e da tecnologia, os códigos de ética (p.114).

Não obstante, Forti (2010) refere que a moral é definida como um conjunto de normas, valores e padrões que “regem a conduta dos homens em sociedade, tem origem no momento em que o homem passa a integrar-se como membro de uma coletividade (p.95). Visto que, a

relação associativa tem como alicerce o trabalho para viabilizar a existência humana, a moral surge como meio de regulação das relações dos homens entre si e com a comunidade “presente ao longo da História, com várias formas nos diferentes modos da sociedade” (p.95).

Para Forti (2010), a moral é produção do homem concreto, ser real e histórico constitui-se numa forma de regulação das relações dos indivíduos numa dada sociedade (p.95). Como exemplo a autora menciona que a sociedade capitalista assenta-se na pressuposição da sua origem como resultado de um processo que teve “como ponto de partida, e argumento a existência de indivíduos ontologicamente isolados”, em compensação a “sociedade burguesa, a moral tornou-se um mecanismo que se suporta em parâmetros individuais e cuja função social é a manutenção da ordem, quer isto dizer que, a “legitimação da ordem social instituída, mediante valores adequados aos interesses daqueles que detêm o poder” (p.95).

Segundo Lukács, (*cit in* Forti 2010), “a ética tem a função social de propiciar conexão das necessidades postas pela generalidade humana em desenvolvimento com a superação do autogonismo género/particular” (p.96).

Forti (2010) refere também que a “importância da ética como disciplina voltada para o comportamento moral dos homens em sociedade, voltado ao estudo, à reflexão, à crítica, à investigação sobre os valores sobre as normas, e portanto, as formas morais que moldam e regulam as relações sociais entre os indivíduos e a sociedade” (p.96).

É através de indagações, de questionamento e de reflexões no campo do comportamento moral que surge e estabelece a ética (p.96). No âmbito da ética profissional, considera Forti (2010) “como uma forma particular de materialização de expresso da vida moral em sociedade”, onde os estudos estão centrados para a reflexão/investigação “acerca dos nexos entre os profissionais e as diferentes esferas da vida em sociedade” (p.98).

Em relação ao Serviço Social, como sendo uma profissão vinculada ao trato das múltiplas expressões da “questão social”, Forti (2010) destaca “que a profissionalização na área não é mera consequência da qualificação, por meio da ampliação de conhecimentos teóricos, de ações que, mediante a filantropia e o assistencialismo voltavam-se para a “questão social” (p.98).

Capítulo II – Suicídio

2.1. A Finitude (morte) e a temporalidade

“Se passarmos as nossas curtas vidas sob a influência do desejo e do ódio, e se aumentarmos as ilusões em nome dessas curtas vidas, os prejuízos que causaremos a longo prazo, destruirão as nossas esperanças de atingir a felicidade última”. Dalai Lama

Segundo Papalia e Feldman (2013), a morte é um fato biológico apresentando aspectos sociais, culturais, históricos, religiosos, legais, psicológicos, clínicos, étnicos e de desenvolvimento, estando interligados intimamente (p.636).

O sentido da existência e a questão da finitude são temas que, ao longo dos tempos, têm merecido atenção continuada, não só por várias gerações de filósofos, mas também por cientistas e pessoas comuns que, em alguma altura da sua vida, julgaram importante refletir sobre estas problemáticas. Em Psicologia, por exemplo, considera-se que a atribuição de sentido à própria existência é promotora de saúde mental, na medida em que encontrar um propósito ou uma finalidade para aquilo que somos constitui um importante contributo motivacional para enfrentar o dia-a-dia (Heidegger, 1986).

Um dos filósofos de relevo que abordou algumas questões associadas à temática do sentido da existência foi Martin Heidegger (1986). Este pensador procedeu a uma análise da questão do sentido do ser. Para Heidegger, ser não se reduz a estar presente no mundo, ou seja, ser é mais do que ocupar um determinado lugar no espaço e no tempo. Dos objetos materiais, como mesas ou cadeiras, pode dizer-se apenas que estão presentes no mundo, mas este referencial não é suficiente para designar todos os entes. Heidegger sustenta que, na resposta à questão do ser, deve-se procurar analisar, em primeiro lugar, o único ente que coloca a si mesmo a pergunta sobre o ser humano. Ou seja, ao contrário dos objetos físicos, o ser humano não tem um conjunto predefinido de propriedades e atributos que deva adquirir ou conservar para que possa manter a designação de humano. O ser humano está constantemente a definir-se a si mesmo, existindo. Heidegger refere-se ao ser humano como ser no mundo, pois ser homem ou mulher é estar numa situação mundana particular, pelo que o ser humano é sempre, até ao fim, um ser de possibilidades. Tem sempre algo pendente, algo que ainda lhe falta. O ser humano, sendo um ser no mundo, é também, essencialmente, um ser com os outros, pelo que é comum que, durante a vida, seja absorvido pelas preocupações do dia-a-dia. Neste quadro de valores, Heidegger (1996) considera que em primeiro lugar, a morte não é simplesmente, nem mesmo primordialmente, algo que acontece ao final da vida da pessoa. A

consciência que o indivíduo tem de que vai morrer, de que pode falecer a qualquer momento, significa que o “morrer”, “estar a caminho de caminhar para” a sua própria morte impregna e molda toda a sua vida. Uma vida sem perspectiva da morte seria uma vida de perpétuo adiamento. Ainda segundo o filósofo, a forma como organizo a minha vida depende da minha certeza quanto ao facto de que “vou morrer em algum momento e da incerteza em relação a quando vou morrer” (Heidegger, p. 86).

No quotidiano, a tendência mais comum é a fuga da consciência da morte. A generalidade das pessoas tem dificuldade em tolerar a angústia sentida perante a inevitabilidade da morte, pelo que o assunto assume uma forma de tabu social e praticamente não é abordado. Trata-se, no fundo, de uma experiência de falta de sentido e do vazio existencial, onde o efémero e o superficial predominam sobre a interioridade e a reflexão. Desta situação resultam sentimentos de vazio existencial e ausência de sentido. Assim, consciente da inevitabilidade da sua morte, que, ao mesmo tempo, não sabe quando irá acontecer, o ser humano encontra-se permanentemente perante a possibilidade de deixar de existir, o que o empurra de novo para o seu ser mais próprio e para a libertação do impessoal. Ao compreender-se como ser para a morte, o ser humano ganha consciência da urgência do cumprimento do seu projeto, que não pode adiar eternamente, como se fosse imortal.

Para Heidegger (1996) “pode-se resumir a caracterização do ser que, existencialmente, se projeta para a morte em sentido próprio, da seguinte forma: a antecipação revela ao indivíduo o facto de estar perdido no próprio impessoal e, embora não sustentada primariamente na preocupação das ocupações, coloca-o diante da possibilidade de ser ele próprio: mas de sê-lo numa liberdade apaixonada, livre das ilusões do impessoal, liberdade fáctica, certa de si mesma e movida pela angústia: a liberdade para a morte” (p.50). Assim, diríamos que a angústia da morte traz ao indivíduo uma abertura privilegiada que permite ao ser no mundo abrir-se como totalidade e compreender que deve procurar libertar-se da decadência do quotidiano em que age de acordo com as solicitações dos outros e centrar-se no seu projeto. A angústia remete para o ter que ser, o que permite ao ser humano ganhar uma maior consciência de si enquanto ser que se encontra lançado no mundo e, conseqüentemente, viver de forma mais autêntica. Cada pessoa deve consciencializar-se da sua finitude e projetar-se enquanto ser no mundo que vive verdadeiramente.

Segundo Dalai Lama (1998), “a morte é certa, mas quando nos tocará é incerta. Se de facto, encararmos as coisas de frente, não sabemos o que surgirá primeiro: se o dia de amanhã ou a morte”. O autor refere também que “não podemos estar certos de que os velhos morrerão

primeiro e de que os jovens ficarão para trás” (p.57). Somos confrontados diariamente com a morte, a morte de alguém que conhecíamos, de um familiar, de um amigo ou nas notícias. Segundo Dalai Lama, logo após o nosso nascimento, aproximamo-nos cada vez mais da morte, como animais conduzidos ao matadouro, afligimo-nos pelo sofrimento do nascimento, da doença, da velhice e da morte, aproximamo-nos cada vez mais do fim das nossas vidas.

Dalai Lama (1998) refere que a vida ganha mais significado quando refletimos sobre a morte e nos consciencializarmos sobre ela. “A consciência da morte que devemos cultivar não é o medo vulgar e incapacitante de sermos separadas das pessoas que amamos e das nossas posses” (p.66).

Para aquele autor, devemos completar dois objetivos, “devemos aprender a ter medo de morrer sem que tenhamos posto fim às causas para renascer nas formas mais baixas de existência, e sem que tenhamos acumulado as necessárias causas e condições para o renascimento futuro favorável” (1998, p.66).

Estes dois objetivos devem estes ser concluídos, no momento da morte, caso contrário, seremos controlados por fortes temores e remorsos, “uma vez adquirida uma consciência da morte, veremos a prosperidade e os assuntos desta vida como sem importância e trabalharemos para um futuro melhor” (p.66)

Segundo Papalia e Feldeman (2013), as mulheres vivem mais tempo, sendo as taxas de mortalidade mais baixas em todas as idades do que os homens, esta condição deve-se ao facto da mulher tomar conta de si própria, procuram cuidados médicos, ao nível mais alto de apoio social que recebem, à elevação do seu nível socioeconómico nas últimas décadas, às taxas de mortalidade mais altas dos homens.

Segundo *Kinselha e He*, (2009, cit in Papalia e Feldeman,2013), os homens tendem a fumar e a beber mais, e estão mais expostos a toxinas perigosas (p.575). No que concerne às diferenças étnicas, segundo estas autoras um norte-americano branco vive cerca de cinco anos mais que um afro-americano, contudo essas diferenças diminuíram nos últimos anos com a redução das taxas de mortalidade dos afro-americanos (homicídio, VIH, acidentes, cancro, diabetes, pneumonia, doenças cardíacas). Os homens afro-americanos são mais frágeis “a doenças e morte na primeira infância até à vida adulta intermediária do que os norte-americanos brancos” (p.576). “A distância começa a diminuir na fase adulta mais avançada e aos 85 anos os afro-americanos podem viver mais alguns anos do que os norte-americanos brancos”. Não existe muita clareza para essa diferença, contudo podem estar relacionadas com questões do estilo de vida ou efeitos de migrações (2013,p.576). No que concerne ao

contexto cultural, para as autoras, os costumes em relação à remoção e recordação dos mortos, transferência de bens e a expressão da dor, variam de cultura para cultura estando regidos por prescrições religiosas ou legais que espelham a visão que uma sociedade tem da morte e do que acontece depois (p. 634).

Os cuidados dos doentes terminais e dos mortos, o ambiente “onde a morte costuma ocorrer, bem como, os costumes e rituais relativos ao luto, vão da vigília noturna dos irlandeses, quando amigos e familiares brindam à memória da pessoa morta, até a Shiva judeu, que dura toda a semana”, compartilhando sentimentos e lembranças sobre o falecido, “algumas convenções culturais como hastear uma bandeira a meio mastro após a morte de uma figura pública, são codificadas em lei” (Papalia & Feldman, 2013, p.636).

Tomamos como exemplo na “Grécia Antiga os corpos dos heróis eram queimados publicamente como sinal de honra”, a cremação é muito praticada por hindus na Índia e no Nepal, contudo a cremação é proibida por lei ortodoxo judaica. No Japão, “rituais religiosos incentivam os vivos a manter contato com os mortos, em casa dos familiares mantêm um altar dedicado aos ancestrais, conversam com os entes queridos e oferecem-lhes comida ou charutos” (p.636). Na Gâmbia, os mortos são estimados como parte da comunidade, os americanos hopi temem os espíritos dos mortos e tentam esquecê-los o mais rápido possível e os muçulmanos de Egito expressam a dor por meio de expressões de profundo pesar; os muçulmanos do Bali são encorajados a suprimir a tristeza, a rir e a ficarem contentes (Stroebe *et al.*, 1992, *cit in* Papalia & Feldman, 2013). O embalsamento retoma a uma prática comum no antigo Egito e na China: a mumificação que preserva o corpo de modo a que alma possa retornar (p.636). No costume judeu o moribundo nunca é deixado sozinho, a razão principal é a crença de que os espíritos do mal ficavam a vigiar para tentar entrar no corpo daquele que está para morrer (p.636).

“A morte é um capítulo importante do desenvolvimento humano” (Papalia & Feldman, 2013, p.638). No decorrer da vida, segundo as autoras, pessoas com cerca de 100 anos, considerados próxima do limite da vida adulta tendem a vivenciar a deterioração funcional, perdem o interesse pelo ato de comer e beber e acabam por morrer de morte natural.

O declínio terminal está relacionado especificamente a um declínio das várias “capacidades cognitivas amplamente observado pouco antes de morrer, mesmo quando fatores demográficos e relativos à saúde são controlados” (p.638). Outro declínio terminal

verifica-se na incapacidade verbal, raciocínio espacial e cognição, são também sinais importantes de declínio terminal.

Num estudo realizado por Kubler-Ross em 1969/1970, a investigadora determinou cinco estágios na relação com a morte: 1º negação (“não pode estar a acontecer comigo”); 2º raiva (“Porquê eu?”); 3º negociar por um tempo extra (“Se pelo menos puder viver até a minha filha casar, não vou pedir mais nada”); 4º depressão e por fim aceitação. A autora propõe também uma evolução semelhante nos sentimentos das pessoas que estão perante uma perda muito próxima (Kubler-Ross, 1975 *cit in* Papalia & Feldman 2013,p.639).

Segundo Papalia e Feldman (2013) a negação ou a raiva da morte podem ser um modo mais saudável de enfrentar a morte do que a aceitação tranquila.

No que concerne à perda de um ente querido, segundo as autoras, pode afetar todos os aspetos da vida da pessoa que permanece viva. Esta perda provoca mudanças de status e de papel (de esposa para viúva ou de filho para órfão), a nível social poderão surgir consequências sociais e económicas, ou seja, perda de amigos e ou rendimentos.

O luto é o primeiro pesar, ou seja, a primeira resposta emocional que foi vivido nos primeiros estágios da perda (p.640). As autoras classificam a perda como uma experiência altamente pessoal, por exemplo, “uma viúva que conversasse com o marido falecido outrora seria considerada emocionalmente perturbada”, outras pessoas têm uma recuperação rápida após a perda (p.640).

Segundo *Brown e Stoudemire* (1983) e *Scultz* (1978) pode haver variação nos estágios. Apresentaram choque e descrença, logo após à morte, os que estão ligados ao falecido sentem-se perdidos e confusos, sentimento de tristeza e choro frequente, poderá durar várias semanas, após uma morte súbita ou inesperada. Preocupação com a memória da pessoa falecida, poderá durar de seis meses a dois anos, ainda não aceita a morte, a viúva poderá reviver a morte do marido e todo o relacionamento. Este sentimento diminui com o tempo, contudo poderá voltar, nas ocasiões de aniversário do casamento ou da morte. No estágio final, a resolução surge quando a pessoa que sofreu a perda retoma as atividades quotidianas. “A lembrança do falecido traz sentimentos de afeto misturados com tristeza em vez de uma dor aguda e ansiedade” (2013, p.640).

O luto segundo Papalia e Feldman (2013), não segue uma linha reta. Em 1989, os psicólogos Wortman e Silver (*cit in* Papalia e Feldman,2013), perceberam a existência de três principais padrões de luto. No padrão normalmente esperado, “a pessoa enlutada passa do sofrimento intenso ao sofrimento leve”. No padrão ausente, não existe experiência de

sofrimento intenso em nenhum momento. No padrão de luto crónico, o sofrimento prolonga-se por um longo tempo, contudo pode ser doloroso e a aceitação difícil quando a perda é ambígua.

No que se refere à perda do cônjuge por género Papalia e Feldman (2013), referem que é mais provável existirem mais viúvas, pois as mulheres tendem a viver mais do que os homens. Segundo *Stroebe, Schut e Stroebe* (2007, cit in Papalia & Feldman (2013), o stresse da viuvez afeta a saúde física e mental. “A dor da perda pode prejudicar o sistema imunológico, resultando em dores de cabeça, tontura, indigestão ou dores no peito ou mesmo a morte” (p.645).

A título de curiosidade, num estudo longitudinal (5 anos) finlandês, 25% dos homens que perderam as esposas, em comparação com os que permaneceram casados, morreram no decorrer desse período bem como bem como 10% das mulheres viúvas em comparação com as com parceiros vivos (Martikrainen e Valkonen, 1996).

O suicídio e o risco de morte natural “é maior nos primeiros meses após a perda e é mais alto para os adultos jovens” (p.645). Outros problemas poderão surgir com a dor da perda, tais como, problemas de memória, perda de apetite e dificuldade de concentração, risco de ansiedade, depressão, insónia e disfunção social (p.645).

Segundo Ray (2004 cit in Papalia & Feldman,2013), “as relações sociais estão associadas à boa saúde”, daí que, “a perda da companhia talvez ajude a explicar o porquê do viúvo ou da viúva morrer depois do cônjuge”. “A qualidade da relação conjugal perdida pode afetar o grau que a viuvez afeta a saúde mental” (p.645).

Num estudo realizado em 2000 por Cour et al. (cit in Papalia & Feldman,2013), viúvos e viúvas que tenham uma forte ligação com o cônjuge ou que dependiam muito dele tendiam a se tornar mais ansiosos e sentiam mais a falta dele do que pessoas que não tinham uma ligação tao forte ou não eram tao dependentes” (p.645).

Para mulheres que sempre viveram em função do marido, que organizaram a sua vida e sua identidade, em função deles, agradando e cuidando, a perda será muito difícil, pois perdem não só o companheiro como o seu papel de companheira (p.645).

No que concerne à religião no idoso, segundo Carvalho e Fernandez (2000), “é um referencial pessoal”, dando mais atenção aos aspetos internos da self, abrindo caminho “aos sentimentos e comportamentos religiosos” (p.160). A prática de frequentar a igreja é um assunto questionável, pois pode exercer influência benéfica, como, o suporte social, amparo, redução de stresse, contudo noutros casos, pode ser maléfico, associado à alienação com

influência de fanatismo, ficando limitadas, não se predispõem a encarar o mundo de outra forma, “pois acreditam que devam passar por isso porque “Deus quer assim” (p.165). “Freud via a religião como uma neurose coletiva” (p.165).

Segundo Ellis (1980 *cit in* Carvalho & Fernandez,2000) “afirma que a religião até pode ser compatível com saúde mental, desde que não seja absolutista, ortodoxa ou dogmática”, (p.165). Por sua vez, Jung (1957, *cit in* Carvalho e Fernandez,2000), acreditava que a pessoa religiosa tem uma grande vantagem para enfrentar turbulências morais, sociais e políticas de nosso tempo e que “o indivíduo que não está ancorado a Deus não tem recursos pessoais para oferecer resistência às tentações físicas e morais do mundo” (p.165).

2.2. Doença Mental

Segundo Fazenda (2008), as questões relacionadas com a saúde e a doença mental são complexas pois envolvem não só a pessoa individualmente como a sua relação com os outros e o meio envolvente. Existe uma evolução segundo Fazenda (2008), não só na forma de encarar e tratar a doença mental como também na sua inclusão na comunidade (p.138). Segundo a autora, há que desfazer (o mito) a confusão entre deficiência mental, doença mental e saúde mental para que se possa intervir de forma mais correta em cada tipo de situação.

No que concerne ao suporte social, Campos (2009), refere que os elementos da rede social são importantes na génese e no prognóstico da doença física e mental (p.142).

Palha (2014), refere que “do ponto de vista intercultural é praticamente impossível definir saúde mental”, contudo é de concordância geral que “saúde mental é mais do que ausência de doença mental” (p.106).

A psicologia clínica considera que as mudanças desenvolvimentais do ser humano desde a infância/adolescência até à velhice são universais, unidimensionais, unidirecionais e irreversíveis” (Palha, 2014p,215). Contudo, cada idoso tem a sua história, o seu percurso vital, a sua experiência e a idade avançada não os torna numa experiência indiferenciada” (2014,p215).

No que concerne à política de saúde mental em Portugal e seguindo a linha de pensamento de Carvalho (2016), a vida psíquica ainda é compreendida como resultado de influências sobrenaturais, “interferindo na aceitação, do conhecimento científico sobre a saúde e o adoecer mentais, mesmo entre pessoas intelectualmente esclarecidas” (p.17).

O estigma perante a saúde mental e a resistência a recorrer a serviços psiquiátricos ou a profissionais do setor, são manifestações demonstradas perante a não-aceitação da doença mental (p.17).

Em Portugal, localizam-se hospitais psiquiátricos em Lisboa (Júlio de Matos), Porto (Conde de Ferreira e Magalhães de Lemos), Coimbra (Sobral Cid, Lorvão e Arnes) de modo equivalente, as Ordens religiosas designadas como Casas de Saúde e implantadas em Barcelos e Areias do Vilar, Nogueiró (Braga), Condeixa (Coimbra), Telhal e Idanha (arredores de Lisboa), na década de 80 do século XX acrescentou-se a de São José no bairro de Telheiras (Carvalho, 2016,p.17).

Carvalho menciona que “a partir da década de 70, doentes do Algarve a Trás-os-Montes com patologias graves fossem internados, em função da vaga, num dos hospitais públicos, quer no início da idade adulta ou na meia-idade, por um surto esquizofrénico, sem nunca terem alta, nem visitas de familiares, por a não estabilização clínica, as fracas condições financeiras, distância e/ou o peso do estigma familiar não viabilizarem a relação”. Esta situação deveu-se à existência de serviços públicos descentralizados (p.17).

Em todo o mundo, médicos psiquiatras, ajustaram-se ao *statuo quo* e vários foram os profissionais intervenientes que procuraram humanizar e reestruturar o sistema tradicional, custodial, asilar e hospitalocêntrico” (p.1).

Em Portugal foram essencialmente Psiquiatras, Assistentes Sociais e Enfermeiros, Psicólogos que acompanhavam estes sujeitos (p.17).

Em termos de tratamento para os doentes mentais graves, Carvalho (2016), refere que se recorria à contenção física, (coletes de força e o isolamento), terapias de choque com o intuito de reduzir os quadros de agitação psicomotora, eventualmente a sintomatologia psicótica dita produtiva (ideias delirantes e alucinações); febre induzida, em particular a malarioterapia em 1917, dez anos mais tarde introduziu-se o choque insulínico, em 1934, o tratamento intra venosa (metrazol) e mais tarde em 1937, o choque elétrico (eletrochoque ou eletroconvulsivoterapia).

A designação de hospital psiquiátrico só aparece no início da década de 40 do século XX através do médico francês Philippe Pinel. Em Portugal só aparece 50 anos depois o primeiro hospital de Alienados, conseqüente à convicção junto do poder político nacional de um grupo de membros da sociedade de ciências médicas de Lisboa. Em 1963, divulgou-se o 1º diploma legal em que o modelo assistencial evoluía da psiquiatria para a saúde mental- A

lei de bases nº2118, que teve um impacto amenizado por não ter sido regulamentada, os centros de saúde mental surgem em 1970 (p.21).

Em 2006, é nomeada numa Resolução do Conselho de Ministros nº49/2008, a comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental, que elaborou um completo relatório dando origem ao Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, em que os principais desafios visam “completar a rede nacional de Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM); promover a diferenciação dos cuidados prestados por estes serviços; desenvolver serviços e programas para a desinstitucionalização e reabilitação de Doentes Mentais Graves (DMG); desenvolver os serviços de âmbito regional (SRSM); reestruturação/desativação de hospitais psiquiátricos; articulação intersetorial (p.24).

Em finais de 2013, surge o 1º relatório do 1º estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (EENSM), integrado no World Mental Health Survey Initiative (WMHSI), pela OMS e da Universidade de Harvard em Portugal, coordenada pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa.

No que concerne à integração do doente mental na sociedade, Chantre e Fazenda (2016), referem que o Serviço social tem um papel importante na intervenção na saúde mental, como forma de correção na atuação em termos individuais “ (educação para a saúde, promoção de hábitos de alimentação saudável e de exercício físico, diminuição do consumo de álcool e tabaco) e social (desenvolvimento dos laços sociais, de grupo e comunitários e das relações de solidariedade e redes locais) económico e cultural (melhoria das condições materiais de vida, de trabalho, proteção ambiental, ordenamento do território, desenvolvimento sustentável) ” (p.38).

Os Assistentes Sociais têm um papel imprescindível e ativo na sua intervenção pois são dotados de valores que os possibilitam de ter uma visão global da sociedade e simultaneamente uma atenção particular às “pessoas nos seus contextos de proximidade (p.39).

No que se refere à saúde mental, o Assistente Social pode interferir a vários níveis que numa ação direta, “com as pessoas, a família, as populações em situação de carência ou exclusão, solicitar estratégias para melhorar as suas condições de vida, de trabalho, de habitação de proteção social, de formação e educação, acesso à saúde e outros direitos sociais e de integração e participação na comunidade” (p.39).

É fundamental um acompanhamento ao longo da vida aquando da intervenção individualizada, pois poderão surgir situações de discriminação, segundo Chantre e Fazenda

(2016), o acompanhamento deve-se iniciar num “estabelecimento de uma relação de confiança e cooperação, sem o qual as soluções encontradas serão sempre unilaterais e conduzem à dependência do utente face ao profissional” (p.39).

As autoras corroboram que a intervenção não pode ser só individual, pois a pessoa faz parte de um contexto familiar, comunitário, social, ou seja, o seu meio natural. Estando isolado e excluído a intervenção será no sentido de reconstruir o seu meio natural, as suas redes sociais e comunitárias.

Em concordância com as autoras, as redes de suporte social são fundamentais para que o indivíduo reconheça (identidade pessoal) o seu papel, a sua competência e postura na sociedade (identidade social) e seja capaz de enfrentar adversidades ou situações de crise (p.40).

Para Chantre e Fazenda (2016), o assistente social deverá sair do gabinete e intervir junto da comunidade, pois lhe dará e reforçará a reciprocidade e solidariedade existentes na comunidade, conhecer o território e os seus problemas (p.40).

Em termos de intervenção nas organizações, IPSS vocacionadas para a reabilitação psicossocial na comunidade, o assistente social encontra “várias estruturas de apoio, residencial e ocupacional de formação profissional, de emprego apoiado, de educação apoiada, de apoio domiciliário”, grupos de auto ajuda, promovendo ao utente atividades culturais e cívicas na comunidade (p.41).

Para as autoras, “a relação de empatia e confiança é a melhor garantia para alcançar mudanças construtivas através da colaboração entre todos os intervenientes, da melhoria das competências e da participação (empowerment) (p.41). Segundo as mesmas, para que se possa reduzir as desigualdades e a incidência na Doença Mental, é fundamental uma atuação que vise melhorar as condições de vida do dia-a-dia das populações, desde o pré-natal à fase da velhice, essa intervenção irá proporcionar oportunidades de melhorar a saúde mental relacionados em desigualdades sociais e propiciar uma maior saúde em geral (p.43).

2.2.1. 2.2.1. Demência

Segundo Pontes (2017) a doença de Alzheimer representa 50 a 70% dos casos de demência tendo a patologia com uma prevalência crescente, tornando “a idade o principal fator de risco, numa população como a portuguesa em que o envelhecimento populacional é um facto” (p.6).

No que concerne ao tratamento, os medicamentos aprovados “têm eficácia comprovada no controle dos sintomas e na melhoria da qualidade de vida dos doentes e dos cuidadores” contudo, não conseguem atuar em fases precoces (Pontes,2017,p.6). No que toca aos centros hospitalares situam-se em Coimbra, Braga, a área da Grande Lisboa e Tores Vedras (p.6).

A demência segundo a OMS (2016) é uma síndrome em que há deterioração da memória, do pensamento, do comportamento e a capacidade de realizar atividades do quotidiano”. Estima-se que 47,5 milhões de pessoas no mundo vivem com demência, o número total de pessoas com demência é projetada para aumentar para 75,6 milhões em 2030, e 135,5 milhões em 2050, com a maioria dos doentes a viverem com baixo e medio rendimento” (OMS,2016).

As questões sociais e económicas têm um “peso significativo em relação aos custos diretos de assistência médica, social e informal associado à demência”, e, sobretudo as “pressões físicas, emocionais e económicas podem causar grande stresse para os familiares”. É fundamental o “apoio dos sistemas financeiros e legais sociais da saúde, tanto para as pessoas com demência e seus cuidadores” (OMS,2016).

Segundo Palha (2014), o envelhecimento patológico surge como principal preocupação à perda das funções cognitivas. O custo das demências numa sociedade moderna, é bastante elevado. “Os custos de tratar e cuidar de dementes estão estimadas em 604 mil milhões de dólares (cerca de 460 mil milhões de euros) por ano, montante que inclui cuidadores de saúde e sociais e o apoio aos cuidadores” (OMS,2012 *cit in* Palha 2014).

Ainda de acordo com Palha (2014), “somente oito países estão a desenvolver programas dedicados à demência, para a OMS, são “35,6 milhões os dementes em todo o mundo, estima-se um aumento para 65,7 milhões em 2030 atingem 115,4 milhões em 2050” (OMS,2012).

Não obstante, segundo *Luders e Storani* (2000), escrever sobre a demência é um desafio e o declínio das funções cognitivas ocorre com influência do processo de envelhecimento, de ocorrência universal (p.146).

A intervenção do Assistente Social na problemática da saúde mental, para Oliveira (2016), refere que o mesmo deve intervir no sentido da promoção da mudança social, na resolução de problemas humanos, e essa intervenção deve abranger não só o cidadão mas também grupos e comunidade (p.145). A esse respeito a autora refere que os problemas “com os quais se depara estão ligados ao campo da intimidade, dos desejos, dos sentimentos dos

valores e das implicações macrossociais envolvendo questões de assistência, habitação, trabalho e cidadania que constitui o espaço privilegiado da intervenção do Assistente Social (p.145).

O Assistente Social deve ser dotado de saberes, competências, métodos e técnicas de intervenção para que se possa conceber, planejar, organizar recursos e “atuar sobre o meio e as condições de vida que fragilizam a vida dos indivíduos com os quais lida e potencia a justiça social e a equidade social” (p.145).

Viso que o Serviço Social na Saúde está ancorado à doença, ao diagnóstico, ao prognóstico médico em relação à pessoa, sua família ou rede social, na intervenção junto da pessoa com demência, esta passa a ser desafiadora à qualificação dos profissionais de Serviço Social, sendo eles capacitados na articulação de promover dignidade da plena cidadania e de seus direitos (p.146).

Oliveira (2016) identifica 5 etiologias demenciais irreversíveis. A Demência Vascular (DV) considerada como a segunda causa da demência; atua sozinha associada à doença de Alzheimer ou a outras doenças; incorpora interações complexas entre fatores vasculares “ (doença cerebrovasculares e fatores de risco vasculares); alterações estruturais (como enfartes, lesões de substância branca e atrofia); fatores do paciente (idade, nível educacional e sexo), e fatores cognitivos (prejuízo de funções executivas e lentidão psicomotora) ” (p.146).

A Demência Frontotemporal (DFT) mais comum entre as síndromes associadas à degeneração cortical pré-frontal e temporal anterior; chamada também de Demência do Lobo Frontotemporal (DLFT); alterações da personalidade e condução social; desinibição e perda de auto crítica, alterações da linguagem alterações nas funções executivas; declínio da capacidade de planejamento, resolução de problemas, organização, atenção, abstração e julgamento; comportamentos estereotipados e repetitivos, alterações de hábitos alimentares, alterações nas respostas a estímulos e ausência de emoções.

Demência Corpúsculos de Lewy (DCL), definida pela tríade do declínio cognitivo; afasia (prejuízo na linguagem secundário à rutura da função cerebral); apraxia (incapacidade de realizar atividades motoras complexas, apesar da capacidade motora intacta) ” agnosia (falha em reconhecer ou identificar objetos) alucinações visuais persistentes e parkinsonismo;

Doença de Parkinson (DP) vinculada ao distúrbio motor, mas também ao declínio cognitivo; lentidão psicomotora e do processamento global, declínio das funções visioespaciais; diminuição da capacidade de abstração; formação de conceitos e geração espontânea de palavras; preservação da capacidade de armazenamento.

Doença de Alzheimer (DA) responsável por 62% dos casos de demência; declínio cognitivo; comprometimento da memória do tipo amnésico; deterioração da linguagem; déficit visoespacial; distúrbios funcionais e comportamentais e perda gradual da capacidade de execução de atividades de vida diária (p.148). A este respeito, Oliveira (2016), refere que a deterioração da demência causará outras condições de saúde, que podem levar à morte, “a septicemia, infecções das vias aéreas superiores, pneumonia e alterações do estado nutricional são algumas das condições.

No que concerne ao alcoolismo no idoso, segundo Paixão (2014), o uso abusivo de álcool é considerado um problema de saúde pública “sendo a sua abordagem da responsabilidade do Sistema Nacional de Saúde (p.260).

O mesmo autor refere também que o álcool é a substância psicoativa mais usada. “Cerca de um terço da população idosa começa a fazer uso do álcool tardiamente (p.261).

Esta dependência pode interferir no tratamento de outras patologias desencadeando outras patologias, como por exemplo, “não hipertenso passa a ter problemas de tensão alta, ou não diabético passa a sê-lo” (p.261).

Paixão (2014) menciona que pesquisas realizadas em clínicas mostram que 6 a 11% dos pacientes idosos admitidos em hospitais “apresentam sintomas de dependência alcoólica, inclusive as estimativas de admissão por alcoolismo nos serviços de emergência equiparam-se às admissões de enfarte”, contudo reconhece-se que há menos casos de alcoolismo em idosos do que em pacientes mais jovens (p.262).

Segundo Paixão (2014), em Portugal cerca de 79% dos idosos consome álcool, e 25% consome vinho diariamente (p.262). “O consumo excessivo de álcool interfere de várias maneiras na nutrição adequada do idoso”, ou seja, o álcool interfere na qualidade nutricional da alimentação.

O líquido corporal segundo Paixão (2014), devido ao envelhecimento “diminui levando a uma diminuição da diluição do álcool no sangue, acarretando uma sensibilidade maior aos efeitos do álcool do que nos jovens” (p.262).

Não obstante, o alcoolismo leva ao “envelhecimento prematuro do cérebro ou acelera o processo normal de envelhecimento do cérebro, levando à déficits no funcionamento comportamental e intelectual por danificar principalmente o lobo frontal do cérebro” (p.262). O problema do alcoolismo pode estar dissimulado por doenças clínicas ou psiquiátricas como depressão, insónias, doenças cardiovasculares e quedas frequentes (p.262).

Para Paixão (2014), o problema do alcoolismo nos idosos traz fatores de risco biológicos, psicológicos e socioculturais. No que diz respeito aos fatores de risco biológicos assinala-se, “os fatores hereditários ser do sexo masculino, existência de doenças físicas e a idade do início do consumo”. Nos fatores psicológicos, “a reforma, a perda de amigos, problemas familiares ou conjugais”. Esta situação verifica-se, pois muito idosos “já passaram pela experiência de perderem algum ente querido ou amigos, normalmente têm patologias de base ou já tiveram internamentos hospitalares, muitos têm insônia, existindo ainda uma grande percentagem que foi “abandonada pela família, e não tem motivação alguma “e, conseqüentemente bebe para aliviar a tensão do dia-a-dia, esquecer as mágoas e, por que se sente sós (p.263).

Alguns sinais e sintomas ajudam na identificação da patologia, sintomas físicos a nível neuromusculares (tremores, cainbras, e parestesias) e sintomas psicológicos (ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insónias, alteração de comportamento face ao álcool, desejo obsessivo de álcool).

É fundamental o envolvimento da família no processo de recuperação do vício de álcool, tanto na fase inicial da ajuda na tomada de decisão, quer no processo de manutenção da abstinência, ajudando-o nas dificuldades que irão surgir ao longo do processo de reabilitação (Paixão,2014).

Perante dificuldades, o idoso tende a descuidar-se com os cuidados pessoais e das atividades domésticas que segundo, Paixão (2014), “na ausência de doenças orgânicas que justifique estes sintomas (pode estar associado ao uso ansiolíticos/benzodiazepinas) podem significar o abuso/dependência de álcool” (p.265).

Estas questões contribuem para uma menor qualidade de vida, devido às quedas, e podem surgir fatores como desnutrição e quadros depressivos/demenciais” (p.266).

Segundo o autor, o uso do álcool torna os idosos mais vulneráveis devido à perda de papéis, solidão e sobretudo a vários problemas de saúde, uso de muitos medicamentos, torna-os também mais suscetíveis a interações, agravamento da situação e dificuldade de recuperação e interação social (Paixão,2014).

Papalia e Feldman (2013), referem que 20% das pessoas de 55 a 64 anos têm as suas atividades limitadas devido a doenças crónicas, que tendem a aumentar com a idade (p.519).

Lachamn, (2004, *cit in* Papalia e Feldman 2013), refere que pessoas na meia-idade enfrentam crescentes problemas de saúde ou preocupam-se com sinais de possível declínio (p.520).

As autoras mencionam que a prevalência de limitações físicas aumentam com a idade 16% aos 50-59 anos para 23% perto dos 70 anos, “e este efeito é mais marcante para afro-americanos e para mulheres” (p.520). Os adultos estão mais propensos “a contrair certas doenças, como a hipertensão e diabetes, e demoram mais tempo para se recuperar de doenças ou de esforço extremos” (Merrille e Verbrugge,1999; Siegler, 1997 *cit in* Papalia e Feldeman, 2013).

A hipertensão (pressão arterial cronicamente alta) é segundo Papalia e Feldman (2013) “uma preocupação cada vez mais importante na meia-idade como um fator de risco para doenças cardiovasculares e doenças renais”, 41% dos adultos de 55-64 anos padecem de hipertensão (p.520). Os mesmos autores referem que “ a impaciência e a hostilidade aumentam o risco a longo prazo de desenvolver hipertensão” (p.521).

Na Europa, Estados Unidos e no Canadá, a hipertensão é 60% mais prevalente, e a “proporção da população mundial que sofre de hipertensão tende a aumentar de um quarto para um terço em 2025, que poderá originar uma epidemia de doenças cardiovasculares, sendo agora responsável por 30% de todas as mortes no mundo (*Kearney et al., 2005 cit in* Papalia e Feldeman, 2013).

A diabetes, segundo *Weinstein et al., 2004*, duplicou na década de 1990, desenvolvendo-se na idade adulta após os 30 anos, mais prevalente à medida que a pessoa envelhece. Segundo Meene, (2008), a doença de diabetes é consideravelmente frequente na população idosa, muitas vezes não é diagnosticada e pouco tratada nesta idade (p.49). “A grande maioria dos diabéticos tem mais de 45 anos”, e muito acreditam que o açúcar é o causador, mas no caso dos idosos deve-se principalmente à obesidade, à falta de atividade física, ao maior consumo de hidratos de carbono (massas, pão, batata e ao uso de medicamentos como corticoides) (Meen,2008).

A diabetes no idoso é detetada através de exames “check up”, pois geralmente não têm sintomas e estes aparecem “com o aumento da sede (polidipsia), aumento da fome (polifagia), excesso de urina (poliúria), cansaço, fraqueza e perda de peso, confusão mental aguda, incontinência urinária, infecções frequentes, dificuldade de cicatrização das feridas, dores nas mãos e pernas (com formiguelo e/ou dormência) e diminuição de visão” (p.49).

Existem dois tipos de diabetes, tipo 1 “a doença surge quando o pâncreas deixa de produzir insulina ou pela incapacidade das células (musculares e adiposas) ”, o nível da glicose no sangue fica sempre alto, não penetrando nas células, pela redução ou insatisfatório aproveitamento da insulina.

No caso da diabetes do tipo 2, (resistência insulínica) existe um componente genético relacionado com a obesidade”. Geralmente a diabetes do tipo 2 verifica-se no adulto, com mais de 40 anos, “tem ligação direta com a predisposição genética, a obesidade e o sedentarismo” (p.51).

No que concerne ao tratamento da diabetes no idoso, é estabelecido um planeamento alimentar, atividade física, uso de medicamento, para diminuir os níveis de glicose no sangue “desde que o idoso ainda produza alguma insulina” (p.54). “Os medicamentos modernos atuam para aumentar a sensibilidade das células à insulina e para retardar a absorção intestinal dos açúcares” (p.54).

Poderá surgir descontrolo da diabetes, no caso de infeção “durante eventuais cirurgias”, ou em simultâneo com outros medicamentos tais como, diuréticos, cortisona e o uso do álcool sem moderação, podendo originar a acidose diabética “que se manifesta por sonolência ou evoluir para coma” (p.54).

É imprescindível mudanças de hábitos alimentares, prática de atividade física e controlo dos níveis glicémicos e seguir a orientação médica (p.54).

No que concerne ao stresse na meia-idade segundo Papalia e Feldman (2013), este ocorre quando “as demandas ambientais, ou estressores, excedem a capacidade de uma pessoa de enfrentá-los” (p.527). “ A capacidade que o corpo tem de se adaptar ao estresse envolve o cérebro, que percebe o perigo (real ou imaginário); as glândulas suprarrenais, que mobilizam o corpo para combatê-lo; e o sistema imunológico que fornece as defesas” (Papalia & Feldman, 2023).

Segundo Papalia e Feldman (2013), os adultos no final da meia-idade ou mais velhos, de 55 anos ou mais, têm níveis de estresse um pouco mais baixos, com 20% a 25%, para os adultos mais velhos, o estresse concentra-se em problemas relacionados com a saúde e ao envelhecimento (p.527).

Para Papalia e Feldman (2013), os adultos de meia-idade são mais propensos do que adultos mais velhos ou mais jovens a sofrer de angústia psicológica tais como, tristeza extrema, nervosismo, inquietação, desesperança e sentimentos de intimidade na maior parte do tempo (p.529). O estado de angústia psicológica são mais predispostos de seus pares “a serem diagnosticadas com doenças cardíacas, diabetes, artrite ou AVC e a precisar de apoio nas atividades de vida diária (p.529).

No que concerne à doença de Alzheimer, Silva (2009) refere que é um tipo de demência que pode produzir sintomas como perda de memória e desorientação, mas existem

outras causas (p.15). O termo “demência senil” é utilizado devido doença de Alzheimer afetar sobretudo pessoas idosas.

Em termos práticos verifica-se que uma pessoa normal começa a perder a capacidade intelectual ao efetuar tarefas habituais tais como, recordar coisas, orientar-se, saber a data e a hora, conversar, relacionar-se com a família e vizinhos podendo também mostrar-se irritável, agressiva ou retraída (p.15).

Este tipo de demência apresenta-se num processo progressivo e lento, tornando cada vez mais difícil manter o padrão de vida habitual, afetando a produtividade no trabalho, tarefas domésticas e nos cuidados pessoais (p.15).

A título de exemplo a demência manifesta-se desde a Antiguidade. A demência durante anos foi tida como uma loucura, tradicionalmente “era usada para designar o comportamento anormal, estranho ou singular de algumas pessoas (Silva,2009,p.16).

A autora refere que a demência “é um problema cuja descrição é ainda mais antiga” que ocorria sobretudo em idade avançada (Silva,2009,p.17).

Devido ao desenvolvimento da ciência médica no século XIX, criaram-se bases para o conhecimento desta doença (p.17). A doença de Alzheimer é a mais conhecida, vinda do médico alemão *Alois Alzheimer* (1864-1915), “que viveu numa época em que a Alemanha era um dos principais centros de investigação médica” (p.17), em que alguns psiquiatras começaram a procurar lesões no cérebro.

Foi devido à morte de um paciente que sofria de uma estranha perturbação que apresentava perda progressiva das “faculdades mentais” tais como, memória, capacidade de realizar tarefas que habitualmente realizava, dificuldade em expressar-se e alterações de carácter, levou Alzheimer a escrever um artigo em 1907 sobre lesões de “uma estranha doença do córtex cerebral” (p.18).

Segundo Silva (2009), a doença foi balizada por Alzheimer com o surgimento de um segundo caso, pois apenas “se tinham interessado pelos casos mais precoces, a doença passou quase despercebida” (p.18). Tinha-se que a doença de Alzheimer era uma demência pré-senil rara, ou seja, própria de pessoas entre os 40 e os 50 anos, associada ao envelhecimento (demência senil), “em muitos casos favorecida ou desencadeada pela arteriosclerose ou falta de irrigação do cérebro.

Através de estudos realizados em pacientes idosos com demência, “descobriu-se que os sintomas eram semelhantes aos descritos por Alzheimer e que as lesões cerebrais eram idênticas (p.18). Assim o nome designado de demência pré-senil passou a designar-se de

doença de Alzheimer, doença muito frequente em pessoas idosas, numa fase caracterizada pelo envelhecimento progressivo da população (p.18).

2.3. Definição de suicídio

“O Suicídio está na ordem do dia, nenhuma classe social escapa à sua influência funesta, quer velhos quer crianças lhes pagam diariamente um tributo cada vez mais pesada”. Guillon e Bonniec (1990)

De acordo com a OMS em 2016 de 40 em 40 segundos suicida-se uma pessoa, tornando num grande problema de saúde pública e são poucos os países que introduzem a prevenção de suicídio entre as prioridades de saúde. A 10 de Setembro é celebrado o Dia Mundial de Prevenção do Suicídio, assim a OMS incentiva os “países a desenvolver e reforçar estratégias de prevenção, quebrando estigmas e tabus” em torno do assunto.

Para a OMS (2016) os números de suicídio a cada ano são alarmantes. Segundo a OMS mais de 800.000 pessoas morrem por suicídio, considerado assim a segunda principal causa de morte entre os 25 e 29 anos dados confirmados pela WHO (2017).

O suicídio é considerado um fenómeno global em todo o mundo, 75% de suicídios ocorre em países de baixos recursos. É causador de 1,4% das mortes em todo o mundo, tornando a 15ª causa de morte em 2012.

O Relatório da Prevenção de Suicídio (2013), da OMS, visa consciencializar a importância para a saúde pública de suicídio e tentativas de suicídio e fazer a prevenção do suicídio uma prioridade maior a nível global de saúde pública. O relatório orienta práticas sobre ações estratégicas que os governos podem tomar com base nos recursos e as atividades de prevenção de suicídio existentes.

Para a OMS (2016) é nos países mais ricos que se verifica a taxa de suicídio nos homens três vezes mais do que nas mulheres. Os suicídios são causadores de 50% de todas as mortes violentas em homens e 71% nas mulheres. No que concerne à idade as taxas de suicídio são mais elevadas em pessoas com idades entre os 70 anos ou mais para homens e mulheres em quase todas as regiões do mundo.

Os métodos mais comuns no mundo destacam-se a ingestão de pesticidas, enforcamento e armas de fogo, contudo outros métodos são usados como escolha.

A OMS relata que por cada suicídio há muitas mais pessoas que tentam o suicídio a cada ano, uma tentativa de suicídio prévia é o fator de risco mais importante para o suicídio na população em geral. Regista se nos grupos mais vulneráveis as taxas mais elevadas, pois

sufrem discriminação, sobretudo os refugiados e migrantes, indígenas, lésbicas, gays, bissexuais, transgéneros e intersexuais (LGBTI).

A mesma fonte refere que a relação entre distúrbios suicidas e mentais (depressão e abuso de álcool) poderá estar estabelecida nos países desenvolvidos, mas os suicídios surgem num momento impulsivo de crise, com a incapacidade de lidar com o stress da vida, sobretudo os problemas financeiros, terminos de relacionamentos ou dores crónicas e doenças.

Para uma “prevenção eficaz, segundo o Relatório de Prevenção (2013) no suicídio e na tentativa de suicídio é necessário uma maior disponibilidade e qualidade dos dados de registo vital, sistemas e inquéritos baseados em hospitais, pois estes permitirão restringir o acesso aos meios de suicídio.

Segundo *Stengel* (1980) começam-se a registar suicídios a partir do século XIX na Europa e na América do Norte, embora tenham surgido mais cedo noutros países (p.28).

Para *Stengel* (1980) não existe uma causa única para explicar as taxas de suicídio, ou um único grupo de causa. Surgem muito fatores em simultâneo. O mesmo refere que as taxas de suicídio estão relacionadas positivamente com os seguintes fatores, “sexo masculino, envelhecimento, viuvez, estado solteiro e divorciado, ausência de filhos, grande diversidade populacional, residência em cidades grandes, alto padrão de vida, crises económica, consumo de álcool e de drogas que provocam dependência, lar desfeito durante a infância, desordem mental e doença física” (p. 28). Estão relacionadas negativamente as taxas de suicídio “no sexo feminino, juventude, pequena densidade populacional, ocupação rural, fervor religioso, estado casado, grande número de filhos, pertencer a classe social económica inferior e guerra” (p.28). Ainda o mesmo, refere que os fatores relacionados com os padrões de vida não têm o mesmo efeito em todos os grupos etários. No que concerne ao sexo, a maioria dos suicidas são homens contudo nas últimas décadas, a diferença entre os homens e mulheres que se suicidam tem diminuído em muitos países. Esse aumento justifica-se com o facto de as mulheres viverem mais tempo do que os homens, devido a alterações na vida das mulheres, ou seja, a urbanização, a secularização e a emancipação (*Stengel*, 1980, p. 28).

No que concerne aos fatores religiosos as taxas de suicídio entre católicos de países fundamentalmente protestantes são inferiores à média nacional. O mesmo acontece entre judeus ortodoxos e muçulmanos. A devoção religiosa surge como fator decisivo em relação à filiação em certa fé religiosa. Segundo *Stengel* (1980) países católicos como a República da Irlanda, a Espanha e a Itália têm taxas de suicídio muito pequenas, em comparação com a

França, a Áustria e a Hungria, países solidamente católicos, têm taxas de suicídio grandes, a Áustria e a Hungria figuram entre os cinco mais altos do mundo (p.29). No que diz respeito à idade, segundo Stengel (1980) a maior parte das pessoas que se suicida são de idade avançada e muitas delas estão fisicamente doentes. A idade média dos suicidas está perto dos 60 anos. Para Stengel (1980) “as razões pelas quais os países desenvolvidos e ricos têm taxas de suicídio maiores que os países não desenvolvidos e pobres, é o facto de nos primeiros a esperança de vida ser maior que na segunda” (p.29). As descobertas médicas beneficiam os grupos etários mais jovens, assim “há hoje mais pessoas em condições de envelhecerem e adoecerem em comparação com o passado” (p.29).

Ainda em *Stengel* (1980) “o excesso relativo dos grupos etários mais idosos nas comunidades prósperas não é a única causa das suas altas taxas de suicídio” existem outras causas de natureza sociológica e psicológica (p.29).

O isolamento social e psicológico das pessoas idosas para *Stengel* (1980) caracteriza-se pela tendência do grupo familiar da nossa sociedade para se dividir nas suas unidades mais pequenas. A partilha do mesmo teto por duas ou três gerações de uma família, é para muitos um momento intolerável. Segundo o autor, esta situação terá desvantagens, pois as tensões familiares perturbadoras originarão isolamento social. O isolamento social para *Stengel* (1980) é o dominador comum de diversos fatores que se estabelecem com uma taxa de suicídio elevada. O fato de num casamento existir filhos numerosos, pode proporcionar alguma imunidade contra o suicídio, contudo pode estimular o homicídio, que, com grande frequência, é um crime familiar.

As elevadas taxas de suicídio nas comunidades urbanas têm sido relacionadas ao maior risco de isolamento social e ao anonimato da vida nas cidades grandes, comparativamente com a comunidade aldeã, onde todos se conhecem (*Stengel*,1980). Para este autor supra citado, “o isolamento social, a mobilidade social e a desorganização social medida pelo divórcio e pelas taxas de ilegitimidade mostraram estar significativamente correlacionadas com a incidência do suicídio (1980,p.30). No que se concerne à classe social, a taxa de suicídio mais elevada observa-se entre pessoas que têm profissões liberais e lugares dirigentes (classe I), seguido pelo grupo de empresários e gestores de empresas (classe II). Destacam-se os médicos e dentistas como o grupo profissional com taxas de suicídio mais altas, pois têm um acesso fácil a venenos e a uma maior compreensão do estado de doença (*Stengel*,1980,p.30).

No que concerne à raça, segundo *Stengel* (1980) “o significado da raça como factor de suicídio é incerto, embora as taxas de suicídio de pessoas de cor tenham sido quase invariavelmente muito inferiores à pessoas de raça branca” (p.35). Nos Estados Unidos e África do Sul, verificam-se que as taxas de suicídio os negros são metade da população branca, visto que as condições de vida não são as mesmas para ambas as raças, seria injustificado atribuir a diferença das taxas de suicídio à predisposição racial.

Stengel (1980) refere que é na primavera e no começo do verão que se verificam altas taxas de suicídio onde a natureza apresenta o seu maior aspecto e a vida parece valer mais a pena ser vivida” (p.36). É a partir de Janeiro que se verifica o aumento de suicídio, atinge o máximo em Maio ou Junho e começa a diminuir em Julho. Para *Stengel* (1980) estes fatores estão relacionados com a doença depressiva, que vulgarmente surge na primavera.

Segundo *Guillon e Bonniec* (1990) “o suicídio propaga-se como a peste, os males de alguns matam tão eficazmente como outros quaisquer” (p.25). Por sua vez Marx (2009) refere que “as doenças debilitantes, contra as quais a atual ciência é inofensiva e insuficiente, as amizades traídas, as desilusões amorosas, as ambições frustradas, os sofrimentos familiares, as rivalidades sufocantes, a insatisfação face a uma vida monótona, o entusiasmo subtraído são indubitavelmente razões de suicídio em pessoas de um meio social mais abastado, e até o próprio amor à vida, essa força energética que move a personalidade, é muitas vezes capaz de levar uma pessoa a pôr fim a uma existência detestável” (p.16).

O mesmo autor refere que Madame Stael “tentou demonstrar que o suicídio é um acto contrário à natureza e que não deve ser considerado como um acto de coragem” e defendeu a ideia que é mais digno lutar contra o desespero do que a ele sucumbir (p.16).

Para Saraiva (1999) um suicida “é todo o indivíduo que se mata intencionalmente”, já Durkheim em 1897 “define o suicídio como todo o caso de morte que resulta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo, praticado pelo próprio indivíduo, conhecendo o este o seu efeito letal” (p.25). A definição dada pelo autor inclui atos positivos de auto destruição, “como envenenamento ou flebotomias e actos negativos de intenção letal, que exemplifica na greve de fome” (p.25).

O mesmo menciona que em 1930, o discípulo de Durkheim, Halbwachs, partiu de um objetivo inicial de atualizar mudar dados estatísticos, distinguindo “suicídio de sacrifício, excluindo assim da definição a categoria de suicídio altruísta de Durkheim (p.25).

Segundo Saraiva (1999) Giddens (1971) “valoriza factores sociais e práticas socializantes da família para a personalidade do suicida” (p.26). Para Mayo (1992) (*cit in*

Saraiva, 1999) a definição de suicídio deve conter quatro elementos, fatalidade, refletividade, atividade-passividade e intenção-realidade (p.26). A fatalidade significa que um suicídio só é suicídio se ocorre morte ou seja, uma pessoa que tentou contra a vida e não consegue “não é um verdadeiro suicida”, na prática as razões “são tão ambivalentes e obscuras que não é claro responder se há intenção ou não”.

A refletividade descreve o protagonismo da pessoa, poderá não estar sozinha no ato suicidário, contudo “no caso de morte assistida por outrem, para além de crime praticamente em todo o mundo, não se trata de um verdadeiro suicídio” (p.26).

A atividade-passividade permite perceber uma forma ativa, frequente, “é uma forma passiva, mais rara, que significa inacção”, ou seja, recusa de tratamento ou o “acto de alguém se deitar na linha do caminho-de-ferro”. A intencionalidade segundo o autor é “a característica tão subtil quanto essencial, que distingue acidente de suicídio”, o mesmo refere que “quando uma pessoa dispara para a cabeça uma arma de fogo que estava a limpar ou esmaga o automóvel contra um poste, no momento que sintonizava o rádio, ou morre após sobredosagem de tranquilizantes apenas com o objetivo de adormecer” após um jantar acompanhado de bebidas alcoólicas, segundo Saraiva (1999) não se pode dizer que seja suicídio mas sim de acidente (p.26).

2.3.1. Para-suicídio

No problema da ambivalência, segundo Shneidman (1985) cit in Saraiva (1999) por exemplo um homem que corta o pescoço ao mesmo tempo que grita por socorro como o protótipo do suicida que é genuíno em ambos aqueles comportamentos. Para Shneidman (1985) existem dez características comuns a todos os suicídios; propósito-procura de solução; objetivo-parar a consciência; estímulo-dor psicológica intolerável; stress-necessidade psicológica frustrado; emoção-desesperança-desespero; estado cognitivo-ambivalência; percepção-constricção; acção-egressão; actointerpressoal-comunicação de intenção; consistência-lidar com a vida (p.27). Em 1996, Shneiderman refere que o suicídio imita “um certo estado de espírito não qualificável segundo uma perspectiva reducionista de marcadores biológicos, porquanto o que se verifica é o fracasso do indivíduo e da sociedade, na medida em que o problema da dor e das carências psicológicas no sentido das concepções clássicas de Murray (1938). (p.27).

No que concerne aos comportamentos suicidários, Devnies (1968) propõe uma sequência descritiva e operacional em quatro tipos: ideação, ameaça, tentativa, concretização, por sua vez, Beck em 1973 desenvolveu nos Estados Unidos da América (EUA) “um esquema de classificação e nomenclatura em três grandes grupos, “suicídio consumado, tentativa de suicídio e ideias de suicídio, subdivididos em letalidade contemplando certeza, intenção, circunstâncias miligantes e métodos suicida, já Jobes et al (1987) elaboram uma nova classificação a partir da anterior, centrada somente no suicídio consumado, requerendo que todos os suicídios devem ser provocados pelo próprio e o indivíduo pretender a morte (p.28). Enquanto Ellis (1988), segundo Saraiva (1999) expandiu uma classificação alargada em quatro grupos abrangendo diversos comportamentos de auto-destruição, como a ideação e para-suicídio, não sendo claras as distinções entre para-suicídio e “comportamento de auto-destruição sem ideação consciente” (p.28).

Para Saraiva (1999) um para-suicida é “um acto iniciado de livre vontade pelo próprio em que ele se auto-mutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica”, o mesmo exemplifica um caso de “um idoso que deixa uma carta de despedida e toma uma dose excessiva de psicofármacos, desejaria a morte; um jovem que toma uma caixa de psicofármacos e chama por alguém, não desejaria morrer” (p.31). O primeiro caso parece corresponder a um caso de suicídio frustrado, o último é um para-suicídio (p.31).

Saraiva (1999) menciona que as taxas de suicídio e de para-suicídio “são muito diferentes do ponto de vista epidemiológico, porque se as primeiras subiram ligeiramente durante o século XX, os segundos cresceram de uma forma dramática nos últimos 40 anos (p.32). Segundo o mesmo, o suicídio no idoso é um fenómeno comum e no sexo masculino, “ao contrário do para-suicídio” referindo a patologia “pesada” como sendo vulgar no suicídio do que no para-suicídio, e enquanto os suicidas recorrem a métodos violentos, os outros recorrem a sobredosagens medicamentosas (p.32).

2.4. Fatores predisponíveis no suicídio

Verifica-se um aumento do envelhecimento da população mundial. Entre 2015 e 2050, a proporção de adultos mais velhos no mundo estima-se que passe de 12% para 22%. Espera-se um aumento de 900 milhões em 2015 para em 2050, de cerca 2 bilhões de pessoas com idades acima dos 60 (OMS, 2016).

Segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde,2016), os adultos mais velhos, com 60 ou mais anos, contribuem de uma forma significativa para as sociedades, como membros

da família, voluntários e participantes ativos no mercado de trabalho. Contudo estes também se encontram em risco de desenvolver transtornos mentais, distúrbios neurológicos ou problemas com o uso de substâncias, bem como outros problemas de saúde como diabetes, perda de audição e osteoartrite. Ainda segundo a OMS (2016) as pessoas que envelhecem, são mais propensas a ter vários sintomas ao mesmo tempo.

Segundo OMS (2016) mais de 20% dos adultos entre os 60 ou mais anos sofrem de uma doença mental ou neurológica e 6,6% de invalidez. Os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns nesta faixa etária são demências e depressão. Os transtornos de ansiedade afetam 3,8% da população, o uso de substâncias quase 1%. Cerca de um quarto das mortes por automutilação estão entre aqueles com mais 60 anos.

Os problemas de saúde mental, segundo a OMS, são sub-identificados pelos profissionais de saúde e pelos próprios idosos. O estigma em torno da doença mental torna, muitas vezes, os próprios idosos relutantes em procurar ajuda (OMS, 2016).

Diversos fatores, tais como, sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa em qualquer ponto do tempo. Assim como, as pressões da vida típicas comuns a todas as pessoas. Os mais velhos perdem a capacidade de viver de forma independente por causa de dificuldades de locomoção, a dor crônica, a fragilidade e/ou outros problemas mentais ou físicos, exigindo cuidados de longa duração.

Não obstante, os idosos são mais propensos a experimentar momentos como o luto, uma perda do nível socioeconômico como a reforma, ou uma deficiência. Estes fatores podem resultar em isolamento, perda de independência, solidão e sofrimento psicológico.

A OMS indica-nos que a saúde mental tem um impacto sobre a saúde física e vice-versa, ou seja, os idosos com problemas físicos de saúde, têm taxas mais elevadas de depressão e os sujeitos com depressão têm probabilidade de tratar eficazmente a doença mental.

A violência nos idosos, tais como, física, sexual, psicológica, emocional, financeira, abandono, negligência e graves perdas de dignidade e respeito podem levar não só a lesões físicas, mas também quando ocorrem por um período longo de tempo, potencializar consequências negativas psicológicas, tais como a depressão e ansiedade. A depressão pode causar grande sofrimento e interferir na vida diária.

2.4.1. Classificações da depressão

A depressão, segundo Rio (2008), pode dividir-se em dois tipos, unipolar e bipolar. A depressão unipolar inclui segundo a autora o distúrbio depressivo major e é caracterizado pela presença de um ou mais episódios de depressão major, sem história de mania ou hipomania. O episódio de depressão termina quando deixam de se verificar os critérios completos para episódio depressivo major.

A depressão bipolar para Rio (2008), foi dividida em bipolar I, bipolar II e ciclotímia. O tipo de depressão bipolar I caracteriza-se pela presença de história de episódios de mania, podem ter ou não história de episódios depressivos major e em recorrência é indicada por uma alteração na polaridade do episódio, ou por intervalo de dois meses sem sintomas maníacos. A doença bipolar II é caracterizada por um ou mais episódios de depressão major e pelo menos um episódio de hipomania. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social e ocupacional. A autora identifica ainda a doença bipolar sem outra especificação, que segundo a mesma inclui as perturbações com características bipolares que não preenchem os critérios para nenhuma das perturbações bipolares. A ciclotímia para Rio (2008), é caracterizada por pelo menos dois anos com numerosos episódios de sintomas hipomaníacos que não preenchem critérios para episódio maníaco e numerosos períodos de sintomas depressivos que não preenchem critérios para distúrbio depressivo major. As perturbações depressivas, segundo o Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais (DSM-5-2013), caracterizam-se por incluir várias perturbações tais como, perturbação de desregulação do humor disruptivo, perturbação depressiva major (incluindo o episódio depressivo major), perturbação depressiva persistente (distímia), perturbação disfórica pré-menstrual, perturbação depressiva devida a outra condição médica, perturbação depressiva com outra especificação e perturbação depressiva não especificada (DSM-5, 183).

Estas perturbações geralmente têm em comum a presença de tristeza, vazio ou humor irritável, acompanhada de alterações somáticas e cognitivas que afetam de forma significativa a capacidade de funcionamento do indivíduo, o que os difere, é a duração/ *timing* ou etiologia” (DSM, 2013).

Segundo, DSM-5 (2013), a perturbação major caracteriza-se por “episódios distintos com pelo menos 2 semanas de duração (embora a maioria dos episódios dure consideravelmente mais tempo) que envolvem alterações bem definidas no afeto, cognição e funções neuro vegetativas, e com remissão entre os episódios” (p.-183). Neste caso, a atenção é redobrada, ou seja, “é dado um cuidado particular à definição de tristeza normal e de luto de

um episódio depressivo major. O luto origina grande sofrimento, contudo, “não desencadeia um episódio de perturbação depressiva major”, aquando surgem em simultâneo, “os sintomas depressivos e o compromisso do funcionamento tendem a ser mais graves e o prognóstico é pior quando comparado com o luto que não é acompanhado de perturbação depressiva major” (p.183).

Geralmente, a depressão, quando relacionada com o luto “tende a ocorrer em pessoas com outras vulnerabilidades para perturbações depressivas, podendo a recuperação ser facilitadora pelo tratamento com antidepressivos” (DSM-5, 183).

A distimia (perturbação depressiva persistente) “pode ser diagnosticada quando o distúrbio do humor persiste por pelo menos 2 anos em adultos e 1 ano em crianças” (DSM-5, 184).

No que concerne aos critérios de diagnóstico na perturbação de desregulação do humor disruptivo, o DSM-5 apresenta-nos o seguinte:

A. Explosões temperamentais graves e recorrentes manifestadas verbalmente (por exemplo, fúrias verbais) e/ou através do comportamento (por exemplo agressões físicas a terceiros ou a bens patrimoniais), que são muito desproporcionadas em intensidade ou duração relativamente à situação ou provocação; B. as explosões temperamentais são inconsistentes com o nível de desenvolvimento; C. as explosões temperamentais ocorrem, em média, 3 ou mais vezes por semana; D. o humor entre as explosões temperamentais é persistentemente irritável ou zangado durante a maior parte do dia, quase todos os dias, sendo observável pelos outros (por exemplo, pais professores, pares); E. os critérios A-D estão presentes por 12 ou mais meses. Durante esse tempo, o indivíduo não teve qualquer período com duração de 3 ou mais meses consecutivos sem a totalidade dos sintomas dos critérios A-D; F. os critérios A e D estão presentes em pelo menos 2 de 3 contextos (isto é, em casa, na escola, com os pares) e são graves em pelo menos um destes; G. O diagnóstico não deve ser feito pela primeira vez antes dos 6 anos ou depois dos 18; H. pela história ou pela observação, a idade de início dos critérios A-E é anterior aos 10 anos; I. Nunca houve um período distinto com duração superior a 1 dia durante o qual tenha sido preenchida a totalidade dos critérios de sintomas, exceto duração, para episódio maníaco ou hipomaníaco; A elevação de humor adequada ao desenvolvimento, tal como ocorre no contexto de um acontecimento muito positivo ou da sua antecipação, não deve ser considerado como um sintoma de mania ou hipomania; J. Os comportamentos não ocorrem exclusivamente durante um episódio de perturbação depressiva major e não são mais bem explicados por outra perturbação mental

depressiva major e não são mais bem explicados por outra perturbação mental (por exemplo, perturbação de espectro do autismo, perturbação de stress pós-traumático, perturbação de ansiedade de separação, perturbação depressiva persistente [distímia]); este diagnóstico não pode coexistir com perturbação desafiante de oposição, perturbação explosiva intermitente ou perturbação bipolar, embora possa coexistir com outras, incluindo perturbação major, perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação de comportamento e perturbação de comportamento e perturbação de uso de substâncias (...); K. os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica ou neurológica (DSM-5 2013:184).

No que diz respeito à prevalência, a perturbação de desregulação disruptivo é, segundo o DSM-5 mais comum em crianças que se apresentam em clínicas de saúde mental pediátricas, na comunidade a prevalência não é clara.

Em relação às crianças e adolescentes, a “prevalência global de desregulação do humor disruptivo no período de 6 meses a 1 ano situa-se, no intervalo de 2% a 5 %, tendo por base a taxa de irritabilidade persistente grave e crónica, caracterizando-a como principal perturbação. A taxa mais elevada é mais provável no sexo masculino e em crianças em idade escolar em relação ao sexo feminino e em adolescentes.

Os fatores de risco e de prognóstico dividem-se em dois grupos, temperamentais e genéticos e fisiológicos. Nos temporais as crianças com irritabilidade crónica apresentam habitualmente histórias psiquiátricas complexas. Neste caso, existe uma história prolongada de irritabilidade crónica, manifestando-se antes de estar preenchida todos os critérios de síndrome. Segundo DSM-5, “muitas crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo revelam sintomas que também preenchem critérios para os diagnósticos de perturbação de hiperatividade/défice de atenção (PHDA) e de perturbação de ansiedade, presentes desde uma idade relativamente precoce (DSM-5, 186).

Em termos genéticos e fisiológicos, as crianças quando apresentam risco familiar, tendem a apresentar “irritabilidade não episódica crónica e podem ser distinguidas das crianças com perturbação bipolar”. Comparativamente com as “crianças com perturbação bipolar pediátrica ou com outras perturbações mentais, as crianças com perturbações de desregulação do humor disruptivo apresentam semelhanças e diferenças nos défices do processamento de informação” (DSM-5, 187).

No que concerne ao género, as crianças com este tipo de perturbação são predominantemente do sexo masculino segundo amostras da comunidade. A prevalência

“entre o sexo masculino e feminino distingue a perturbação de desregulação do humor disruptivo da perturbação bipolar, na qual existe uma prevalência idêntica entre os géneros” (DSM-5, 187).

Em termos de risco suicídio, as crianças avaliadas com irritabilidade crónica, a atenção centra-se nos indícios de comportamento suicidário e de agressão, assim como outras consequências funcionais graves da perturbação de desregulação de humor disruptivo.

Em termos de consequências funcionais, a irritabilidade crónica grave está ligada a uma “marcada perturbação das relações familiares e com os pares, bem como do desempenho escolar dessas crianças. Visto não tolerarem bem a frustração, estas crianças “têm grande dificuldade em ser bem-sucedidas na escola, são com frequência incapazes de participar nas actividades que as crianças saudáveis em geral gostam; a sua vida familiar é gravemente perturbada pelas suas explosões e irritabilidade; têm dificuldade em iniciar ou manter amizades”, estas condições “causam uma perturbação grave na vida dos indivíduos afetados e das suas famílias”.

Segundo o DSM-5, quer na perturbação de desregulação do humor disruptivo quer na perturbação bipolar pediátrica são comuns comportamentos perigosos, ideação suicida ou tentativas de suicídio, agressões graves e internamentos psiquiátricos.

No diagnóstico diferencial, as crianças que apresentam histórias complexas, o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo deve ser realizado tendo em conta, a presença ou ausência de múltiplas condições.

Pode-se distinguir a perturbação de desregulação do humor disruptivo da perturbação bipolar e da perturbação desafiante de oposição através de uma avaliação cuidada apresentada.

Nas perturbações bipolares a característica principal tem a ver com a evolução longitudinal dos sintomas nucleares; as perturbações bipolares I e II manifestam-se como uma doença episódica com episódios distintos de perturbação do humor habitual; durante um episódio maníaco, a alteração de humor deve ser acompanhada desde o início, ou agravado de sintomas cognitivos, comportamentos físicos (distrabilidade, aumento da atividade dirigida a determinados objetivos; os pais perante um episódio maníaco devem ser capazes de identificar um período de tempo distinto durante o qual o humor e o comportamento da criança são claramente diferentes do habitual; a irritabilidade da perturbação de desregulação é persistente e presente durante vários meses; a irritabilidade grave é característica da criança com perturbação de desregulação de humor disruptivo; não pode ser atribuído a uma criança

que alguma vez tenha tido um episódio hipomaníaco ou maníaco (irritável ou eufórico) de duração completa, com duração superior a 1 dia; presença de humor elevado ou expansivo e de grandiosidade; estes sintomas são características da perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Na perturbação desafiante de oposição os sintomas são relativamente raros em crianças com perturbação desafiante de oposição, presença de explosões graves e frequentemente recorrentes e uma perturbação persistente do humor entre os episódios; o diagnóstico requer que haja um défice grave no funcionamento em pelo menos um contexto (casa, escola ou com os pares) e um défice ligeiro a moderado no funcionamento num segundo contexto; cerca de 15% dos indivíduos com perturbação desafiante de oposição preencheriam os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo; como o risco; elevado para perturbação depressiva; a componente do humor é mais proeminente nos indivíduos com perturbação de desregulação do humor disruptivo quando comparados com indivíduos com perturbação desafiante de oposição; a perturbação parece estar associada a um risco elevado para problemas de comportamento, bem como para problemas de humor.

Na perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação depressiva major, perturbação de ansiedade e perturbação de espectro do autismo, uma criança cujos sintomas preenchem os critérios para perturbação de desregulação do humor disruptivo pode receber também o diagnóstico comórbido de PHDA; perturbação depressiva major, e/ou perturbação de ansiedade; as crianças cuja irritabilidade está presente apenas no contexto de um episódio depressivo major ou de uma perturbação depressiva persistente (distímia) devem receber um desses diagnósticos em vez do de perturbação de desregulação do humor disruptivo; crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo podem apresentar sintomas que também preenchem os critérios de diagnóstico para perturbação de ansiedade e podem receber ambos os diagnósticos; crianças com perturbação do autismo apresentam muitas vezes explosões temperamentais quando, por exemplo, as suas rotinas são alteradas; as explosões temperamentais devem ser consideradas secundárias à perturbação do espectro do autismo e as criança não devem ser consideradas à perturbação do espectro do autismo e a criança não deve receber o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo.

Perturbação explosiva intermitente as crianças com este tipo de explosão apresentam episódios de temperamento graves muito semelhantes aos das crianças com perturbação de desregulação de humor disruptivo; a perturbação explosiva intermitente não requer

perturbação persistente do humor entre os episódios; a perturbação explosiva intermitente requer apenas 12 meses necessário para a perturbação de desregulação disruptivo; estes dois diagnósticos não devem ser feitos na mesma criança; as crianças com explosões e irritabilidade persistente intercorrente, apenas se devem atribuir o diagnóstico de perturbação de desregulação do humor disruptivo (DSM-5, 2013,188).

No que concerne à comorbilidade, as taxas “ na perturbação de desregulação do humor disruptivo são extremamente elevadas”. São raros os indivíduos que preenchem apenas os critérios de diagnóstico para perturbação de desregulação do humor disruptivo. As crianças apresentam uma vasta variedade de sintomas e diagnóstico de comportamento disruptivo, de humor, de ansiedade e mesmo do espectro do autismo. Outrossim, as crianças com perturbação de desregulação do humor disruptivo não devem apresentar sintomas que preencham os critérios para perturbação bipolar.

Em relação à perturbação depressiva major os critérios de diagnóstico são os seguintes: A. “Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas num período de 2 semanas consecutivas e representam uma alteração do funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é 1) humor deprimido ou 2) perda de prazer ou de interesse; não incluir os sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica; 1. Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado ou pelo relato subjetivo ou pela observação de outros; em crianças ou adolescentes o humor pode ser irritável; 2. diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias; 3.perda de peso, não estando a fazer dieta, ou aumento de peso significativos ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias; em crianças, deve considerar-se o não se atingir o aumento esperado de peso; 4.Insónia ou hiperinsónia quase todos os dias; 5. agitação ou lentificação psicomotora quase todos os dias; 6. fadiga ou perda de energia quase todos os dias 7. sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias; 8. diminuição da capacidade de pensar ou de concentração, ou indecisão, quase todos os dias; 9. pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrentes sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. B. os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em qualquer área importante do funcionamento; C. o episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica (DSM-5, 190).

No diagnóstico da perturbação depressiva major, os sintomas “devem” estar “presentes” quase todos os dias para serem considerados presentes, com exceção de alterações

do peso e ideação suicida” e o humor deprimido “deve estar presente durante a maior parte do dia” e quase todos os dias.

As queixas apresentadas são a insônia ou fadiga e a “não investigação de sintomas depressivos resultará em sub-diagnóstico. (DSM-5,192). Através da expressão facial ou comportamento, a tristeza que inicialmente é negada pode ser evidenciada em entrevista ou inferida a partir da expressão facial ou comportamento. Segundo o DSM-5, a “fadiga e a alteração do sono estão presentes numa elevada proporção de casos; as alterações psicomotoras são muito menos comuns, mas são indicativos de uma maior gravidade global, tal como a presença de culpa delirante ou quase delirante2 (DSM-5, 192).

Esta perturbação tem como característica principal o período de pelo menos 2 semanas em que existe humor depressivo ou perda de interesse em quase todas as atividades.

Nas crianças e adolescentes, verifica-se um humor irritável em vez de triste, pode também “ experimentar pelo menos 4 sintomas adicionais de diminuição da energia; sentimentos de desvalorização ou de culpa; dificuldade em pensar; concentrar-se ou tomar decisões; ou pensamentos recorrentes de morte ou ideação suicida ou planos ou tentativa de suicídio (DSM-5,193). A duração dos sintomas perdura a maior parte do dia e quase todos os dias pelo menos 2 semanas consecutivas.

O episódio “deve ser acompanhado por mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou noutras áreas importantes do funcionamento” (DSM-5,193).

“O humor num episódio depressivo major é muitas vezes descrito pelo individuo como deprimido, triste, sem esperança, desanimado ou como se tivesse batido no fundo do poço” (DSM-5,193).

A tristeza é negada inicialmente. Os indivíduos queixam-se de se sentirem vazios sem emoções ou ansiosos; presença de humor deprimido; aumenta da irritabilidade; explosões de raiva ou culpando os outros; sentimento exagerado de frustração; diminuição de energia; desvalorização pessoal ou de culpa; diminuição da capacidade para pensar; pensamentos de morte, ideação suicida ou tentativas de suicídio são comuns; desejo de não acordar de manhã ou a crença de que os outros estariam melhores se a pessoa estivesse morta; pensamentos transitórios, mas recorrentes de cometer suicídio, até ao plano específico de suicídio; indivíduos com ideação suicida mais grave (pensamento em testamentos atualizados, dívidas liquidadas) e também escolher o local a hora, material (corda, arma) para cometer suicídio; as motivações para o suicídio podem incluir o desejo de desistir perante obstáculos entendidos como intransponíveis; um desejo intenso de terminar com um estado emocional doloroso que

o indivíduo considera não ter fim, uma incapacidade para antever qualquer prazer na vida ou o desejo de não se tornar um peso para os outros (DSM-5,192).

A avaliação dos sintomas, segundo DSM-5, de um episódio depressivo major é essencialmente difícil quando ocorrem em indivíduos que tem igualmente uma condição médica geral (por exemplo, cancro, acidente vascular cerebral, enfarte do miocárdio, diabetes, gravidez) (2014,195).

Verifica-se um prevalência de 12 meses de perturbação depressiva major nos EUA “aproximadamente de 7% com diferenças no grupo etário, sendo que em indivíduos entre os 18 e 29 anos é 3 vezes superior à prevalência em indivíduos com mais de 60.

Em relação ao género, o sexo feminino tem taxas de 1,5 a 3 vezes superior em comparação com o sexo masculino (DSM-5,195).

Os fatores de risco e de prognóstico de nível temporais centra-se no neuroticismo (afetividade negativa) fator de risco bem estabelecido para o início da perturbação depressiva major. Os níveis mais elevados tornam os indivíduos mais “suscetíveis a desenvolver episódios depressivos” a um acontecimento de vida geradores de stress.

Nos fatores ambientais, são as experiências adversas à infância que contribuem para um conjunto de potentes fatores de risco. Os acontecimentos de vida geradores de stress são precipitantes de episódios depressivos major bem estabelecidos (DSM-5,197).

Em termos genéticos e fisiológicos existe um risco maior para os familiares de primeiro grau dos indivíduos com perturbação depressiva major, esse risco é 2 a 4 vezes mais elevado em comparação com a população em geral.

Segundo o DSM-5, a “hereditariedade é aproximadamente 40% e o traço de personalidade neuroticismo, contribui para a porção substancial desta responsabilidade genética (2014,197).

Quando as perturbações major não estão relacionadas com o humor existe o risco de um indivíduo desenvolver uma depressão. As perturbações de uso de substâncias e de ansiedade, bem como a perturbação estado-limite (borderline) da personalidade, estão entre as mais frequentes, e os sintomas iniciais podem ser confundidos e atrasar o reconhecimento (DSM-5,197). As doenças dominantes tais como diabetes, obesidade mórbida e doença cardiovasculares “são muitas vezes complicadas por episódios depressivos”, sendo muito prováveis de se tornarem crónicos.

No que concerne à cultura, após vários inquéritos, verificou-se diferenças de 7 vezes nas taxas de prevalência a 12 meses e com mais consistência na proporção entre os sexos

feminino e masculino, idades médias de início e o grau em que aumentam a probabilidade de abuso de substâncias comórbido. Na maior parte dos países, a maioria dos casos de depressão não é reconhecida a nível dos cuidados de saúde primários e de que em muitas culturas os sintomas somáticos são através das queixas do doente (DSM-5,197). Não há evidências claras no que diz respeito ao género em relação aos sintomas causa, resposta ao tratamento, contudo é no sexo feminino onde se verifica um risco maior de tentativa de suicídio e o risco de suicídio consumado é mais baixo. “A disparidade na taxa de suicídio por género não é tao grande entre indivíduos com perturbações depressivas como o é na população em geral (DSM-5,198).

O risco de suicídio verifica-se em qualquer momento durante os episódios depressivos major. “O fator de risco mais consistentemente descrito é a história prévia de tentativas ou ameaças de suicídio”, mas a maioria dos suicídios consumados não antecede de tentativas mal sucedidas. O sexo masculino apresenta maiores risco e como, ser solteiro ou viver sozinho e ter sentimentos intensos de falta de esperança. “ A presença de personalidade estado-limite (borderline) aumenta marcadamente o risco de futuras tentativas de suicídio” (DSM-5,198).

No diagnóstico diferencial verifica-se: episódio maníaco com humor irritável ou episódios mistos que podem ser difíceis de distinguir dos episódios maníacos com humor irritável ou dos episódios mistos e requerem uma avaliação clínica cuidadosa da presença de sintomas maníacos.

Perturbação de humor devida a outra condição médica, um episódio depressivo major é o diagnóstico adequado se, com base na história individual, exame físico e dados laboratoriais, se considera que a alteração do humor não é uma consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, hipotiroidismo) ”.

Perturbação de humor devida a outra condição médica: “Um episódio depressivo major é o diagnóstico adequado se, com base na história individual, exame físico e dados laboratoriais, se considera que a alteração do humor não é uma consequência fisiopatológica direta de uma condição médica específica (esclerose múltipla, acidente vascular cerebral, hipotiroidismo) ”.

Perturbação depressiva induzida por substância/medicamento ou perturbação bipolar uma substância (droga de abuso, um medicamento, uma toxina) parece estar etiologicamente relacionada com a perturbação de humor; o humor deprimido que ocorre apenas no contexto

da abstinência de cocaína deve ser diagnosticado como perturbação depressiva induzida por cocaína.

Perturbação de hiperatividade/défice de atenção, “a distrabilidade e a baixa tolerância à frustração tanto podem ocorrer na perturbação de hiperatividade/défice de atenção, como no episódio depressivo major; ambos os critérios preenchidos, as perturbações podem ser diagnosticada em conjunto com a perturbação de humor; a perturbação de humor é caracterizada por irritabilidade e não por tristeza ou perda de interesse”

Perturbação de ajustamento com humor deprimido, o episódio depressivo major que ocorre em resposta a um fator de stress psicossocial distingue-se da perturbação de ajustamento com humor deprimido pelo facto da totalidade dos critérios para episódio depressivo major não estar preenchida na perturbação de ajustamento.

Tristeza: os episódios de tristeza são aspetos inerentes da experiência humana; não devem ser diagnosticados como episódios depressivos major; o diagnóstico de perturbação depressiva com outra especificação pode ser apropriado para as apresentações com humor deprimido com défices clinicamente significativos que não preenchem os critérios de duração ou gravidade” (DSM-5,198).

Neste tipo de perturbação, a comorbidade ocorre simultaneamente com as perturbações “relacionadas com substâncias, a perturbação de pânico, a perturbação obsessivo-compulsivo, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a perturbação estado-limite (borderline) da personalidade” (DSM-5,199).

A distímia (perturbação depressiva persistente representa “a fusão da perturbação depressiva major e da perturbação distímica” (DSM-5,199).

Os critérios de diagnóstico refletem-se em: A. Humor depressivo em grande parte do dia, durante pelo menos 2 anos; nas crianças e adolescentes o humor pode ser irritável com duração de um ano; B. quando se está deprimido podem ocorrer dois ou mais sintomas: apetite diminuído ou aumentado; insónia ou hipersónia; baixa energia ou fadiga; baixo autoestima; falta de concentração ou dificuldade em tomar decisões; sentimentos de desesperança; C. num período de 2 anos da perturbação, o indivíduo nunca esteve sem sintomas dos critérios A e B por mais de 2 meses de cada vez; D. os critérios para perturbação depressiva major podem estar presentes durante anos; E. não existe um episódio maníaco ou um episódio hipomaníaco e nunca foram preenchidos os critérios para perturbação ciclotímica; F. a perturbação não é mais bem explicada por uma perturbação esquizoafetiva persistente, esquizofrenia, perturbação delirante ou perturbações do espectro da esquizofrenia

com outra especificação; G. os sintomas não são atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (droga, um medicamento) ou a outra condição médica (hipotireoidismo); H. os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit social, ocupacional ou noutra área do funcionamento (DSM-5,200).

A perturbação depressiva persistente tem como característica essencial o humor depressivo durante “a maior parte do dia mais de metade dos dias, pelo menos durante 2 anos ou pelo menos durante 1 ano para criança e adolescentes” (DSM-5,201). A depressão major pode preceder a perturbação depressiva persistente os episódios depressivos major podem surgir durante a perturbação depressiva persistentes (DSM-5,201).

Os indivíduos com esta perturbação descrevem o humor como triste ou como se tivessem batido no fundo do poço.

No que concerne à prevalência a perturbação depressiva persistente é uma amálgama da perturbação distímica e dos episódios depressivo major crónico. Nos EUA, a prevalência é cerca de 0,5% para a perturbação depressiva persistente e 1,5% para a perturbação depressiva major crónica (DSM-5,p.201).

Em termos de fatores de risco e de prognóstico, nos fatores temperamentais, os fatores “preditores de mau diagnóstico a longo prazo incluem níveis elevados de neuroticismo (afetividade negativa), maior gravidade de sintomas, pior funcionamento global e presença de perturbações de ansiedade ou de perturbações de comportamento.

Em termos ambientais os fatores de risco da infância incluem a perda ou separação parental. Nos genéticos e fisiológicos não são “claros no desenvolvimento, causa ou história familiar entre a perturbação distímica e a perturbação depressiva major crónica” (DSM-5). Os indivíduos com perturbação depressiva persistente têm uma maior proporção de familiares de primeiro grau com perturbação depressiva persistente do que os indivíduos com a perturbação depressiva major” e para perturbações depressivas (DSM-5,202).

No diagnóstico diferencial, verifica-se que: na perturbação depressiva major o diagnóstico é realizado se houver humor deprimido e 2 ou mais sintomas; o diagnóstico depende da duração de 2 anos; dever-se-á fazer o diagnóstico de depressão major; não sendo, todavia codificado como um diagnóstico separado; se os sintomas do indivíduo, no momento atual, preenchem a totalidade dos critérios de diagnóstico para episódio major, então deve ser utilizado o especificador com síndrome distímica pura;

Nas perturbações psicóticas, os sintomas depressivos podem ser uma característica comum associada a perturbações psicóticas crónicas (perturbação esquizo afetiva, esquizofrenia, perturbação delirante).

Perturbações depressivas ou bipolares e outras perturbações relacionadas devido a outra condição médica têm que ser distinguida das perturbações depressivas ou bipolares e das perturbações devidas a outra condição médica; o diagnóstico tem por base a história clínica, exame físico ou achados laboratoriais.

As perturbações depressivas ou bipolares induzidas por substância/medicamento, as perturbações induzidas por substância/medicamento distinguem-se da perturbação depressiva persistente quando uma substância (droga de abuso, um medicamento, uma toxina) se considera estar etiologicamente relacionada com a perturbação do humor.

Na perturbação da personalidade, há evidências de uma perturbação da personalidade coexistente; quando o quadro clínico preenche os critérios para perturbação depressiva persistente e perturbação da personalidade, devem ser dados ambos os diagnósticos (DSM-5,203).

Em relação à comorbilidade, os indivíduos que apresentam perturbação depressiva persistente têm um risco mais elevado de comorbilidade psiquiátrica e, também com a perturbação de ansiedade e de uso de substâncias em particular. A perturbação depressiva persistente de início precoce está fortemente associada às perturbações da personalidade dos grupos B e C do DSM-IV.

2.4.2. Tratamento psicofarmacológico

Segundo Madeira e Craveiro (2014), a depressão e os comportamentos suicidários representam graves problemas de saúde pública. A depressão segundo os autores tem uma posição cimeira na lista de doenças causadoras de imobilidade e incapacidade, mas o suicídio ceifa quase um milhão de vidas por ano em todo o mundo, considerada assim, a principal causa de morte em todas as faixas etárias 90% dos indivíduos que se suicidam, sofriam de uma doença psiquiátrica potencialmente tratável, como a depressão (2014,105).

Um estudo feito em 2010 sobre a atividade da urgência de Psiquiatria dos hospitais da universidade de Coimbra descreveu que 15,6 % dos doentes tinha depressão; 5% com ideação suicida e 9,7% dos doentes foram avaliados na sequência de comportamentos suicidários.

Para Madeira e Craveiro (2014), os psicofármacos utilizados na depressão, como os vários antidepressivos são considerados como globalmente semelhantes. Na depressão de forma moderada ou grave as evidências nos ensaios clínicos comprovam a eficácia do tratamento, já na depressão ligeira o efeito será menos resistente não sendo consensual a sua utilização (2014,15).

Noutra perspectiva, a OMS defende que nas formas ligeiras de depressão, deveria ser disponibilizada uma relação de ajuda, escuta empática, informação sobre a doença e o apoio não farmacológicos, tais como, estratégias de resolução de problemas e psicoterapia estruturada, apoio e estruturas sociais. Caso haja agravamento da situação num período de 2 a 4 semanas poder-se-ia considerar a prescrição de antidepressivos.

As formas moderadas ou graves de depressão beneficiam de fármacos antidepressivos, disponíveis em Portugal tais como; inibidores seletivos da recaptção da Serotonina (ISRS) (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina, Sertralina); inibidores seletivos de serotonina e noradrenalina (ISRN), (Duloxetina, Milnaciprano, Venlafaxina); triglicéridos e afins (Amitriptilina, Clomipramina, Dosulepina Imipramina, Maprotilina, Nortriptilina, Trimipramina); inibidores da recaptção da noradrenalina e/ou dopamina (Bupropio, Reboxetina); inibidores da monaminoxidase (IMAO) (Moclobemida, Pirlindol); agonistas dos recetores da melatonina (Agomelatina); noradrenérgicos e específicos da serotonina (Mianserina, Mirtazapina); Antagonista e inibidor da recaptção da serotonina (Trazadona); outros (Tianeptina).

A OMS introduziu dois medicamentos antidepressivos essenciais: a fluoxetina e amitriptilina. Por sua vez, a Direcção-Geral de saúde (DGS) para o tratamento da depressão major não aconselha os antidepressivos tricíclicos como opção inicial em indivíduos com

mais de 55 anos, o *National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)* recomenda os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS).

Aquando da utilização de um fármaco antidepressivo deve-se ter em conta, a história prévia de utilização de antidepressivos, comorbilidade médica; impacto relativo dos efeitos adversos; razões circunstanciais (custo e disponibilidade de medicamento genérico).

Assim e citando Madeira e Craveiro (2014) estes consideram 3 fases importantes de tratamento: aguda, continuação e manutenção.

2.4.3. Tratamento da fase aguda

Esta fase, é considerada como o primeiro momento psicofarmacológico em que o principal objetivo é pôr fim ao sentimento emocional e prejuízo do funcionamento, procurando que o individuo retome o funcionamento prévio da doença. Esta fase dura entre 1 a 3 meses, os antidepressivos poderão demorar entre 6 a 8 semanas ate atingir o efeito terapêutico, as doses são reduzidas, numa toma única e aumentando gradualmente ao longo das 8-10 dias de tratamento ate obter uma melhoria clínica.

Nos primeiros dias do tratamento poderão surgir sintomas gastrointestinais (náuseas e vômito) e cefaleias que tenderão a remitir após os primeiros dias de tratamento e persistir em caso de manutenção da dose (por exemplo, disfunção sexual) (2014,110).

Segundo Madeira e Craveiro (2014), quando existe ansiedade, ao mesmo tempo está geralmente indicado tratar o quadro depressivo em primeiro lugar (2014,110). Os cuidados da titulação inicial do fármaco potencialmente ativadores, não serão suficientes nos indivíduos com um elevado nível de ansiedade que beneficiariam da introdução precoce de uma molécula ansiolítica, as benzodiazepinas (BZD), são úteis na janela inicial de tratamento. No caso de existir insónia considerável, poderá beneficiar de algumas estratégias como informação sobre medidas que possam melhorar a higiene do sono (psicoeducação e intervenções comportamentais. Alguns antidepressivos sedativos como tricíclicos, mintazapina, trazodona, podem ser benéficos em monoterapia ou associação.

Em relação ao tratamento de continuação, é fundamental impedir um reagrupamento sintomático precoce, ou seja, uma recaída do episódio depressivo inicial. A prevenção da recaída efetua-se com a toma continua do antidepressivo em dose eficaz por mais 6-9 meses, mantendo o doente assintomático.

A fase de manutenção tem como “objetivo de longo prazo a prevenção de um novo episódio depressivo, ou seja, uma recorrência. A dose de tratamento é mantida, as reduções de

dose poderão ser equacionadas face a efeitos secundários de longo prazo, prejudiciais à qualidade de vida do doente (obesidade e outros efeitos metabólicos, disfunção sexual) (Madeira e Craveiro 2014,111).

No que concerne à retirada de um antidepressivo, esta deve ter em conta, a escolha do antidepressivo, as características do indivíduo, fatores demográficos (idade), fisiológicos (gravidez) ou patológicos (comorbilidades). Alguns fármacos poderão contribuir para o desenvolvimento de sintomas depressivos.

No que concerne aos psicofármacos e suicídio, através de um “estudo de Lonnqvist e colaboradores, as autópsias psicológicas realizadas em 1397 suicídios ocorridos na Finlândia durante um ano, documentaram, em 93% dos casos, a existência de, pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, com síndromes depressivos (66%) (p.116).

Nas populações especiais o tratamento no caso dos idosos nos inibidores seletivos de recaptação da serotonina (ISRS) “opção frequente, importa atender às interações farmacocinéticas (indivíduos frequentemente polimedicados) e alguns adversos exacerbados (por exemplo hemorragias gastrintestinais hiponatremia) (p.116).

Os autores salientam ainda que o suicídio está geralmente associado à presença de doença psiquiátrica, em particular depressão. Metade das pessoas que se suicidam, contactaram os cuidados de saúde pouco tempo antes da morte.

Verifica-se que as taxas de mortalidade por suicídio em indivíduos com doença psiquiátricas é superior à da população geral.

Segundo *Harris*, (1997) *cit in* Madeira e Craveiro (2014), as taxas de mortalidade por suicídio em doenças psiquiátricas nas perturbações alimentares são 23,14%; depressão major 20,35%; abuso de sedativos 20,30%; dependência de opioides 14,00%; distímia 12,12%; perturbação obsessivo-compulsivo 11,54%; perturbação de pânico 10,00%; esquizofrenia 8,45%; perturbações de personalidade 7,08%; atraso mental 0,88%.

Harris (1997), refere que este valor numérico traduz o aumento relativo de mortes por suicídio, face à população geral em cada doença psiquiátrica. O risco aumenta quando os indivíduos tentam o suicídio no passado, cerca de 40 vezes superior à população geral.

Verifica-se que quando se efetua um tratamento farmacológico da depressão, emerge um empirismo: a probabilidade de comportamentos suicidários na fase inicial do tratamento, “porventura relacionados com uma melhoria inicial dos níveis de energia e motricidade, antecedendo a efetiva eutimização do humor e remissão de eventual ideação suicida” (*cit in* Madeira e Craveiro 2014,118).

A *Food and Drug Administration- FDA*, em 1991 através de uma reunião, concluíram que não haveria prova clara do aumento do efeito precoce para aumentar os comportamentos suicidários em indivíduos medicados com fluoxetina.

Num estudo efetuado em 2009, nos adultos sobre antidepressivos, emergência ou agravamento de ideação suicida e comportamentos suicidários, em 372 ensaios clínicos randomizados e controlados: “foi assinalado que o risco de suicidalidade está sobretudo dependente da idade, parecendo haver risco aumentado de comportamentos suicidários em adultos com menos de 25 anos, semelhante a crianças e adolescentes” (Madeira e Craveiro 2014,119). Os antidepressivos, segundo os autores, protegem “quanto à ideação suicida entre 25-64, reduzindo o risco de suicídio e comportamentos suicidários em indivíduos com mais de 65 anos” (p.119).

Não obstante, o aumento do uso de antidepressivos tem sido indicado como causa da redução das taxas de suicídios. Estudos efetuados na Finlândia, Suécia, Hungria, Estados Unidos, Austrália e Reino Unido procuram comparar os padrões de prescrição de antidepressivos e a evolução das taxas de suicídio, estes por sua vez documentaram uma associação contrária entre uso de antidepressivos e taxas de suicídio, na Dinamarca, Islândia, Itália e Japão (p.120).

Segundo os autores, o aumento “do uso do ISRS e concomitante diminuição das taxas de suicídio poderiam representar consequências da prosperidade económica ou da disponibilização mais eficaz de serviços de saúde mental (p.120). As autópsias se suicídios ocorridos na Suécia entre 1995 e 2004 (16 937 casos) revelou que os antidepressivos por comparação com fármacos controlo, foram deletados em frequência inferior, sugestiva de um efeito preventivo do suicídio e noutra estudo sueco verificou-se que 88% dos suicídios não tinham adquirido medicamentos antidepressivos nos três meses prévios.

No Reino Unido, a análise das taxas de mortalidade indicou maior toxicidade dos fármacos tricíclicos face ao ISRN venlafaxina e à mirtazapina, estes revelam maior toxicidade que os ISRS; o citalopram revelou uma taxa de mortalidade superior aos restantes ISRS.

Deve-se ter em conta a letalidade em sobredosagem dos antidepressivos, pois a intoxicação medicamentosa é um método frequente de suicídio e regularmente utilizado em atos suicidas, cerca de 20% dos suicídios por intoxicação no Reino Unido.

Os autores referem que estes comportamentos estão associados, porque “a depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente em suicidas; o método usado nos atos é frequentemente determinado pela disponibilidade de meios; a intoxicação medicamentosa em

indivíduos deprimidos utiliza predominantemente antidepressivos prescritos ao doente” (Madeira e Craveiro, 2014, p.121).

Os estabilizadores do humor demonstraram ser eficazes na prevenção do suicídio e tentativas de suicídio em doentes com perturbações do humor quer bipolar quer depressiva.

O Lítio (Priadel), “primeiro estabilizador do humor é utilizado no tratamento da perturbação bipolar. Verificou-se através de uma extensa metanálise que a “utilização do lítio nestas condições clínicas poderia reduzir em 80% o número de comportamentos suicidários e suicídios consumados” (Madeira e Craveiro, 2014,p.121).

Para além de ser um benefício preventivo nas mortes por suicídio, o lítio associa-se a uma redução da taxa de mortalidade em geral.

Noutros estabilizadores tais como, valproato, carbamazepina e lamotrigina, a evidência é unanimemente favorável quanto ao efeito preventivo do suicídio. (p.122)

O antipsicótico, clozapina (leponex) revela-se eficaz em formas refratárias de esquizofrenia “foi relacionado a uma redução de comportamentos suicidários em doentes esquizofrénicos com aprovação da FDA. Um ensaio multicêntrico randomizado realizado pela *International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*, comprovou que a clozapina é superior à olanzapina, na prevenção de comportamentos suicidários nos indivíduos com diagnóstico de esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva e consideradas em risco de suicídio (p.123).

A Clozapina estabelece uma opção reconhecidamente eficaz na prevenção de comportamentos suicidários em indivíduos com esquizofrenia.

Em 1982, “foi descrito que a utilização de flupentixol depot (20mg, injeção mensal) em doentes com PP (perturbação da personalidade) (borderline, histiônico, dependente) e história de comportamento suicidários recorrentes reduziu prospectivamente a frequência destes últimos” (Madeira e Craveiro, 2014,123). Por sua vez, outros investigadores apresentavam alguns benefícios na utilização de halopenidol, em indivíduos com PP de tipologia borderline.

Na doença bipolar “foram reportados benefícios (por exemplo, sobre a ideação suicida em fases depressivas de perturbação bipolar) decorrentes da utilização de AP atípicos” (p.123).

De acordo com Madeira e Craveiro, (2014), os tranquilizantes e hipnóticos “poderão ser úteis na abordagem da ansiedade e insónia concomitantes com quadros depressivos; estas dimensões sintomáticas agravam-se por vezes na fase inicial do tratamento com ISRS, onde um hipotético risco de passagem ao ato suicida pode ser aumentado” (p. 123). A eficácia dos

bezodiazepinas (BZD) “na melhoria sintomática da ansiedade e insônia, e estando claras os pressupostos do seu uso basicamente como farmacoterapia coadjuvante” poderão surgir efeitos opostos (desinibição, aumento de impulsividade e agressividade) em indivíduos em PP de tipologia borderline, e risco de abuso ou dependência. Provavelmente a associação entre o uso de BZD e aumento de ideação suicida ou comportamentos suicidários não “esteja esclarecida pela evidência disponível, é consensual que a utilização destes fármacos em indivíduos deprimidos com elevado risco de suicídio envolve riscos” (p. 124).

A isotretinoína, derivado de vitamina A que atua por ligação aos recetores retinoides, sendo utilizada em formas severas de acne (2014,p.124), tem como efeitos secundários sintomas neuropsiquiátricos, a FDA mencionou que o uso da isotretinonina pode causar depressão e raramente ideação suicida e comportamentos suicidários (p.125).

Contudo será recomendável monitorizar sintomas depressivos e ideação de morte, havendo vinculação de informação a doentes e familiares e encorajando o relato de alterações de humor ocorridos durante o tratamento.

A vareniclina (chamix) é utilizada sobretudo no tratamento da dependência da nicotina. Foram descritos eventos psiquiátricos contrários (depressão, ideação suicida e, alterações comportamentais). Estudo realizado em 3415 doentes medicados com vareniclina comprovou sintomas depressivos em cerca de 3% dos indivíduos, os casos de ideação ou comportamentos suicidários foram assinaladas com menos frequência (Madeira e Craveiro,p.125).

No que concerne aos fatores de risco de suicídio nas perturbações de espectro bipolar Rodrigues *et al.* (2007) consideram o suicídio como “um sintoma fundamental na perturbação afectiva representando a sua evolução mais grave” (p.39).

Referem também que “os doentes com perturbação bipolar revelam maior risco de ter comportamentos suicidários em comparação aos que sofrem de outras perturbações psiquiátricas” (p.39).

A título de curiosidade “25 a 50% dos doentes bipolares tentam o suicídio pelo menos uma vez ao longo da vida e 8,6% a 18,6% morrem por suicídio consumado”, contudo os estudos específicos na prevenção do suicídio em doentes depressivos são escassos e em alguns “casos restringem-se ao tratamento a longo prazo com lítio e a programas educacionais para melhorar o tratamento da depressão” (p.39).

No que concerne aos fatores de risco, predomina o sexo masculino de uma maneira geral, mas entre os doentes bipolares não se verifica. A idade, segundo os autores baseando-se

“num estudo numa população asiática verificou-se que os doentes bipolares de idade inferior a 35 anos se encontravam em risco de suicídio consumado” (p.39). No subtipo de diagnóstico os doentes bipolares revelaram maior risco de tentativas de suicídio e suicídio consumado do que os doentes com depressão unipolar. Os doentes bipolares II encontram-se em maior risco do que os tipos I e verificaram que é num período de 7 a 12 anos após o início da doença como a fase de maior vulnerabilidade.

Os autores referem que outros mencionam que o sentimento de desesperança, a “perceção de existirem poucos motivos para a ideação suicida constituem um padrão de resposta de determinados indivíduos perante a adversidade, ao qual chamaram pessimismo” (p.39). Para os autores a impulsividade, é um traço de carácter que está associado a tentativas de suicídio graves ou suicídio consumado em doentes com perturbação afectiva, por sua vez a ideação suicida correlaciona-se com a impulsividade de forma independente da agressividade. “Após uma tentativa de suicídio, a impulsividade é predictora de suicídio consumado nos 12 meses seguintes” (p.40). Os sintomas psicóticos não aumentam o risco de suicídio nos doentes bipolares, outros referem que os sintomas psicóticos incongruentes com o humor são preditores de um prognóstico desfavorável.

Nas tentativas de suicídio anteriores, é segundo os autores um dos fatores de risco mais significativo, que aumenta quatro vezes em relação aos doentes sem antecedentes de comportamento suicidário (p.40). “A taxa de tentativas de suicídio anteriores é substancialmente maior em doentes bipolares II (34%), do que em doentes bipolares I (24%), nos doentes com depressão Major unipolar é de 16%” (Rodrigues *et al.*,2007,40).

O abuso de álcool e de outras substâncias são fatores de risco de suicídio nos doentes bipolares, assim como perturbações psiquiátricas, contudo em alguns estudos efetuados “em populações de doentes com perturbação afetiva não encontraram esta relação” (p.40).

Outros fatores de risco da co-morbilidade psiquiátrica são as perturbações de personalidade, de comportamento alimentar e ansiosas têm vindo a aumentar o risco de tentativas de suicídio em todos os doentes bipolares (p.40).

Os fatores de stresse permanentes, tais como o desemprego ou problemas financeiros revelam ser fatores de risco para o suicídio, sobretudo se estiver associado a uma depressão major, episódio maníaco disfórico ou misto (p.40).

Os autores revelam que situações de isolamento social, perdas precoces, ou status marital, “que surgem associados a maior risco suicídio na população em geral, não o demonstram numa meta-análise específica para doentes bipolares” (p.40).

2.4.4. Depressão no Idoso

Carvalho e Fernandez (2000), referem que “nos idosos os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromes depressivas e demenciais”. O tipo de neurose mais encontrada é a depressão” (p.160). Os autores supra citados referem ainda que nas pessoas idosas a probabilidade de sofrer desta doença é ainda maior, tendo como consequência sentimentos de auto-depreciação (p.160). Esta doença é considerada com importantes repercussões sociais devido ao fato de afetar o convívio social, impossibilitando uma rotina de vida satisfatória e o risco inerente de morbidade é considerada também uma doença potencialmente fatal, com probabilidade de suicídio (p.160).

Segundo aqueles autores “os idosos tendem a preservar uma imagem de saúde, justificando suas limitações através da doença. É mais fácil acreditar que estão doentes e não velhos” (2000,160).

Existem ideias consolidadas de que a depressão no idoso é consequente do próprio processo de envelhecimento o que *Buther* domina por “ageísmo”, contudo a depressão deve ser considerada doença em qualquer fase da vida (p.160).

No que concerne à depressão no idoso segundo Fernandes (2002), terá de ser enquadrada no contexto social em que o indivíduo está inserido, os indivíduos deprimidos afetam de forma considerável aqueles que com os mesmos contactam.

Segundo Fernandes (2002), a depressão nos idosos “visa forçosamente a curto ou longo prazo, exercer a sua influência nos indivíduos que com ele se relacionam mais intimamente, particularmente, os seus familiares (2002,67).

A mesma refere que a depressão no idoso “é um motivo de hospitalização pelo menos tão frequente quanto a demência “ (p. 67). O quadro clínico é parecido com o que se pode encarnar noutras idades, contudo menos vulgar o sentimento de culpa e a incapacidade grave e frequentes a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indignância.

A autora destaca, baseando-se em Marques *et al.* (1989), três grandes fatores que são geralmente apresentados quando ocorre a depressão nos idosos, fatores ambientais, genéticos e fatores orgânicos. Consideram-se factores ambientais todas as situações traumáticas que se deparam ao idoso relacionadas com as condições do meio (profissional, social ou familiar), ou seja, “o isolamento e falta de convívio social; a ausência de trabalho, com consequente imobilidade; a saída dos filhos de casa paterna, ou síndrome do “ninho vazio”; a morte do cônjuge ou de pessoas de família; a noção de “fardo” para a família; as perdas físicas, mentais e sociais próprias do idoso” (Fernandes, 2002,68).

Os fatores genéticos nas idades tardias na depressão major são aqueles em que o peso genético é maior os indivíduos sofrem uma primeira crise na terceira idade que são mais ajustadas emocional, social e psicologicamente do que aqueles que sofrem na idade mais jovem, existem fatores genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias.

Nos fatores orgânicos, existe uma grande diversidade de afeções orgânicas que se podem revelar em sintomas desta natureza, tais como nas alterações senis, ateroscleróticas e acidentes vasculares cerebrais.

Segundo Barreto (1984, *cit in*, Fernandes, 2002), as depressões nos idosos são normalmente de tipo funcional, não são pródromos nem resultantes de doenças degenerativas senil ou cerebrovasculares, e a “incidência de quadros demenciais não é mais elevada nos depressivos do que nos idosos vistos na generalidade e a de que é maior a frequência de casos de suposta demência que se vêm a revelar de natureza depressiva do que as depressões terem, de alguma forma interferência direta num quadro demencial” (Fernandes, 2002, 68).

Segundo Fernandes (2002), através de um estudo realizado em mais de 1300 adultos idosos, vivendo em comunidades rurais e urbanas com pelo menos 60 anos, 27% têm sintomas depressivos “leve” a situação de 11% dos casos; 4% sintomas de depressão sintomática com sintomas depressivos muito grave 2% eram vítimas de um distúrbio distímico e menos de 1% em episódio depressivo maior; 1,2% com síndrome misto de depressão e ansiedade.

Segundo Barreto (1984, *cit in* Fernandes 2002), aferiu uma prevalência de 25% de depressão numa comunidade do Norte de Portugal, outro estudo realizado por Seabra *et al.* (1991) registaram que no Algarve existe 72,7% de indivíduos depressivos entre os reformados.

Por sua vez, Serra (1977, *cit in* Fernandes 2002), “ a depressão quando surge num indivíduo de terceira idade, geralmente não é mais do que a repetição de uma crise depressiva cujo surto inicial terá ocorrido bastante anos antes” (2002, 71).

Não obstante, segundo Muller (1969), a crise depressiva na terceira idade na sua generalidade, será uma repetição de surtos anteriores que assumem contornos diferentes, devido ao inexorável processo de envelhecimento que implica modificações quer (biológica, perturbações a nível do sistema locomotor, do aparelho cardiocirculatório, dos órgãos dos sentidos), psicológica (perda de familiares ou amigos próximos) e social (isolamento, solidão, insegurança).

Muller (1969, *cit in* Fernandes 2009), caracterizou a depressão na terceira idade por um aumento da duração média dos episódios depressivos, por um quadro menos grave das emoções em presença e por uma monotonia progressiva dos seus conteúdos.

Num estudo realizado por Lopes (1988, *cit in* Fernandes, 2002), este utilizou a Escala de Depressão de Hamilton, numa amostra constituída por seis grupos de doentes, nesse estudo o autor concluiu que os idosos com mais de 60 anos, que adoecem pela primeira vez com depressão na terceira idade, apresentam como características a lentidão e a inibição, os mais jovens com menos de 45 anos de idade evidenciaram sentimentos de culpa, ideias de suicídio, ansiedade psiquiátrica, desespero e humor depressivo. O grupo com idades entre os 45 anos e os 59 anos revelou sintomas como a ansiedade psíquica, a ansiedade somática, problemas astro-intestinais e grande ansiedade e com menos evidência de sentimentos de culpa e despersonalização.

Ainda baseando no estudo supra citado, o autor verificou que a depressão nos gerontes em influência da sua condição social, o maior número de depressão verificou-se nos indivíduos que não trabalhavam e nos que se encontravam sujeitos a tratamento de doenças físicas. Desempenhando a ocupação e a atividade num importante papel na profilaxia das depressões.

Fernandes (2002), menciona que a depressão será mais frequente perturbação psíquica nos idosos, variando a sua prevalência entre 5% e 65% conforme os estudos e a população-alvo. Ainda segundo a mesma, baseando-se em alguns estudos, refere que coeficientes da prevalência verificados em Portugal são superiores aos encontrados no estrangeiro, principalmente nos Estados Unidos da América.

Lucca referiu em 2008 que o idoso deixou de ser uma pequena parcela da população, para se tornar um grande personagem no desenvolvimento do país (2008,p.29). Seguindo a mesma linha de pensamento, Lucca (2008) refere que o idoso vai envelhecendo conforme viveu a sua face adulta, se teve uma vida deficitária, terá uma velhice com problemas. A sua adaptação fase ao envelhecimento está relacionada com sua situação de vida anterior (2008,p.40). Se ele estiver preparado para aceitar as limitações que a idade acarreta, conseguirá viver mais tranquilamente este período (2008,p.40).

Para Lucca (2008), o poder económico tem grande influência na vida do idoso, pois proporciona uma velhice mais privilegiada, com certos confortos e segurança na aquisição de bens e produtos de saúde.

Não existe, segundo Lucca (2008), uma velhice típica, padrão. Esta varia de acordo com as sociedades, as culturas e as classes sociais.

A depressão no idoso, segundo Lucca (2008), não é fácil de diagnosticar pois os sintomas podem ser confundidos com outras doenças próprias do envelhecimento tais como, insônia, fadiga, faltas de memória (que podem ser provenientes de doenças infecciosas ou vasculares, como Alzheimer, comuns nesta faixa etária) fadiga/desânimo devido à carência nutricional ou doenças cardiopulmonares, bem como efeitos colaterais de uso de medicamentos, são suscetíveis de criar confusão (p.42).

A depressão não é apenas uma tristeza passageira face a um fator adverso da vida. Ela apresenta-se de maneira profunda e duradoura e, em geral, dura algumas semanas, podendo estender-se por anos (p.43).

Os sintomas apresentados pelo paciente tais como, não se interessar pelas “atividades diárias, não dormir bem, não ter apetite, muitas vezes com queixas vagas, como dores de cabeça, pensamentos negativos como a ideia de culpa e de inutilidade” poderão originar tentativas de suicídio (p.43).

Segundo Lucca (2008), as causas de depressão embora desconhecidas poderão estar influenciadas por vários fatores como biológicos, psicológicos e sociais, atuando de forma concomitante. Por outro lado, a diminuição do suporte sociofamiliar, a perda de estatuto ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente contribuem para uma alteração significativa do humor. A nível biológico surge o aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas capazes de produzirem sintomas depressivos.

Lucca, (2008), refere que a “qualidade de vida na terceira idade pode ser definida como a manutenção da saúde, ao seu maior nível possível, em todos os aspetos da vida humana: físico, social, psíquico e espiritual.

Para além destes fatores, a incapacidade decorrente da senilidade é, segundo Lucca (2008), um fator de risco importante a curto e longo prazo para o desenvolvimento da depressão nos idosos, inicialmente gera stress e alterações negativas do estilo de vida.

2.4.5. Solidão

Segundo Fernandes (2002), a solidão é um dos aspetos que interfere de modo significativo com a saúde e a segurança das pessoas mais velhas. A solidão deriva das expectativas individuais em relação aos contatos sociais ou seja, a forma de vivência subjetiva

perante a interação social e não da frequência dos mesmos contatos, ou até mesmo de falta de planos para atividades diárias.

Segundo Berger (1995 *cit in* Fernandes 2002), a solidão é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insatisfeitas ou não satisfatórias” (p.52).

A solidão tornou-se um problema frequente da nossa sociedade, a nível dos idosos, dos adultos profissionalmente ativos, dos jovens, das crianças, pois a sociedade valoriza mais o que é material em vez da dimensão afetiva.

Nos idosos, segundo Fernandes (2002), o sentimento de solidão, é vivido de forma muito especial e dominando toda a vida do idoso. “Assaltam-no sentimentos de que os outros o considerem um “chato”, não tendo qualquer interesse no que venha a dizer, da sua dificuldade de audição leva as pessoas a aborrecerem-se de repetir e a evitarem falar na sua presença, de as suas opiniões não serem consideradas, de ser um “estorvo” ou um impedimento para a realização dos projetos dos outros” (p.52).

Nesta fase de vida, surgem problemas tais como, a diminuição progressiva de visão, da audição, a insegurança no andar, a doença, a incapacidade e a dependência, tornando-os assim mais sós, e se não existir apoio familiar ou social pode conduzir o idoso à solidão. A perda da autoestima (perda de papeis, problemas de saúde, reforma, isolamento social, são fatores vulneráveis a aumentar a solidão.

Para Fernandes (2002), o problema da solidão estabelece uma situação ameaçadora nas pessoas idosas que vivem sós ou que se debatem com graves problemas de saúde. Por sua vez, “as pessoas idosas que convivem com muitos amigos, ou com outros grupos fora da família sentem-se menos isoladas e solitárias do que as que vivem com a família, e também, quando o contato com a família é reduzido e pouco satisfatório ou quando perdem o cônjuge (p.53).

2.4.6. Ansiedade

Para Montgomery (2000) a ansiedade normal é considerada útil para nos estimular a agir no nosso dia-a-dia, é experimentada como normal quando adequada às circunstâncias e “aceite como um acontecimento que acompanha” o estímulo relevante para lidar uma situação específica (p.35). Para o autor a “emoção ansiedade resulta da resposta autonómica ao estímulo ameaçador e também provoca a resposta adequada”, pode ser melhorado pela emoção, não havendo razão para assumir “que beneficiaríamos, necessariamente, de nunca

experimentarmos sentimentos de ansiedade” (p.35). Montgomery (2000) refere que a ansiedade pode ser diagnosticada mais frequentemente do que a depressão pois é “considerada uma perturbação mais aceitável” pelos doentes, que descrevem mais facilmente os sintomas somáticos de ansiedade do que os sintomas depressivos (p.25).

A ansiedade generalizada é tida como uma preocupação excessiva “com insignificâncias que persistem” por um período de tempo igual ou superior a seis meses, acompanhada de sintomas de ansiedade como tensão, reações autonómicas, irritabilidade e dificuldade de concentração (p.41).

Para o tratamento da ansiedade ligeira utiliza-se sobretudo palavras de apoio, aconselhamento individual ou em grupo. Geralmente os sintomas estão associados a stress transitórios e desaparecem com o ajustamento adequado (p.77).

2.4.7. Isolamento

A Rede Social de Lisboa mostrou um estudo disponível no II Diagnóstico de Lisboa 2015-2016 sobre o rápido envelhecimento da população em Lisboa. No mesmo, consta que “a viuvez, a morte progressiva de amigos e familiares, a perda de contato com as crianças da família à medida que vão crescendo”, contribuem para o isolamento social de pessoas idosas e também para a diminuição das redes de apoio, pois com a entrada na reforma e sentindo-se inútil pela perda do papel que desempenhava na sociedade, a pessoa idosa tende a isolar-se.

O fato de viver só não contribui para o isolamento e solidão, mas o isolamento dos idosos na cidade de Lisboa deve-se ao facto de em 2011 “42,8% das famílias unipessoais serem constituídas por pessoas com mais de 65 anos e estão sós” (p.3).

Através do Índice de Isolamento que mede a condição do isolamento em 4 variáveis: “a dimensão do agregado; a frequência de saída de casa; as pessoas a que o idoso recorre em caso de necessidade; a ocupação do dia-a-dia”, e em 3 graus: “pouco ou nada isolado (79,4%); isolado (18,8%); muito isolado (1,8%) pôde-se verificar que de uma forma geral a população idosa é sobretudo feminina (2/3); (66%) vive em companhia de outro idoso; (48%) é casado; (37%) é viúvo; (80%) tem filhos vivos; (60%) tem mais de 75 anos; (42%) tem um baixo grau de instrução e (87%) é pensionista” (p.3).

Capítulo III – O Suicídio no envelhecimento

“Envelhecer é chato mas é a única forma de se viver muito tempo”
(*Sainte Beuve*).

3.1. Indicadores do suicídio no envelhecimento (história, comportamento)

Segundo a OMS (2016) mais de 20% dos adultos entre os 60 ou mais anos sofre de uma doença mental ou neurológica e 6,6% de invalidez. Os transtornos neuropsiquiátricos mais comuns nesta faixa etária são demências e depressão. Os transtornos de ansiedade afeta 3,8% da população, o uso de substâncias quase 1%. Cerca de um quarto das mortes por automutilação estão entre aqueles com mais de 60 anos.

Os problemas de saúde mental, segundo a OMS, são sub-identificados pelos profissionais de saúde e pelos próprios idosos. O estigma em torno da doença mental torna, muitas vezes os próprios idosos relutantes em procurar ajuda (OMS, 2016).

Diversos fatores, tais como, sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa em qualquer ponto do tempo, assim como, as pressões da vida típicas comuns a todas as pessoas. Os mais velhos perdem a capacidade de viver de forma independente por causa de dificuldades de locomoção, a dor crônica, a fragilidade e/ou outros problemas mentais ou físicos, exigindo cuidados de longa duração.

Não obstante, os idosos são mais propensos a experimentar momentos como o luto, uma perda no nível socioeconómico como a reforma, ou uma deficiência. Estes fatores podem resultar em isolamento, perda de independência, abandono, solidão e sofrimento psicológico.

A OMS indica-nos que a saúde mental tem um impacto sobre a saúde física e vice-versa, ou seja, os idosos com problemas de saúde físicos, têm taxas mais elevadas de depressão e os sujeitos com depressão têm probabilidade de tratar eficazmente a doença mental.

A violência nos idosos, tais como, física, sexual, psicológica, emocional, financeira, abandono, negligência e graves perdas de dignidade e respeito podem levar não só a lesões físicas, mas também quando ocorrem por um período longo de tempo, podem potenciar consequências negativas psicológicas, tais como a depressão e ansiedade. A depressão pode causar grande sofrimento e pode interferir na vida diária.

Para Fernandes *et al.* (2007) o suicídio nos idosos revelam números preocupantes. Fatores como a solidão, depressão, personalidade frequentes nesta fase de vida torna-os num grupo de risco para este flagelo.

Segundo os autores, os idosos em relação aos jovens têm uma alta intenção letal (p.35). A sociedade deve estar “desperta e devidamente informada sobre os sinais de alerta” para atitudes de risco (p.35). Referem também que o envelhecimento é um ganho para a sociedade moderna, contudo surgem alguns problemas, no seio da pessoa idosa, como o suicídio sendo um fenómeno complexo, um problema de saúde pública e o suicídio nas pessoas idosas surge “como um ponto final no parágrafo da vida que se resolve parar de escrever” (p.35).

Segundo Mourinho, Gaspar et al (2004, *cit in* Fernandes *et al.*, 2007), mencionam que a “ideação e as tentativas de suicídio são menos frequentes a partir dos 46 anos” e o suicídio consumado “tem proporção direta com a longevidade, aumentando a sua incidência” (p.36). Por outro lado, Harwood e Jacoby (2000, *cit in* Fernandes *et al.*, 2007) referem que “nos EUA, Reino Unido e Austrália, as taxas de suicídio para os homens continuam a aumentar com a idade, enquanto a taxa nas mulheres declina depois da menopausa” (p.36). As manifestações de ideias suicidárias nos idosos é difícil de detetar, pois são banalizadas pelas pessoas que “rodeiam o idoso e pelos profissionais de saúde”, tais como, recusa alimentar, desinteresse por atividades de vida, falta de comunicação, isolamento e a recusa de cuidados (p.36).

Segundo Azenha e Peixoto (2003, *cit in* Fernandes *et al.*, 2007), é nesta faixa etária que se verifica um elevado número de suicídios.

Para Thomas (2001, *cit in* Fernandes *et al.*, 2007), o suicídio no idoso revela algumas particularidades tais como, uma escolha racional ou filosófica, surgindo “a maior parte das vezes em relação com fatores psicopatológicos onde intervêm vários aspectos do envelhecimento como o luto, proximidade da morte, como vários fatores sociais” (p.37). Ainda o mesmo autor identifica vários comportamentos suicidários nos idosos “suicídio para evitar morrer – que traduz essencialmente o medo de morrer vivo, em substituição da “degradação”, da dependência; o suicídio de constatação – resultante da avaliação que o idoso faz do seu meio e da interpretação das mensagens que ele recebe do mesmo; o suicídio de medo – como reação de fuga perante uma ameaça direta, ou quando o idoso fica ansioso pela perda de controlo das suas capacidades; o suicídio de luto em relação com o conjunto de lutos e perdas a efetuar e do seu necessário reconhecimento” (p.37).

Harwood e Jacoby (2000, *cit in* Fernandes *et al.*, 2007), no que concerne à taxa de suicídio na pessoa idosa revela-nos que tem “estado a declinar nos países industrializados, nos anos recentes” e distinguem esse “declínio no suicídio tendo presente os grupos etários dos

65-74 anos onde esse declínio está assente (p.37). Todavia no grupo de “75 anos ou mais, existe um aumento das taxas de suicídio” sobretudo nos homens e nos países industrializados” (p.37).

Fernandes *et al.* (2007) caracteriza o perfil do suicida como um homem “a viver na Grande Lisboa, no Alentejo ou no Algarve, com mais de 50 anos, desempregado ou reformado, separado, divorciado ou viúvo, socialmente isolado sem práticas religiosas, deprimido, por vezes com internamento psiquiátrico anterior, com múltiplos problemas afetivos, económicos ou de saúde física ou mental, incluindo alcoolismo e distúrbio da personalidade, com prévia ideação suicida ou mesmo tentativa de suicídio anterior” (p.38).

Segundo Raposo (2016), verificaram-se 43 suicídios em 2009, 48 em 2016 e 38 em 2011, a Norte de Portugal, sendo que 144 suicídios em 2009 no Alentejo, 113 casos em 2010 e 105 em 2011 (p.81). Este facto verifica-se devido ao isolamento. O mesmo autor refere que em Odemira e Santiago os números podem chegar aos 45, 50 ou mesmo 60 suicídios por 100 mil habitantes.

No contexto alentejano a solidão, pobreza e o duro paisagem/calor são fatores apontados pela população alentejana como justificação para o ato de suicídio, contudo Raposo (2016) não corrobora da mesma justificação, o autor refere que “há quem diga que a causa do suicídio é a genética. O ADN dos alentejanos, dizem é propício à depressão” (p.83). Segundo Raposo (2016), o Alentejo “encara o suicídio enquanto fenómeno ilegítimo ou passível de criar dilemas”.

No que concerne aos fatores psicológicos são inúmeras as crises “pelas quais o idoso passa (lutos, perdas de papéis sociais, mudanças de vida), que esvaziam os seus recursos psicológicos no esforço de adaptação.

3.2. Intervenção do Assistente Social

3.2.1. O Papel profissional do Assistente Social na gerontologia

“Falar do homem idoso é falar de vida, de existência e de plenitude, é trazer a sabedoria que lhe é própria para o contexto epistemológico de encontro com o conhecimento científico, filosófico e teológico”.
Martins de Sá (2004).

Para Correia, (2003), o aumento da população idosa, e da muita idosa (mais de oitenta anos), levou a um aumento na procura de cuidados de saúde. A sua necessidade num espectro que vai desde a promoção da saúde à medicina curativa e especializada”. Esta procura levou a

um reconhecimento da necessidade de rever o curriculum de ensino dos profissionais de saúde adaptado a estas realidades.

O mesmo autor (2003), refere que o ensino pré-graduado da gerontologia propõe como objetivos “promover o conhecimento do ciclo completo de vida; desenvolvimento, maturação e senescência e da transição gradual desses períodos; demonstrar a importância do conhecimento dos processos de envelhecimento normal, com a finalidade de distinguir da doença; compreender que o adulto normal sofre alterações importantes depois dos vinte e cinco anos; assegurar um conhecimento da redução da capacidade adaptativa dos idosos, que é a base patogénica das doenças, nesta idade” (p.321).

É na gerontologia/geriatria, que um médico tem mais oportunidade de atingir a plenitude da sua profissão, pois é uma profissão bastante complexa não só pelos problemas técnico-científico envolvidos como pelo desafio às suas qualidades de compreensão e aceitação do doente, e também pela necessidade de integrar conhecimentos de várias disciplinas (p.322).

Segundo Sá (2013), a formação profissional adequa-se às atividades centradas na aquisição do conhecimento, “capacidades, atitudes, comportamentos e competência profissional necessários para tratar das questões da velhice e do envelhecimento, envolve também o “conjunto de qualificação acumulada por um profissional relativo ao seu papel produtivo na área da gerontologia” (p.1680), a disciplina de gerontologia tem como objetivo “propiciar/atualizar os conhecimentos profissionais na área”. A autora supra citada refere que “enquanto profissão, tem que ser estabelecida numa área delimitada ou jurisdição para a atuação, o que envolve poder e legitimidade” (p.1680). O poder é conferido pelo conhecimento académico, elemento fundamental que finaliza o saber-fazer profissional concedendo racionalidade e legitimação no contexto de valores mais amplos (p.1680). Segundo Abbott, (1988, *cit in* Sá,2013), a profissão realiza-se através de três tarefas, ou seja, a legitimação, a investigação e a intrusão. A legitimação da gerontologia, para Abbott, surge no momento em que os atores e instituições “veiculam, credenciam e põem o saber profissional a serviço da sociedade”, reconhecida por ela. São ainda escassos trabalhos realizados na área da investigação e intrusão.

No que concerne às demandas do envelhecimento, são articuladas “respostas criativas por parte dos profissionais” de diversas áreas do conhecimento que se especializam e procuram formação específica, ou seja, lutam pela qualificação e “pela conquista de oportunidade no espaço ocupacional” (p.1680).

A epistemologia da gerontologia é realizada por uma trajetória interdisciplinar e transdisciplinar, que segundo Martins de Sá (1999 *cit in* Sá, 2013), são constitutivas e emergentes (p.1680).

No que se refere às relações organicamente estabelecidas, estas são feitas “entre conceitos que passam de um campo de conhecimento para outro em razão da abordagem de um mesmo objeto, ou seja, o ser velho e o processo de envelhecimento, em que permite o cruzamento de fronteiras, a formação ou constituição de disciplinas tais como, Medicina Geriátrica, Neuropsiquiatria Geriátrica, Psicogeriatría, Cardiogeriatría, Fisiogeriatría, entre outras (Sá, 2013,p.1681).

A título de exemplo, no que concerne à disciplina de gerontologia no Brasil a qualificação profissional ascendeu na década de 70 nas universidades surgindo assim as primeiras dissertações e teses nos cursos pós-graduação em psicologia, ciências sociais, serviço social, educação, medicina e enfermagem, a educação do ponto de vista formal é “intencional em sua atitude, formativa em seus propósitos, sistemática com reconhecimento oficial a vários níveis, graus curriculares, programas e diplomas/certificados (p.1681).

A formação profissional em geriatria surge por meio de cursos de treinamento profissional em geriatria e gerontologia, seminários, congressos, jornadas, simpósios, minicursos, eventos de curta duração, não sistemática e emanado de fatores sociais (p.1682). Esta formação não informal abarca atitudes, aceitação de valores e aquisição de conhecimentos e habilidades que surgem na vida quotidiana da família, do trabalho e do meio social imediato (p.1983).

Segundo Bourdieu, (1980 *cit in* Sá,2013), “o conhecimento constitui-se no recurso humano, económico e sociocultural mais determinante nessa nova fase histórico-humana, abarcando o “campo científico” ou o “capital científico” e por conseguinte, o “capital gerontológico”. (p. 1683). O capital gerontológico caracteriza-se por um “conjunto de recursos atuais e potenciais, de natureza gerontológica, resultante de experiências e informações que constituem uma rede de relações duráveis minimamente institucionalizadas conhecidas e reconhecidas mutuamente” (p.1683).

Do ponto de vista formal, a gerontologia possui “de maneira implícita ou explícita um projeto pedagógico que se aglomera num currículo” (p.1683).

Enquanto ciência gerontológica surge no início do século XX, como sendo produto da realidade social e das relações sociais, tornando-se necessária e legítima no momento “em que

se volta para o alcance da longevidade e da qualidade de vida no período chamado de “velhice”, construindo assim a razão de ser da gerontologia para a sociedade (p.1683).

Segundo Sá (2013), o gerontólogo enquanto profissional formado será capaz de “aprender histórica e criticamente o processo de envelhecimento, numa perspectiva transdisciplinar de totalidade; compreender o significado social da ação gerontológica; situar o desenvolvimento do contexto sócio histórico local, nacional, internacional; nas questões da velhice e do envelhecimento, formulando e implementando propostas de intervenção; realizar pesquisas que validem a formulação de ações gerontológicas; estar aberto à mudança, agindo com criatividade; zelar por uma postura ética e solidária no desempenho das ações gerontológicas; orientar a população idosa na identificação básica e defesa de seus direitos; ter competências teórico-crítica, técnico-operativo e ético-política para uma ação gerontológica que atenda aos requisitos da eficiência, eficácia e efetividade” (p.1683).

Para Sá (2013), o currículo de gerontologia está conectado com o percurso da vida humana, engendrada como um todo na sociedade, (p.1684).

Para Agnes Heller (2008 *cit in* Sá,2013), o ser idoso inclui processos da vida cotidiana, da cultura, da linguagem e da economia, abrange a totalidade da vida humana, quer isto dizer, que o homem está integrado na dimensão do trabalho, lazer, vida privada e vida social organizada (p.1684).

Segundo Sá (2013), “o idoso é um ser de seu espaço e seu tempo, resultado do seu processo de desenvolvimento, do seu curso de vida” (p.1684). O objeto da gerontologia é o ser idoso e o seu processo de envelhecimento, em que, “de um lado temos o homem por inteiro, compreendido nas suas múltiplas dimensões biológica, psíquica, social, cultural, ética, política e estética, e por outro temos o processo de envelhecimento, com todo o movimento que lhe é inerente” (p.1684).

Segundo Zabala, (2002 *cit in* Sá,2013), a concepção de ensino anteriormente mencionado, “tem um enfoque globalizador, quer isto dizer que, “o objeto de estudo corresponde a conhecimento e intervenção na realidade e os processos de ensino devem estabelecer as possíveis relações entre os conteúdos a serem ministrados, o que requer metodologias globalizadas” (p.1684).

O saber gerontológico é o resultado da vinculação entre a teoria e a prática, entre educação e sociedade, visto ser uma ciência, recomenda interpretar não só o velho e o processo de envelhecimento, mas agir, intervindo (p. 1685).

Para que se pretenda uma formação de recursos humanos na área da gerontologia centrada numa natureza com potencial de vitalidade, organicidade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade é necessário “uma organização mais dinâmica (orgânica) do conhecimento; uma relação interativa entre o sujeito-objeto-conhecimento; um fluxo constante de inter-relação entre elementos teóricos e práticos e a união progressiva de conhecimentos e exigências da realidade social; uma perspectiva interdisciplinar de conhecimento e operação sobre a realidade multifacetada e complexa, ou seja, uma organização lógica de disciplinas e conteúdos, sem perda da identidade profissional; a relação pensamento global e desafios regionais e locais; a investigação da totalidade de um processo definido por problemas sociais concretos, por meio de aproximações sistemáticas; a relação instância de formação-instância de exercício profissional; a coerência horizontal e vertical entre as unidades didáticas (cursos, seminários, módulos, unidades temáticas)” (p.1686).

Partindo do ponto de vista como sendo uma formação de recursos humanos em gerontologia de estrutura rígida e rigorosa em termos de matérias, disciplinas, organização de currículos multidisciplinares e mecanicistas, é fundamental atender às solicitações de natureza legal e administrativas que constituem entraves (p.1686).

Não obstante, a “inserção de uma proposta educacional inovadora na área da gerontologia” trará outras dificuldades tais como, “comodismo, é mais fácil trabalhar de forma parcelada; necessidade de autoafirmação e auto-preservação de cada disciplina em relação às demais; medo de perder o prestígio pessoal; obstáculos de natureza psicossocial e cultural; obstáculos metodológicos; obstáculos de natureza material, a falta de espaço adequado, tempo, finanças” (p.1686).

Segundo Carvalho (2014), através da aprendizagem ao longo adquire-se competências e desenvolvimento do conhecimento, tais como, “aprender a conhecer para adquirir os instrumentos de compreensão; aprender a fazer agir sobre o meio envolvente com os outros e finalmente aprender a ser” (p.285).

Para Carvalho (2014), o envelhecimento foi sempre um “objeto de intervenção do Serviço Social mesmo antes de se tornar um desafio para as sociedades. Essa intervenção com pessoas mais velhas está associada à dependência, doença, situação de pobreza e de exclusão remetida para a caridade e assistência” (p.421).

Segundo a mesma, a prática do Serviço Social neste contexto foi levada pelos estados democráticos, pelo “conhecimento das ciências sociais e pela integração dos princípios dos direitos humanos no processo de desenvolvimento da sociedade” (p.421). devido ao aumento

do número de idosos, o fenómeno do envelhecimento “não é mais uma realidade escondida e a intervenção nesta faixa etária”, que era baseada na assistência passou a ser uma questão de direitos humanos e de direitos sociais e políticos (p.421).

O modo como a sociedade, o Estado e as políticas diligenciam a questão do envelhecimento, modificou a intervenção do Serviço Social com as pessoas mais velhas (p.421). Para a mesma, “profissionais de Serviço Social têm agora novos mandatos, em particular, responsabilidades na gestão de recursos sociais com serviços para os idosos” e na promoção do acesso das pessoas mais velhas a recursos e serviços (p.421).

Nos finais da década de 70 do século XX, com a queda do regime ditatorial e do estabelecimento democrático, “assistiu-se a uma transformação da sociedade sem precedentes e à construção de políticas sociais públicas de base universal”, instalando a implementação do sistema de segurança social, saúde e de educação (p.422).

O papel das assistentes sociais centrava-se “no processo de modernização da sociedade e da construção do sistema de segurança social, sobretudo no subsistema não contributivo e da ação social” (Carvalho, 2014,p.422). A autora refere também que as assistentes sociais estabelecem a sua ação, “passando de um sistema de assistência para um sistema de direitos” e cooperam para a “configuração e administração da área social na área das pessoas idosas” (p.422). Os assistentes sociais, segundo a autora contribuíram “não só para a administração de políticas ao nível do sistema público de segurança social” mas também para a construção de respostas sociais de nível comunitário, tais como, centros de dia, centros de convívio, lares e residências e de serviços de apoio domiciliário, introduziram assim um instrumento importante, o decreto-lei nº 28/1984 da segurança social pública e das instituições de solidariedade social privadas, religiosas e laicos (decreto-lei nº 119/1983) (p.422).

3.2.2. Formação académica do Assistente Social no suicídio

Para Fernandes *et al.* (2007), é indispensável “intervir na formação dos médicos de família, enfermeiros e principalmente de quem lida diretamente com as pessoas”, contudo é fundamental reconhecer os principais erros, medos e mitos” (p.41). Os principais erros, medos e mitos, segundo a WHO (2000, *cit in* Fernandes), residem em pensar que falar de suicídio incentiva actos suicidas, “falar directamente de uma preocupação alivia tensões e permite muitas vezes encontrar soluções que afastam a ideia de suicídio” (p.41). Os autores referem que outro medo relacionado com as tendências suicidas são hereditárias, contudo estudos

feitos “evidenciaram qualquer base para sustentar este medo infundado” (p.41). Após uma crise, o risco suicida persiste, contudo os suicídios ocorrem num período de “melhoras quando a pessoa tem a energia e a vontade em tornar pensamentos de sofrimento em acções destrutivas” (p.41). Segundo a WHO (2000, *cit in* Fernandes *et al.*, “existe o mito de que quando uma pessoa é suicida ela será sempre suicida”, contudo os pensamentos suicidas não são permanentes e podem não voltar” (p.41).

Os autores identificam num cenário suicida: “dor psicológica intolerável (por falta das necessidades psicológicas elementares); perda de auto-estima (com incapacidade para aguentar a dor psicológica); constrição da mente (menos horizontes e menos tarefas); isolamento (sensação de vazios e de falta de amparo); desesperança (sensação de nada valer a pena); egressão (fuga como única solução para acabar com a dor intolerável)” (Fernandes *et al.* 2007p.41).

No que concerne aos sinais de alerta, os autores identificam a impulsividade como um fator importante.

No que concerne ao papel do Assistente Social na intervenção no suicídio, após efetuada pesquisas bibliográficas, documentais e através da realização das entrevistas aos Assistentes Sociais, podemos concluir que há uma escassez de publicações e trabalhos realizados relativamente ao papel do Assistente Social.

3.3. Encaminhamento

Para a OMS (2016), as medidas preventivas junto da população têm como objetivo reduzir o acesso aos meios utilizados; a introdução de políticas para reduzir o uso de álcool; tratamento e cuidado de pessoas com transtorno mental efetuando identificação precoce, dores crónicas e stresse emocional agudo.

O estigma criado em torno de transtornos mentais e suicídio origina receio em pedir ajuda em muitas pessoas que pensam tirar a própria vida ou já tentaram o suicídio. A OMS refere que “a prevenção não tem sido tratada de forma adequada devido à falta de consciência do suicídio como um grave problema de saúde pública”. Existem várias sociedades em que o tema ainda é tabu e não é discutido abertamente (OMS, 2016).

As linhas de apoio em Portugal estão disponíveis através do telefone SOS (Voz Amiga), disponíveis desde 1978, surgem como um recurso aos telefones SOS, estes recursos disponibilizam voluntários escutantes com apoio técnico de saúde mental um modelo de entrevista seguindo o modelo de Carl Rogers (Rodrigues, 2007,p.42).

O companheirismo, a partilha são diretrizes que visam ajudar alguém em crise de solidão ou desespero. A confidencialidade e o anonimato permitem um clima de abertura a novas reflexões e alternativas sobre os problemas do quotidiano.

A linha SOS acolhe mágoas mas fundamentalmente tenta que o indivíduo procure novas reformulações que amenizem a angústia (p.42).

Estão disponíveis também linhas telefónicas tais como, linhas do cidadão idoso; consulta de Prevenção do Suicídio dos HUC; telefone da Amizade; telefone SOS-Palavra Amiga; Centro SOS-Voz Amiga; SOS Telefone Amigo; Voz de Apoio e a Nossa Âncora (p.42).

Parte II – Estudo Empírico

Este capítulo enquadra os objetivos da investigação, a metodologia, a apresentação dos resultados e a sua discussão.

Capítulo - IV objetivos de investigação

Neste capítulo, é identificada a problemática de investigação e apresentados os respetivos objetivos gerais e específicos. Segundo Coutinho (2011), uma investigação precisa de ser planeada, “desde que se seleciona a problemática, se formulam as hipóteses, se definem variáveis e se escolhem instrumentos” até ao tratamento dos resultados.

A investigação visa a obtenção de conhecimento científico, e, segundo Coutinho (2011) não existe nenhum método inteiramente seguro para eliminar fontes de erro na implementação de um qualquer projeto de investigação científica. A mesma refere que um estudo qualitativo “constitui uma família de planos de investigação que partem de pressupostos epistemológicos, filosóficos e metodológicos caracterizados por uma rejeição (p.287).

4.1. Pertinência da investigação

A nível social verifica-se que a prática do suicídio é cada vez mais um problema que carece de atenção e de intervenção adequada por parte dos profissionais que lidam diretamente com os idosos.

A pertinência do tema centra-se num fenómeno preocupante e atual nas sociedades, o suicídio, especificamente no idoso. Cada vez mais o papel e a intervenção do Assistente Social é fundamental junto da população para um resultado mais eficaz e maior eficiência nos problemas que surgem diariamente.

Pretende-se conhecer a prática profissional do Assistente Social/dirigentes institucionais relativamente aos idosos que idealizaram e/ou tentaram o suicídio e a resolução desta problemática social com o qual é confrontado. Pretende-se também compreender o papel do Assistente Social/dirigentes institucionais perante uma idealização/tentativa de suicídio no idoso e os respetivos comportamentos típicos e atípicos. Do mesmo modo, pretende-se perceber quais os fatores predisponentes para o suicídio através das atitudes/comportamentos e do contexto socioafetivo onde está inserido o idoso, ou seja, compreender o seu contexto familiar, o historial psiquiátrico, neurológico, a

ausência/presença de doenças crônicas, psicossocial e de personalidade. O principal objetivo desta investigação tem como interesse a partilha do conhecimento sobre como intervir/apoiar os profissionais a criar projetos de intervenção preventivos nas instituições de forma a colmatar as carências de ordem social e psicológicas, por forma a sensibilizar as/os assistentes sociais para uma rápida intervenção/deteção de sinais indicativos de ideação de suicídio, identificar um idoso doente e o meio.

4.2. Objetivos gerais e específicos

Objetivo geral 1- Caracterizar os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivos específicos do Objetivo Geral 1:

1.1. Caracterizar, em termos de sintomas/diagnóstico(s), os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.2. Caracterizar, em termos de história psiquiátrica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.3. Caracterizar, em termos de história neurológica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.4. Caracterizar, em termos de doenças crônicas, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.5. Caracterizar, a nível psicossocial, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.6. Caracterizar, quanto aos fatores de personalidade, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

1.7. Caracterizar, relativamente à história familiar psiquiátrica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio

Objetivo geral 2- Caracterizar o comportamento dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivo específico do Objetivo Geral 2:

2.1 Descrever as manifestações comportamentais dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivo geral 3- Conhecer a prática profissional do Assistente Social/Dirigente Institucional relativamente aos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivo específico do Objetivo Geral 3:

3.1. Conhecer a constituição das equipas técnicas do Assistente social/Dirigente Institucional relativamente aos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

3.2 Identificar se existe trabalho de prevenção na instituição onde trabalha o Assistente Social/Dirigente Institucional relativamente à ideação/tentativa de suicídio.

3.3 Identificar os recursos utilizados pelo Assistente Social/Dirigente Institucional no encaminhamento dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivo geral 4- Identificar o percurso teórico dos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais que intervêm na área do suicídio.

Objetivos específicos do Objetivo Geral 4:

4.1. Conhecer se a temática do suicídio foi abordada durante a formação académica do Assistente Social/Dirigente Institucional que intervêm na área do suicídio.

4.2. Conhecer se o/a Assistente Social/Dirigente Institucional teve especialização/formação na área do suicídio.

Capítulo V - Metodologia

5.1. Desenho da Investigação

No que concerne à metodologia, foi utilizada o método qualitativo. Segundo Flick (2005), “a investigação qualitativa é particularmente importante para o estudo das relações sociais (p. 2).

5.2. Participantes

As entrevistas foram aplicadas aos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais foram realizadas catorze entrevistas, com vinte e dois casos de idosos que idealizaram/tentaram o suicídio. A amostra é constituída por quatro Assistentes Sociais/Diretores Institucionais do género masculino e dez do género feminino. As entrevistas (ET) foram realizadas na cidade do Porto, nas Ilhas e na região de Lisboa.

5.3. Técnicas de recolha de dados

A técnica de recolha de dados teve como metodologia a realização de entrevistas exploratórias a catorze Assistentes Sociais e/ou dirigentes Institucionais. Segundo Quivy e Campenhoudt (2008), nas entrevistas exploratórias, o investigador centra-se na confirmação/informação das suas hipóteses de trabalho, sem por isso excluir os desenvolvimentos paralelos susceptíveis de as corrigir” (p.192). Os mesmo autores referem também que o conteúdo “da entrevista será objecto de uma análise de conteúdo sistemática, destinada a testar as hipóteses de trabalho” (Quivy & Campenhoudt 2008, p. 192). Numa investigação social deverá ser utilizada a entrevista semidirectiva, onde o investigador “dispõe de uma série de perguntas-guias relativamente abertas, a propósito das quais é imperativo receber uma informação da parte do entrevistado” (p.192).

A análise de conteúdo surgiu nos Estados Unidos da América e segundo Bardin (2015) “é um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento”.

5.4. Procedimento

Numa primeira fase, foi efetuado um levantamento de dados na Carta Social das Instituições e foram seleccionadas algumas instituições nos arredores de Lisboa. Foi efetuado contacto, divulgado e promovido o estudo a desenvolver. Como foram escassas as respostas

positivas, acabou por se alargar a área de contatos ao Porto e através de emails e videochamadas às Ilhas.

Na elaboração do guião de entrevista, teve-se em consideração o princípio da confidencialidade que segundo Fazenda (2012), “tem grande importância em saúde mental, devido ao estigma associado à doença mental, mas não pode ser motivo para ocultar situações de abuso, violência familiar ou violência dos direitos. Os assistentes sociais confrontam-se com estas situações no dia-a-dia, que exigem opções adequadas a cada situação” (p.222).

O guião de entrevista² foi elaborado e ajustado aos objetivos da investigação, tendo em conta a bibliografia consultada e analisada. A recolha de informação fez-se com a aplicação da entrevista aos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais que se disponibilizaram a colaborar no trabalho e foi pedida autorização verbalmente para gravar a entrevista em áudio.

Posteriormente, foi realizada a transcrição das entrevistas a análise de conteúdo dos dados recolhidos e a sua respetiva discussão.

² Ver apêndice 1

Capítulo VI – Resultados

Objetivo Geral 1 – caracterizar os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Objetivo Específico 1.1- Caracterizar, em termos de sintomas/diagnóstico (s), os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

No que se relaciona ao nível de sintomas/diagnóstico (s) o idoso 1 (ID1) apresenta sintomas de desesperança; lentidão psicomotora e discurso pobre; o ID2 apresenta desesperança; culpa e/ou fracasso; o ID3 não apresentou sintomas; o ID4 apresenta desesperança, humor

deprimido, inquietação ou agitação, lentificação psicomotora, discurso pobre, astenia; o ID5 apresenta desesperança, humor deprimido, culpa e/ou fracasso, isolamento social; o ID 6 apresenta humor deprimido, culpa e/ou fracasso, isolamento social; o ID7 apresenta humor deprimido, isolamento social; o ID8 apresenta inquietação ou agitação, lentificação psicomotora, discurso pobre e isolamento social; o ID9 apresenta desesperança, humor deprimido e isolamento social; o ID 10 apresenta desesperança e isolamento social; o ID11 apresenta humor deprimido, inquietação ou agitação e lentificação psicomotora; o ID12 apresenta humor deprimido, inquietação ou agitação, lentificação psicomotora; o ID13 apresenta inquietação ou agitação; o ID14 apresenta humor deprimido, inquietação ou agitação; o ID15 apresenta desesperança, humor deprimido, inquietação ou agitação e discurso pobre; o ID16 apresenta desesperança, isolamento social; o ID17 apresenta desesperança, perda de peso, lentificação psicomotora; o ID18 apresenta culpa e/ou fracasso, astenia; o ID19 apresenta desesperança, humor deprimido, discurso pobre, astenia e isolamento social; o ID20 apresenta inquietação ou agitação, perda de peso, discurso pobre, astenia e isolamento social; o ID21 apresenta desesperança e inquietação ou agitação e o ID22 apresenta desesperança, inquietação ou agitação e isolamento social .

Tendo em consideração que diversos sujeitos apresentaram um ou mais sintomas/diagnósticos, conclui-se que 12 idosos apresentaram diagnóstico de desesperança, 10 inquietação ou agitação, 10 isolamento social, 9 humor deprimido, 6 lentificação psicomotora, 4 culpa e/ou fracasso, 4 astenia, 2 perda de peso e 1 não apresentou sintomas.

Na caracterização da nossa amostra, os sintomas/diagnóstico (s) que mais prevalecem nos idosos foram desesperança, inquietação/agitação e isolamento social.

Objetivo Específico 1.2-Characterizar, em termos de história psiquiátrica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Relativamente à história psiquiátrica o idoso 1 (ID1) apresenta tentativa de suicídio prévia, alcoolismo e/ou abuso de substâncias, perturbação de ansiedade; o ID2 apresenta tentativa de suicídio prévia, perturbação de ansiedade; o ID3 não apresenta (só detetaram após a morte); o ID4 apresenta tentativa de suicídio prévia, perturbação de humor, fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos, perturbação de ansiedade; o ID5 apresenta alcoolismo e/ou abuso de substâncias, perturbação de ansiedade; o ID6 apresenta perturbação de humor; o ID7 apresenta isolamento social (austero com os familiares, sempre em negação); o ID8 apresenta fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos; o ID9 apresenta perturbação de humor e fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos; o ID10 apresenta tentativa de suicídio prévia; o ID11 apresenta tentativa de suicídio prévia, perturbação de humor e perturbação de ansiedade; o ID12 apresenta tentativa de suicídio prévia, perturbação de humor e perturbação de ansiedade; o ID13 apresenta tentativa de suicídio prévia, perturbação de ansiedade; o ID14 apresenta doença bipolar e esquizofrenia; o ID15 apresenta perturbação de humor e perturbação de ansiedade; o ID16 não apresentou história; o ID17 apresenta perturbação de ansiedade; o ID18 apresenta perturbação de ansiedade; o ID19 apresenta perturbação de humor, alcoolismo e/ou abuso de substâncias, fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos, perturbação de ansiedade e esquizofrenia; o ID20 apresenta fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos e perturbação de ansiedade; o ID 21 apresenta perturbação de humor e perturbação de ansiedade; o ID 22 apresenta tentativa de suicídio prévia e perturbação de ansiedade.

Tendo em consideração que um ou mais sujeitos apresentaram um ou mais comportamentos, conclui-se que 14 idosos tinham diagnóstico de perturbação de ansiedade, 8 haviam tentado o suicídio, 7 tinham perturbação de humor, 5 encontravam-se em fases iniciais de demência e em estados confusionais, 3 tinham história de alcoolismo e/ou de abuso de substâncias, 2 diagnóstico de esquizofrenia, 1 doença bipolar e um outro isolamento social³.

Conclui-se, dos dados analisados no que concerne à história psiquiátrica que o que mais prevalece é a perturbação da ansiedade, seguido da tentativa prévia de suicídio e que se encontram em fases iniciais de demência ou estados confusionais.

³ Ver apêndice 3

Objetivo Específico 1.3- Caracterizar, em termos de história neurológica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Quanto à questão da história neurológica o idoso 1 (ID1) não apresenta; o ID 2 não apresenta; o ID3 não apresenta; o ID4 não apresenta; o ID5 não apresenta; o ID6 apresenta depressão; o ID7 não apresenta; o ID8 não apresenta; o ID9 não apresenta; o ID10 não apresenta; o ID11 apresenta Parkinson; o ID12 apresenta Parkinson; o ID13 não apresenta; o ID14 não apresenta; o ID15 apresenta doença de Alzheimer; o ID16 não apresenta; o ID17 não apresenta; o ID18 não apresenta; o ID19 não apresenta; o ID20 não apresenta; o ID21 apresenta Parkinson e o ID22 não apresenta.

Caracterizando a história Neurológica dos indivíduos concluiu-se que da nossa amostra 17 indivíduos não apresentaram história neurológica, 3 apresentaram Doença de Parkinson, 1 Doença de Alzheimer e 1 Depressão.

Em termos de história neurológica, verificou-se na nossa amostra que a maioria dos indivíduos não apresenta história de doença neurológica.

Objetivo Específico 1.4- Caracterizar, em termos de doenças crónicas, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Em termos de doença crónica o idoso 1 (ID1) apresenta doenças respiratórias; o ID2 apresenta diabetes; o ID3 apresenta diabetes; o ID4 apresenta cancro e diabetes; o ID5 apresenta diabetes; o ID6 não apresenta; o ID7 não apresenta (recusa apoio/intervenção e recusava medicação); o ID8 não apresenta; o ID9 não apresenta; o ID10 não apresenta; o ID11 apresenta obesidade; o ID12 apresenta obesidade; o ID 13 não apresenta; o ID 14 não apresenta; o ID15 apresenta diabetes; o ID16 não apresenta; o ID17 não apresenta; o ID18 obesidade; o ID19 não apresenta; o ID20 não apresenta; o ID21 diabetes e o ID22 não apresenta.

Através da amostra, obtida concluiu-se que 12 indivíduos não apresentaram sintomas/diagnóstico (s) de doença crónica, 6 apresentaram diabetes, 3 obesidade, 1 cancro e 1 apresenta doenças respiratórias.

Na caracterização da nossa amostra, verificou-se que a maioria não apresentou nenhuma doença crónica.

Objetivo Específico 1.5- Caracterizar, a nível psicossocial, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Quanto ao nível psicossocial, o idoso 1 (ID1) apresenta múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse; o ID2 apresenta perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (mãe e esposa); o ID3 apresenta reforma, múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (após a reforma sentiu-se superprotegido); o ID4 apresenta luto recente e múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (negação da doença crónica; amputação de uma perna devido à doença; sobrecarregou a esposa a quem depois também diagnosticaram cancro e em seis meses faleceu); o ID5 apresentou luto recente, vive sozinho e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (perda de visão devido à diabetes; ausência de contato com os filhos); o ID6 apresenta separação, múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (dificuldade de relacionamento com o cônjuge; afastamento físico) e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (cônjuge); o ID7 apresenta luto recente e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (perda do cônjuge com quem mantinha um relacionamento austero, distante e controlador); o ID8 apresenta luto recente e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (perda do cônjuge); o ID9 vive sozinho; o ID10 apresenta luto recente e múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (morte da mulher); o ID11 apresenta luto recente e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (perda do marido que se enforcou em casa); o ID12 apresenta luto recente e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (suicídio do marido); o ID13 apresenta separação, reforma e múltiplos acontecimentos geradores de stresse (dependência de álcool da filha); o ID 14 apresenta desemprego, mudança ou perda recente de trabalho e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (vivia com o irmão); o ID15 apresenta reforma e múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (perda do filho); o ID16 apresenta vive sozinho; o ID 17 apresenta reforma e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (perda da mulher); o ID 18 apresenta luto recente, múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (viuvez e morte da morte da filha cuidadora principal por obesidade mórbida), perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (morte da filha e com a morte desta teve que ir viver com a nora, com o qual nunca teve um bom relacionamento); o ID19 apresenta separação, vive sozinho, múltiplos acontecimentos geradores de stresse (violência doméstica) e perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo (abandono familiar devido a alcoolismo, violência doméstica e doença psiquiátrica); o ID20 apresenta múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse

(dificuldade socioeconómica familiar, desemprego prolongado dos filhos e netos); o ID 21 apresenta reforma e múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse (marido violento); o ID22 apresenta luto recente .

Na caracterização dos sintomas/diagnóstico (s) a nível psicossocial⁴, verificou-se na amostra que 11 apresentaram múltiplos acontecimentos geradores de stresse, 10 perdas precoces/roturas de um relacionamento significativo, 8 luto recente, 5 apresentaram a reforma como potenciadora do desequilíbrio emocional, 3 a separação, 3 o facto de viverem sozinhos, 1 desempregado/mudança ou perda recente de trabalho e nenhum apresentou a situação de divórcio.

A história psicossocial que mais caracteriza os idosos foram os múltiplos acontecimentos geradores de stresse, perdas precoces/roturas de um relacionamento significativo e o luto recente.

Objetivo Específico 1.6- Caracterizar, quanto aos fatores de personalidade, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Relativamente aos fatores de personalidade o idoso 1 (ID1) apresenta desesperança e baixa autoestima; o ID2 apresenta baixa autoestima e perturbação de personalidade borderline ou antissociais; o ID3 não apresenta fatores; o ID4 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade; rigidez cognitiva e pessimismo, desesperança e baixa autoestima; o ID5 apresenta rigidez cognitiva e pessimismo, desesperança e baixa autoestima; o ID6 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade, rigidez cognitiva e pessimismo, desesperança e perturbação de personalidade borderline ou antissociais; o ID7 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade; rigidez cognitiva e pessimismo e perturbação de personalidade borderline ou antissociais; o ID8 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade, rigidez cognitiva e pessimismo e perturbação borderline ou antissociais; o ID9 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade e desesperança; o ID10 apresenta desesperança, baixa autoestima e perturbação de personalidade borderline ou antissociais; o ID11 apresenta baixa autoestima; o ID12 baixo autoestima; o ID13 apresenta desesperança; o ID14 apresenta impulsividade, agressividade e hostilidade e baixa autoestima; o ID15 apresenta desesperança e baixa autoestima; o ID16 apresenta desesperança e perturbação de personalidade borderline ou antissocial; o ID17 rigidez cognitiva e pessimismo; o ID18 apresenta baixa autoestima; o ID19 apresenta rigidez cognitiva e pessimismo, desesperança, baixa auto estima e perturbação

⁴ Ver apêndice 4

de personalidade borderline ou antissocial; o ID20 apresenta rigidez cognitiva e pessimismo; o ID21 apresenta desesperança e baixo autoestima; o ID22 apresenta desesperança .

Na caracterização dos fatores de personalidade⁵, 12 idosos apresentaram desesperança, 12 baixa autoestima, 8 rigidez cognitiva e pessimismo, 7 perturbação de personalidade borderline ou antissocial, 6 impulsividade, agressividade e hostilidade e 1 não apresentou nenhum fator.

Os fatores de personalidade que mais prevalecem nos idosos são desesperança, baixa autoestima e perturbação de personalidade borderline ou antissocial.

Objetivo Específico 1.7- Caracterizar, relativamente à história familiar psiquiátrica, os idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Relativamente à história psiquiátrica da família o idoso 1 (ID1) apresenta alcoolismo; o ID2 não apresenta; o ID3 não apresenta; o ID4 não apresenta; o ID5 apresenta alcoolismo; o ID6 não apresenta; o ID7 não apresenta; o ID8 apresenta história familiar de perturbação de humor; o ID9 não apresenta; o ID10 não apresenta; o ID11 historia familiar de comportamentos suicidários; o ID12 apresenta história familiar de comportamentos suicidários; o ID13 apresenta alcoolismo; o ID14 alcoolismo; o ID15 apresenta história familiar de comportamentos suicidários; o ID16 não apresenta; o ID17 não apresenta; o ID18 não apresenta; o ID19 não apresenta; o ID20 não apresenta; o ID21 apresenta alcoolismo e o ID 22 não apresenta.

Na caracterização da história familiar psiquiátrica⁶ dos idosos, 13 não apresentaram nenhum indicador, 5 alcoolismo, 3 comportamentos suicidários, 1 perturbação de humor e nenhum apresentou consumo de substâncias.

Relativamente à história familiar psiquiátrica a maioria não apresentou nenhum antecedente.

Objetivo Específico 2.1- Descrever as manifestações comportamentais dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Na caracterização das manifestações comportamentais dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio, o idoso 1 (ID1) apresentou queda intencional; o ID2 enforcamento; o ID3 enforcamento; o ID4 queda intencional; o ID5 enforcamento; o ID6

⁵ Ver apêndice 5

⁶ Ver apêndice 6

enforcamento; o ID7 enforcamento; o ID8 tiro com arma de fogo; o ID9 ideação de suicídio; o ID10 enforcamento; o ID11 enforcamento; o ID12 enforcamento; o ID13 corte; o ID14 gás; o ID15 queda intencional; o ID16 intoxicação medicamentosa; o ID17 queda intencional; o ID18 intoxicação medicamentosa e ideação de precipitar-se da janela do quarto; o ID 19 ideação suicida por enforcamento; o ID20 ideação de precipitar-se para um abismo; o ID21 intoxicação medicamentosa e o ID22 gás.

Na caracterização das manifestações comportamentais⁷, 8 idosos tiveram comportamentos de risco por enforcamento, 4 de queda intencional, 3 comportamentos de intoxicação medicamentosa, 2 ideação de precipitar-se, 2 por gás, 1 corte, 1 tiro com arma de fogo e 1 por ideação de suicídio por enforcamento.

Em relação ao comportamento de risco, verificou-se na nossa amostra que o enforcamento foi o mais prevalente nos idosos seguido de queda intencional e intoxicação medicamentosa.

Objetivo Específico 3.1. Conhecer a constituição das equipas técnicas do Assistente social/Dirigente Institucional relativamente aos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Nas 14 entrevistas realizadas, a equipa técnica era constituída por Assistente Social na maioria, 8 por Assistente Social e Psicólogo seguido de 5 por Assistente Social e Psiquiatra.

A maioria da constituição da equipa técnica da nossa amostra é contruída pelo Assistente Social e Psicólogo.

3.2 Identificar se existe trabalho de prevenção na instituição onde trabalha o Assistente Social/Dirigente Institucional relativamente à ideação/tentativa de suicídio.

No que concerne à prevenção na instituição verificou-se na nossa amostra que a maioria não possui programas preventivos.

3.3 Identificar os recursos utilizados no pelo Assistente Social/Dirigente Institucional no encaminhamento dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio.

Em relação à intervenção imediata os recursos utilizados pelo assistente Social/Dirigente Institucional, 11 recorreram às urgências, 10 às consultas de psiquiatria, 6 a instituições especializadas e 2 às linhas telefónicas especializadas.

Na nossa amostra, os entrevistados encaminharam a maioria dos idosos às urgências.

⁷ Ver apêndice 7

Objetivo Específico 4.1- Conhecer se a temática do suicídio foi abordada durante a formação acadêmica.

No que concerne à abordagem da temática⁸ no decorrer da formação acadêmica, o entrevistado (a) 1 (ET1) não abordou; o/a ET2 não abordou; o/a ET3 não abordou; o/a ET4 não abordou; o/a ET5 abordou; o/a ET6 abordou; o/a ET7 abordou; o/a ET8 não abordou; o/a ET9 abordou; o/a ET10 abordou; o/a ET11 abordou; o/a ET12 abordou; o/a ET13 abordou e o/a ET14 não abordou a temática do suicídio.

Verificou-se que a maioria dos entrevistados (ET) abordou a temática.

Objetivo Específico 4.2- Conhecer se a/o Assistente Social teve especialização/formação na área do suicídio.

No que diz respeito à especialização/formação na área do suicídio o/a entrevistado/a 1 (ET1) teve; o ET2 não teve; o ET3 não teve; o ET4 não teve; o ET5 teve; o ET6 não teve; o ET7 não teve; o ET8 não teve; o ET9 não teve; o ET10 teve; o ET11 teve; o ET12 teve; o ET13 não teve e o ET14 não teve especialização/formação.

Das entrevistas realizadas, conclui-se que a maioria dos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais não tem especialização/formação⁹ na área.

⁸ Ver apêndice 8

⁹ Ver apêndice 9

Capítulo VII – Discussão

Para Sampaio (2006) uma investigação “sobre o suicídio é uma tarefa difícil. Situação complexa e multideterminada, o estudo do suicídio exige esforços conjugados de especialistas de diversos ramos” (p.13).

O problema do suicídio revela-nos números bastante preocupantes na sociedade atual, tornando-se num assunto muito pertinente não só para os Assistentes Sociais como também para os técnicos que lidam diariamente com estes idosos. Cada vez mais somos confrontados com notícias na comunicação social de casos de idosos que tentaram o suicídio por um ato de desespero, desesperança ou até mesmo de violência doméstica.

Segundo Fernandes *et al.* (2007), “o suicídio da pessoa idosa apresenta números preocupantes. A depressão, a solidão, personalidade e outros fatores que caracterizam a pessoa idosa, tornam-na num grupo de risco” (p.35).

O idoso tenta contra a própria vida com o intuito de terminar uma situação que considera intolerável (Projecto TIO- Terceira Idade Online *cit in* Fernandes 2007).

Segundo Saraiva (2014), Portugal enquadra-se num padrão tipicamente ascendente, apresenta o “padrão etário de suicídio mais idoso de toda a Europa, sendo a idade mediana por esta causa de morte os 64 anos, o que significa que 50% dos suicídios ocorrem nesta fase da vida (p.21). O mesmo autor revela-nos que é no Sul de Portugal que o “padrão etário-idoso de suicídio se torna mais prevalente sendo que a idade mediana nalgumas zonas do Alentejo é superior a 70 anos” (p.21).

Na nossa amostra, verificamos que a desesperança é um dos sintomas/diagnósticos que mais prevalece. Segundo Saraiva (2014), a desesperança é um “marcador cognitivo de expectativas negativas em relação ao futuro” sendo considerado um dos fatores mais presentes na maioria das tentativas de suicídio (p.72). Também verificamos que a inquietação/agitação parece ser um sintoma prevalente, bem como o isolamento social. Para Stengel (o isolamento social e psicológico das pessoas idosas “caracteriza-se pela tendência do grupo familiar da sociedade para se dividir nas suas unidades mais pequenas. Segundo o mesmo autor o isolamento é dominador comum de diversos fatores que se estabelecem com uma taxa de suicídio elevado e “aumenta não só a probabilidade de suicídio consumado, mas também tentativas de suicídio” (p.37).

Na história psiquiátrica da nossa amostra concluímos que a maioria dos sujeitos apresenta perturbação de ansiedade e tentativa de suicídio prévia. Para Sampaio (2006), a “tentativa de suicídio engloba o acto não fatal de automutilação ou de autoenvenenamento ou

o caso de intoxicações medicamentosas”, em que a dose foi deliberadamente ultrapassada (p.32).

Ainda Sampaio (2006), baseando-se no pensamento de *Tabachnick e Farberow* (1969) “relaciona a gravidade do acto suicida com a potencialidade autodestrutiva, definindo a gravidade do gesto suicida sobretudo a partir daquilo que consideram ponto sem retorno” (p.32), ou seja, “ligado à maior ou menor rapidez do método utilizado e à sua reversibilidade, bem como tendo em atenção a possibilidade de uma intervenção salvadora” (p.32). Sampaio (2006) fundamenta-se numa análise internacional das tentativas de suicídio em adolescentes e jovens adultos e mostra que o seu número tem aumentado nos últimos anos, atingindo valores que ultrapassam largamente os adultos na idade média ou na terceira idade (OMS, 1984, *cit in* Sampaio, 2006). O autor realça a importância dos estudos de caso de tentativa de suicídio a “sua dimensão preventiva e conseguir-se detetar com precisão as tentativas de suicídio que têm mais “possibilidades de recidiva até atingirem um gesto autodestrutivo fatal, ou então, descortinar a partir de uma única tentativa de suicídio a alta probabilidade de um suicídio, o que origina um passo para a prevenção” (p.52). Segundo o autor e comprovando com os dados da nossa amostra as tentativas de suicídio revelam-se em fatores predisponentes para outras tentativas de suicídio.

São escassos os estudos desenvolvidos sobre a perturbação de ansiedade e segundo Gouveia [s.d.] “a fobia social continua a ser sub-diagnosticada e pouco reconhecida pelos médicos e profissionais da saúde mental. Os estudos epidemiológicos mostram, também, que uma larga percentagem de fóbicos sociais não recebe ajuda (ou não a procura), sugerindo um largo desconhecimento na população geral acerca deste quadro geral” (p. 17). “A ansiedade social, ou seja, a ansiedade experimentada em situações sociais, é uma experiência comum nos humanos, e está intimamente relacionada como a estrutura social de grupo dos humanos e a sua organização hierárquica” (p.18). O autor refere que em certos indivíduos “a ansiedade experimentada em situações sociais é tão elevada que interfere com o seu funcionamento social e em alguns casos conduz mesmo ao evitamento dessas situações” (p.18).

Relativamente à nossa amostra, a maior parte não revelou presença de história neurológica, contudo a doença de Parkinson é o diagnóstico que se apresenta logo a seguir sendo esta doença enquadrada num síndrome demencial. Segundo Nunes (2008) esta é a mais temida ligadas ao envelhecimento, “pela sensação de impotência, pela sua inexorável progressão e pelo aumento da esperança de vida das populações (p.82).

A doença de Alzheimer, ao contrário dos resultados do nosso estudo, para Nunes (2008), “em termos de frequência das demências degenerativas, a doença de Alzheimer representa cerca de 50 a 80% dos casos, a demência de Lewy de 15 a 25% e a demência frontotemporal cerca de 5 a 7% (8 a 17% nos casos de menos de 70 anos)” (p.82). A Doença de Alzheimer, segundo Nunes (2008), é uma doença degenerativa e a causa está “dentro do próprio cérebro e vai ser progressiva”, “é a causa da maioria dos casos de demência e tem caracter progressivo, mais ou menos lento, manifestando-se muitas vezes após alguns anos de evolução em que os sintomas passaram quase despercebidos aos olhos do próprio e dos outros” (p.83).

Para Paúl e Fonseca (2012), a “psicologia dos idosos foca os idosos e a última fase de vida e baseia-se numa perspectiva de estádios, adoptando geralmente uma visão temática e abrangendo aspectos tão diversos como a doença de Alzheimer, a satisfação de vida, viuvez, a reforma, a cognição ou mesmo a morte” (p.25).

A doença de Parkinson, segundo Imamura *et al.* (2009 *cit in* Macuglia, 2012), “é uma condição neurodegenerativa progressiva caracterizada por quatro sinais cardiais: tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural” (p.553), pode apresentar também segundo os autores “uma progressão ascendente acometendo, inicialmente o tronco cerebral e o bulbo olfatório” podem posteriormente surgir “lesões nos neurónios da substância negra, e com a progressão da doença ocorre envolvimento de áreas corticais temporais e frontais” (.553). Para os autores, a doença de Parkinson “foi descrita como sendo uma desordem basicamente motora, negligenciando-se as alterações cognitivas e mentais associadas à doença” (p.553).

Todas estas questões podem ajudar a compreender os nossos resultados.

Relativamente às doenças crónicas, verificou-se que a maioria dos sujeitos da nossa amostra não apresentou nenhum diagnóstico. Também na literatura não encontramos

No que concerne à história psicossocial dos sujeitos da nossa amostra, apresentaram sintomas psicossociais como múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse e perdas precoces/rotura de vida geradores de stresse e o luto recente.

De acordo com os nossos dados, a perda do cônjuge por morte ou separação foram os fatores que mais contribuíram para pôr termo à vida. A ET3 conclui que os homens “*que tomam essa decisão, sentem-se perdidos sem razão para acordar e voltarem a deitarem-se. São homens de uma cultura passada em que o papel da mulher era servi-los, mas hoje não vivem sem elas*” (op. cit.). A solidão contribui para uma tentativa ou ideação suicida para a ET2 “*a progressiva solidão levou o sujeito a considerar aquilo que foi a sua vida e o que é*

agora, do ponto de vista da saúde (...) e a solidão que a própria viuvez incute na vida de uma pessoa” (op. cit.). Também, segundo Saraiva (2014) a agressividade/impulsividade são fatores que podem lavar a comportamentos suicidários, o que suporta nos nossos resultados a importância dos múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse.

Quanto aos fatores de personalidade, os sujeitos da nossa amostra revelaram desesperança e baixa autoestima. O mesmo autor refere ainda que “ o neuroticismo e a busca de prazer foram já identificados como preditores de suicídio, tal como o desespero, a desesperança, elevados níveis de ansiedade associados a estados depressivos, a introversão, a baixa autoestima, a impulsividade e o locus de controlo externo” (p.29).

Relativamente à história familiar psiquiátrica, a maioria dos sujeitos da nossa amostra não revelou ter história familiar psiquiátrica, contudo, Saraiva (2014), tendo como suporte estudos já elaborados refere que “ é encontrada, com maior frequência, história de comportamentos suicidários na família de doentes que morrem por suicídio ou com história de tentativas de suicídio” (Saraiva, 2014,p.37). Estes estudos revelam também que a presença de história familiar de suicídio pode influenciar a idade de início do comportamento suicidário (37).

Relativamente à manifestação dos comportamentos revelou-se que o comportamento, que mais prevaleceu foi o enforcamento. Para Saraiva (2014), a “restrição ao acesso a um método específico poderá levar a um efeito generalizado” sobretudo quando é de elevada letalidade (p.38). O autor refere que “os momentos potencialmente fatais de crise suicidária são geralmente breves, havendo um forte sentimento de ambivalência, com desejos concorrentes de viver ou morrer” (p.38). O impulso e o não planeamento do suicídio leva o indivíduo a usar métodos mais acessíveis no momento (p.38). A restrição no acesso aos meios de “maior letalidade poderá contribuir para um forte impedimento (p.38). Segundo *Scherck* (2016) “metade dos suicídios registados em 2013 ocorreram por enforcamento”, método este utilizado por 533 das 1503 pessoas que nesse ano puseram termo à vida (Direção Geral de Saúde, 2016). “De 98 casos registados em 2013 foram por disparo de arma de fogo, 97 por autointoxicação, 84 vítimas optaram por precipitar-se e 73 por afogamento”.

O Relatório do Programa Nacional de Saúde Mental concluiu que em tempos de crise económica a mortalidade por suicídio é mais alta bem como a taxa bruta. O mesmo menciona que a taxa de suicídios nos grupos etários dos 40 aos 64 anos é alta. “a idade do “muito velho para trabalhar é a expressão mencionada com frequência em pessoas com 50 anos com

ideação suicida”. Esta incidência de suicídios acima dos 65 anos coloca Portugal numa posição com mais incidências da Europa.

Em termos de intervenção, a constituição da equipa técnica é maioritariamente constituída pelos Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais e psicólogo. É imprescindível uma equipa multidisciplinar para uma melhor intervenção junto dos idosos garantindo-lhes uma melhor qualidade de vida e o seu bem-estar e para que não haja um novo ato recorrente.

Para Lopes, Ribeiro *et al* uma equipa multidisciplinar “é seguramente uma estratégia capaz de melhorar a qualidade de vida do doente, mas para que isso aconteça, há necessidade de melhorar os relacionamentos profissionais e agir sempre em conjunto considerando que o problema em causa é de todos nós” (p.45).

Ainda os mesmos referem que o trabalho em equipa “é um dos pontos fulcrais para um bom desenvolvimento da nossa ação” (p.45). Segundo Saraiva (2014), “o trabalho em conjunto com autoridades de saúde fornece informação sobre as estruturas de apoio” (p.132).

No que concerne aos programas preventivos, os Assistentes Sociais/Dirigentes Institucionais recorreram com mais frequência às urgências. Em relação a programas preventivos, em 2013 surge o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), elaborada pelo Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental (Saraiva, 2024p.132).

O PNPS assenta, “na convicção de que o suicídio é um fenómeno complexo”, fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social” (p.32). “As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicida (tentativa de suicídio e suicídio consumado) implicam interações e sinergias multissetoriais, multiculturais e pluridisciplinares” quer isto dizer que, o problema do suicídio passa a barreira da saúde e passará a não ser tratada de forma isolada (p.132). O Plano, segundo Saraiva (2014) tem como valores e princípios a acessibilidade e equidade; multiculturalidade e multidisciplinariedade; proximidade; sustentabilidade, baseando em boas práticas” (p.132).

O plano definiu a intervenção junto de uma vasta população: “profissionais de saúde, adolescentes, população idosa, população prisional, forças de segurança, lésbicas, gays, bissexuais, transexuais/trangéneros, pessoas com deficiência intelectual e prevê a monitorização e avaliação do Plano (p.132).

Outra forma de prevenção é a informação e educação, quer isto dizer que é fundamental promover campanhas específicas de prevenção do suicídio, promovendo assim os conhecimentos acerca dos comportamentos autolesivos e atos suicidas, identificando os sinais de alarme, fatores de risco e protetores (Saraiva, 2014).

Saraiva, (2014), identifica restrições de acesso a meios letais, ou seja, intervir no “controle dos meios habitualmente usados para cometer suicídio”, estes têm sido eficazes nos diferentes contextos e diferentes meios (p.133). As estratégias, no que concerne em alterações legislativas revelar-se-ão eficazes na modificação das práticas: restrição ao uso e porte de arma, restrições na compra e uso de pesticidas, disponibilidade de bebidas alcoólicas, uso de antidepressivos, destoxicação do gás de uso doméstico”, poderão levar a uma redução das taxas de suicídio.

Os meios de comunicação social têm um papel imprescindível na divulgação da modelagem de comportamentos.

As linhas de SOS prestam apoio a pessoas em desespero e em risco de suicídio, é-lhes garantida a confidencialidade das chamadas, o anonimato, ausência de julgamento ou pressão (Saraiva, 2014,p.134).

No que concerne ao encaminhamento o Assistente Social/Dirigente Institucional recorreu à urgência numa rápida intervenção. Em Portugal, o único serviço que funciona 24 horas é a urgência hospitalar. Não existem serviços específicos para encaminhar de imediato estes sujeitos. Apesar de existirem linhas de apoio que podem orientar os técnicos/Assistentes Sociais seria pertinente existirem pelo menos espaços/serviços nas grandes metrópoles para os quais os técnicos pudessem encaminhar os utentes que reincidam na tentativa de suicídio.

De acordo com os conhecimentos que temos dos planos curriculares dos cursos superiores na área das ciências sociais, não existe nenhuma unidade curricular específica sobre o suicídio. Apesar de poder esta enquadrar-se dentro de outras unidades curriculares é no nosso entender ser uma mais valia, tendo em consideração a prevalência dos números conhecidos. Ser uma temática autónoma, mesmo que opcional, para os estudantes que queiram prosseguir em termos profissionais nesta área (senescência/senilidade/suicídio).

A maior parte dos Assistentes Sociais/dirigentes Institucionais entrevistados não teve formação durante a licenciatura. Deveria haver mais formação na temática da morte/suicídio em cursos específicos para que os técnicos que trabalham diretamente com pessoas idosas que idealizam suicídio, ter uma melhor intervenção junto dos mesmos.

Capítulo VIII – Conclusão

O tema do suicídio, mais propriamente, o suicídio no idoso tem sido ao longo dos anos um tema tabu, contudo, há uma grande necessidade de compreender e atuar neste fenómeno no sentido de promover a prevenção e uma intervenção holística e concertada por parte dos assistentes sociais/dirigentes institucionais junto destes idosos.

A traços largos, as fases narrativas, descritivas e interpretativas desta investigação focalizam, acima de tudo, os olhares sobre a problemática da solidão e do suicídio nos idosos. Contudo, a um nível micro, encontramos diversas limitações de um estudo empírico desta natureza. Reconhecemos, deste modo, estas limitações, apesar da utilização de uma metodologia qualitativa assente na recolha e tratamento da informação que nos permitem compreender, com uma maior profundidade o fenómeno em estudo.

Sendo o assistente social privilegiado por natureza, uma vez que lida diretamente com a população idosa num campo de ação tão diverso e dinâmico, o seu papel passa não só pela intervenção como também na identificação precoce da realidade e problemas nesta população. Cabe ao assistente social estabelecer a proximidade com a família sendo uma ferramenta imprescindível para identificar situações de suicídio.

A desesperança, a inquietação e o isolamento social enquanto sintoma/diagnóstico; a perturbação da ansiedade, a tentativa prévia de suicídio e os estados iniciais de demência enquanto história psiquiátrica; a ausência de história neurológica e de doença crónica; os múltiplos acontecimentos geradores de stresse, as perdas precoces/roturas de um relacionamento significativo e o luto recente a nível psicossocial; a desesperança, baixa autoestima e a perturbação de personalidade borderline ou antissocial, no que concerne aos fatores de personalidade, e a ausência de história familiar psiquiátrica parecem caracterizar os idosos da nossa amostra que idealizaram/tentaram o suicídio.

No que diz respeito às manifestações comportamentais, comportamentos de risco, que parecem anteceder a ideação/tentativa de suicídio, verificou-se o peso do enforcamento, a queda intencional e a intoxicação medicamentosa fatores a ter sempre em consideração aquando da intervenção com esta população. Relativamente às práticas profissionais, verificou-se que a maior parte das equipas é constituída por Assistente Social e Psicólogo, na maior parte das instituições não se faz trabalho preventivo e a maior parte dos encaminhamentos são efetuados para as urgências. No que concerne ao percurso teórico, a maioria dos técnicos abordaram a temática do suicídio no decorrer do seu percurso académico, contudo, a maioria não frequentou qualquer especialização/formação na área.

O apporto deste estudo para o conhecimento do suicídio nos idosos pretende permitir/promover o conhecimento nesta área, que ao manter-se oculto vem criando dificuldades ao longo do tempo numa intervenção eficiente dos assistentes sociais e operacionais que lidam diretamente com esta população.

A realidade dos dados obtidos permite-nos constatar a necessidade de (re) adequar os estudos, as formações, os recursos humanos e a possível introdução, a nível académico, de uma disciplina sobre esta temática, pois a realidade da necessidade de especialização junto dos técnicos mais propriamente dos Assistentes Sociais que trabalham na área com este tipo de população é bem evidente.

No que concerne às limitações do presente estudo, estas passam maioritariamente pelo baixo número de técnicos entrevistados, propomos que numa próxima investigação, este número possa ser alargado.

Propomos que, no futuro próximo se implementem projetos de interação com os idosos sobreviventes de uma tentativa de suicídio, desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar e que contemplem as famílias.

Por forma a termos acesso a uma informação mais diversificada e abrangente, esperamos que os dados da nossa investigação possam ser uma mais valia para quem se encontra no terreno junto destes idosos.

Referências Bibliográficas

- Almeida, J.M.C., Xavier, M. (2013), Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, *World Mental Health Surveys Initiative (WMHSI)*, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, disponível em http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf
- António, S. (2013), Das Políticas Sociais à Política Social do envelhecimento, *in* Carvalho M.I. (coord.), (2014), *Serviço Social no envelhecimento*, Lidel.
- Bardin, L. (2015), *Análise de Conteúdo*, edições 70, pp.11-27.
- Bordalo, F., Cruz, M., (2010), *Gestão de IPSS*, 1ª edição, célula 2000, pp. 6-47.
- Chantre, P.S., Fazenda, I. (2016), Determinantes Sociais da Saúde Mental e Serviço Social, *in* Programa Nacional para a Saúde Mental (2016), *Serviço Social na Saúde Mental*, Associação de Profissionais de Serviço Social, pp.33-44.
- Caeiro, J.C., (2008), *Políticas Públicas, Política Social e Estado Providência*, Universidade Lusíadas Editora, Manuais, Lisboa, pp. 15-89.
- Calenti, M., (2011), *Gerontología y Geriatria, Valoración e intervención*, editorial Medica panamericana, Madrid, pp.4-82.
- Campos, L., P. C.,V., (2009), *Doença Mental e prestação de cuidados*, Universidade Católica Editora, Campos de saber.
- Carvalho, M.I., (coord.) (2013), *Serviço Social no envelhecimento*, Pactor.
- Carvalho, M.I. (coord.), (2021), *Serviço Social na Saúde*, Pactor.
- Carvalho, M.I. (2013), *Um Percurso Heurístico pelo Envelhecimento*.
- Carey-Bélanger, E., *Políticas Sociais e os trabalhadores sociais no contexto da globalização e da transformação do papel do estado: apelo a um cidadania activa e a uma vitória à altura*, *in* Mouro, H., Simões, D. (coords.) (2001), *100 anos do Serviço Social*, Coimbra, Quarteto. (p. 298-346).

- Carta Social rede de serviços e equipamentos relatório 2014, Governo de Portugal, Ministério da Solidariedade e Segurança Social. Disponibilizado em www.cartasocial.pt/relatorios.php pesquisado em 15 de Fevereiro de 2016
- Carvalho, R., (2014), *Cuidar de idosos uma prática co-construída*, 1ª ed., coisa de ler, pp. 285-292.
- Carvalho, A. (2016), *Políticas de Saúde Mental em Portugal*, in Programa Nacional para a Saúde Mental disponibilizado em www.dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016
- Carvalho, M.I.L.B., (2012), *Envelhecimento e Cuidados Domiciliários em Instituições de Solidariedade Social*, 1ª edição, Lisboa, Coisas de Ler Edições, pp. 37-60.
- Carvalho, V. F.C.; Fernandez, M.E.D. (2000) *Depressão no idoso, Visão histórica*, in Papaléo Netto, M. (2000). *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo-Horizonte: Atheneu, pp.160-173.
- Coutinho, C.P. (2011), *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*, Almedina, pp. 43-307.
- Decreto-lei 64/2007
- Decreto-lei 119/83- Decreto – Segurança Social disponível em www.seg-social.pt>DL_119_83 acedido em 14 de Fevereiro de 2016
- Decreto-lei nº 28/1984 disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt> acedido em 14 de Fevereiro de 2016
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2016), *Metade dos suicídios são por enforcamento*, Lisboa, arquivo do Jornal de Notícias [JN], Março de 2016, disponível em <https://www.jn.pt/nacional/saude/interior/metade-dos-suicidios-sao-por-enforcamento>
- Dias, I., Rodrigues, E.V. (2012), *Demografia e Sociologia do Envelhecimento*, in Paúl, C., Ribeiro, O., (coord.), (2012), *Manual de Gerontologia aspetos bicomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, Lidel.

- Domingues, M.A.; Lemos, N.D., (coord.) (2010), *Gerontologia, os desafios nos diversos cenários da atenção*, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção de São Paulo, Manole.
- Faleiros, V. P. (1996), *Estratégias em Serviço Social*, São Paulo, Cortez.
- Faleiros, Vicente Paula (1985), *Saber Profissional e Poder Institucional*, 6ª edição, São Paulo, Cortez.
- Fazenda, I., (2008), *O puzzle desmanchado: saúde mental, contexto social, reabilitação e cidadania*, 1ª edição cadernos Climepsi de saúde.
- Fazenda, I. (2012), *Serviço Social nas Área da Saúde Mental: Princípios, Modelos e Prática*, in Carvalho, M.I. (coord.), *Serviço Social na Saúde*, (2012), Factor.
- Fernandes, J.C. (2014), *DSM-5, Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, 5ª edição, American Psychiatric Association.
- Fernandes, M.J., Tavares, J.P., Braga, T.R., & Santos, P.C.V. (Julho, 2007), *Ciência e Técnica, sinais vitais*, 73, pp.35-43.
- Flick, U. (2005), *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*, Monitor, pp.22-67.
- Frank, M.H. e Rodrigues, N.L., (2011), *Depressão, Ansiedade, Outros Transtornos Afetivos e suicídio*, in Freitas, E. V., Py. L. *et al*, (2011), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Guanabara Koogan, 3ª edição.
- Forti, V. (2020), *Ética, crime e Loucura, Reflexões sobre a Dimensão Ética no Trabalho Profissional*. 2ª edição, Editora Lumen Joris, Rio de Janeiro.
- Freitas, E. V., Py. L. *et al*, (2011), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Guanabara Koogan, 3ª edição.
- Garavan, R.; Winder, R.; McGee, H., (2001), *Health and Social Services for Older People, Consulting older people on health and social services: A survey of service use, experiences and needs* Health Services Research Centre Department of Psychology, Royal College of Surgeons in Ireland, disponível em http://www.ncaop.ie/publications/research/reports/64_Hessop1.pdf

- Gouveia, J.P., (s.d), *Ansiedade Social: da timidez à Fobia Social*, Saúde e Sociedade 3, Quarteto, pp 11-38.
- Guariento, M.E.; Neri, A.L., [et al] (2013), *Pesquisa em Gerontologia*, in Freitas, E. V., Py. L. et al, (2011), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Guanabara Koogan, 3ª edição.
- Heidegger, M. (1996) *Ser e Tempo*, vol. 2, Petrópolis, Ed. Vozes.
- Heidegger, M. (2001) *Serenidade*, Lisboa, Instituto Piaget
- Joaquim, H., (2007), *O Serviço Social nos centros sociais e paroquiais*, Lisboa, Universidade Católica Editora.
- Jornal de Lisboa, nº 105, Novembro 16, Ano IX.
- Lama, D. (1998) [1994], *Tre Way to Freedom*, O caminho para a libertação, tradução Cordeiro, M..
- Lavié, A.H., (coord.), (2010), *Trabajo Social com enfermos de alzhéimer y sus famílias, Reflexiones y sugerencias, Sobre el ejercicio profissional del trabajador social*, netbiblo, Spain.
- Leme, L.E.G., (2000), *A Gerontologia e o problema do envelhecimento. Visão histórica*, in Papaléo Netto, M. (2000). *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo-Horizonte: Atheneu, pp. 13-25.
- Lopes, M.A., Ribeiro, A.R., *et al* (2012), *Serviço Social e Qualidade em Contexto Hospitalar*, in, Carvalho, M.I. (coord.), *Serviço Social na Saúde*, (2012), Pactor.
- Lucca, C. (2008), *Depressão no idoso*, in Martins, R.,M., Hagen, S.,I., (coord.) (2008), *Ame as suas rugas, coisas de ler*, 1ªed., Lisboa.
- Luders, S.L.A; Storani, M.S.B., (2000), *Demência: impacto para a família e a sociedade*, in Papaléo Netto, M. (2000). *Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo-Horizonte: Atheneu, pp. 146-160.
- Macuglia, G.R., Rieder, C.R. de M., Almeida, R.M. M., (2012), *Funções Executivas na Doença de Parkinson: Revisão da Literatura*, *Psico*, v. 43, n 4, pp.552-561, out/dez.

- 2012, disponível em OMS- www.who.int/eportuguese,
<http://revistaseletronicas.pucrs.br>
- Madeira, N., Craveiro, A. (2014), Tratamento Psicofarmacológico, *in* Saraiva, C. (2014) (coord.), *Depressão e Suicídio, um guia clinico nos cuidados de saúde primários*, lidel.
- Martinelli, Maria Lúcia (1997), *Serviço Social: Identidade e Alienação*, 5ª. ed., São Paulo, Cortez
- Martins, R.,M., Hagen, S.,I., (coord.) (2008), *Ame as suas rugas, coisas de ler*, 1ªed., Lisboa, pp. 37-46.
- Matthews, D., (2011), *Diabetes*, texto editora, pp. 34.
- Marx, K., (2009), *Sobre o suicídio*, 1ª edição, padrões culturais editora.
- Meene, D.V. (2008), *Diabetes: por uma vida mais doce*, *in* Martins, R.,M., Hagen, S.,I., (coord.) (2008), *Ame as suas rugas, coisas de ler*, 1ªed., Lisboa,
- Mouro, H., Simões, D. (coords.) (2001), *100 anos do Serviço Social*, Coimbra, Saúde e Sociedade, Quarteto. (p. 298-346).
- Montgomery, S.A. (2000) *ansiedade e depressão*, Clemepsi editores.
- Nicolau. A.P., Sepúlveda, C., Cruz, M., (coords.) (2010), *Gestão de IPSS*,
- Nunes, B. (2008), *Envelhecer com Saúde Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*, Lidel, pp. 17-96.
- Oliveira, M.H.R., (2016), *Intervenção do Serviço Social com pessoas com Demência in Programa Nacional para a Saúde Mental (2016), Serviço Social na Saúde Mental, Associação de Profissionais de Serviço Social*
- OMS observador disponível em bservador.pt/2016/05/19/portugal-no-grupo-dos-paises-com-esperanca-de-vida-acima-dos-80-anos/
- OMS Suicidio disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-suicidio-e-responsavel-por-uma-morte-a-cada-40-segundos-no-mundo/>

- ONU Princípios das Nações Unidas disponível em http://direitoshumanos.gddc.pt/3_15/IIIPAG3_15_1.htm
- Palha, A.P., (2024), Tristeza, Depressão, Deficit Cognitivo e Envelhecimento, *in* Moura, C., Idadismo Prioridade na Construção Social da Idade, 1ª ed., Eudito.
- Pimentel, L., (2005), O Lugar do Idoso na Família, 2ª edição, Saúde e Sociedade, Quarteto.
- Paixão, A. (2014) Álcool e o idoso *in* Moura, C., Idadismo Prioridade na Construção Social da Idade, 1ª ed., Eudito, pp. 259-267.
- Papalia, D., E.; Feldman, R.,D., Desenvolvimento Humano, AMGH Editora Ltda, 12ª edição.
- Paúl, C. (2005) “A construção de um modelo de envelhecimento humano” *in* Paúl, C. e Fonseca, A.M. (coord.) Envelhecer em Portugal, Psicologia, saúde e prestação de cuidados, Lisboa, Climepsi Editores, pp. 21-41.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (coord.) (2011) Manual de Envelhecimento Activo, Lidl, pp.
- Paúl, C. e Ribeiro, O. (coord.) (2012), Manual de gerontologia, aspetos bicomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento, lisboa, Lidel, pp
- Papaléo Netto, M. (2000). Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo-Horizonte: Atheneu, pp.
- Papaléo Netto, M., Ponte, J.R. (2000) Envelhecimento: Desafio na Ttransição do Século, *in* Papaléo Netto, M. (2000). Gerontologia - a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Rio de Janeiro, Belo-Horizonte: Atheneu, pp3-43.
- Pereira, F., (coord.), (2012),Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos, 1º ed., psicossoma.
- Pontes, C. (2017), As fases da Demência e a Investigação em Portugal *in* alzheimer Portugal, Associação Portuguesa de Familiares e amigos de doentes de Alzheimer, nº 65 fevereiro a abril de 2017.
- Programa de Apoio Integrado a Idosos, (1994), Segurança Social.

- Queiroz, Z.P.V., (2010), O Enfoque do Serviço Social, *in* Domingues, M.A., Lemos, N.D., (coord.) (2010), Gerontologia, os desafios nos diversos cenários da atenção, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção de São Paulo, Manole, pp. 64-86.
- Quivy, R., C. L.V., (2008), Manual de Investigação em Ciências Sociais, Trajectos, Gradiva, pp.
- Relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental,
- Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, edição de 2015, Diabetes Factos e Números, 7ª edição disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/diabetes-factos-e-numeros-7-edicao.aspx> consultado em 26 de Janeiro de 2018.
- Rio, C.,M.,C.,F.,M., (2008), Depressão unipolar e Depressão bipolar: um espectro da Doença depressiva? Artigo de revisão bibliográfica, mestrado integrado em Medicina, com a orientação do professor Doutor António Alfredo de Sá Leuschner Fernandes, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Rodrigues, F. (1999), Assistência Social e políticas sociais em Portugal, ISSSL. Lisboa, pp. 25-57.
- Rodrigues, A.C., Teles, A., Portinha, I., Gouveia, P., & Martins, V., (Março/Abril 2007), Factores de risco para o suicídio nas Perturbações do Espectro Bipolar, Saúde Mental, vol. IX, (2), 38-41.
- Rosa, M.J.V. (2012), O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa, Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos, pp. 9-29.
- Rosa, M.J.V., Chitas, P. (2013), Portugal e a Europa: os números, Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos pp.9-21.
- Rosa, M.J.V., Chitas, P. (2013), Portugal: os números, Ensaios da Fundação Francisco Manuel dos Santos pp.9-28.
- Rosanvallon, P., (1991). A Crise do Estado de Providência, editora Inquérito.
- Sá, J.L.M., A formação Profissional em Gerontologia, *in* tratado de Geriatria e Gerontologia, pp.1473-1478.

- Saldanha, H. (2009), Bem Viver para Bem Envelhecer, Um desafio à Gerontologia e à Geriatria, Lidel.
- Sampaio, Daniel (2006), Ninguém Morre Sozinho, Caminho.
- Santos, P. da L.D.F.C, (2002), A Depressão no idoso. Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. 2º edição, Quarteto, pp.19-69.
- Saraiva, C.B., (1999), Para-Suicídio, quarteto.
- Segurança social, seg-social.pt/idosos
- Silva, P.,S., (coord.), (2009), Lidar com a doença de Alzheimer, guias práticos, 1ª edição, Deco Proteste.
- Silva, M.E.D. (2005), Saúde Mental e Idade Avançada uma perspectiva abrangente, in Paúl e Fonseca (2005), pp. 137-156.
- Vara, M. (2012), o olhar do gerontólogo, in Pereira, F. (coord.), (2012), Teoria e prática da gerontologia. Um guia para cuidadores de idosos, 1º ed., psicossoma
- Varela, V. (coord.) (2013), A segurança social é sustentável. Trabalho, estado e segurança social, Lisboa: 1ª edição, Bertrand.
- World Health Organization, (2016), Mental health and older adults, disponível em who.int/mediacentre/factsheets.
- World Health Organization (2017), Suicide
- Yanguas, J.J.; Lenuria, F.J.; Lenturia, M.; Uriarte, A., Intervención Psicosocial en Gerontología: manual práctico, (2002), 2ª edición, España.

Apêndices

Apêndice 1 – Guião da entrevista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais, Educação e Administração

Mestrado em Gerontologia Social

Caro (a) entrevistado (a)

A presente entrevista tem como objetivo a recolha de informação relativamente ao papel do Assistente Social perante situações de tentativa de suicídio, ideação e comportamentos atípicos nos idosos.

Esta entrevista surge no âmbito da Tese de Mestrado em Gerontologia Social, cujo título é "Suicídio no idoso – O Papel do Assistente Social", a desenvolver na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Deste modo, e para uma melhor compreensão/exploração do tema em análise, solicito a sua participação.

Ser-lhe-á garantida confidencialidade e anonimato. Os resultados desta investigação serão somente para fins académicos e científicos.

Os meus agradecimentos pela sua colaboração e disponibilidade.

Entrevista nº _____ Data / /

Género

Masculino Feminino

Formação do (a) Assistente Social

Licenciatura

Pós-graduação Qual: _____

Mestrado Qual: _____

Doutoramento em que área: _____

Outras habilitações – Quais? _____

Anos de serviço

≤ 3 Anos

Entre 3 e 5 Anos

≥ 5 Anos

Contexto

Lar Público Privado

Centro de Dia

Centro de Noite

Apoio Domiciliário

Centro de Reformados e Pensionistas

Centros Residenciais

Outro: _____

Região do País

Centro onde: _____

Norte Onde: _____

Sul Onde: _____

Ilhas Onde: _____

1. Na sua Instituição, tem ou teve algum idoso com ideação suicida ou com pós-comportamento suicidário?

Sim Não

Se **sim**, quantos: _____

I. Parte - Historial do idoso

Sujeito 1

Género- Masculino Feminino

1.1 Sintomas

- a) Desesperança
- b) Humor deprimido
- c) Culpa e/ou fracasso
- d) Inquietação ou agitação
- e) Insónia persistente
- f) Perda de peso
- g) Lentificação psicomotora
- h) Discurso pobre
- i) Astenia
- j) Isolamento social
- k) Não apresentou sintomas _____

1.2 História psiquiátrica do sujeito

- a) Tentativa de suicídio prévia
- b) Perturbação do humor
- c) Alcoolismo e/ou abuso de substâncias
- d) Distúrbios da conduta ou depressão em adolescentes
- e) Fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos
- f) Perturbação de ansiedade
- g) Doença Bipolar
- h) Esquizofrenia
- Outros, qual (ais): _____

Frequentou/Frequenta:

- a) Consultas de Psiquiatria
- b) Consultas de Psicologia

1.3 História Neurológica

- a) Demência de Alzheimer
- b) Parkinson
- c) Demência Frontotemporal

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

Frequentou/Frequenta:

- a) Consultas de Neurologia

1.4 História de Doenças Crônicas

- a) Cancro
- b) Doenças Cardiovasculares
- c) Diabetes
- d) Obesidade
- e) Doenças Respiratórias

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

1.5 História psicossocial

- a) Separação
- b) Divórcio
- c) Reforma
- d) Luto recente
- e) Vive sozinho
- f) Desempregado; mudança ou perda recente de trabalho

g) Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stress quais:

h) Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo

Qual (ais): _____

Outra (s) _____

1.6 Fatores de personalidade

a) Impulsividade, agressividade e hostilidade

b) Rigidez cognitiva e pessimismo

c) Desesperança

d) Baixo autoestima

e) Comportamentos borderline ou antissociais

1.7 História Familiar Psiquiátrica

a) História familiar de comportamentos suicidários

b) História familiar de perturbações de humor

c) Alcoolismo

d) Consumo de substâncias

Outros, qual (ais): _____

II. Comportamento do idoso

2. Qual/que tipo de comportamento suicida?

a) Intoxicação medicamentosa

b) Intoxicação por veneno

c) Corte

d) Conduzir sem permissão

e) Enforcamento

f) Queda intencional

Outros: _____

Sujeito 2

Género- Masculino Feminino

1.1 Sintomas

- a) Desesperança
- b) Humor deprimido
- c) Culpa e/ou fracasso
- d) Inquietação ou agitação
- e) Insónia persistente
- f) Perda de peso
- g) Lentificação psicomotora
- h) Discurso pobre
- i) Astenia
- j) Isolamento social
- k) Não apresentou sintomas _____

1.2 História psiquiátrica do sujeito

- a) Tentativa de suicídio prévia
- b) Perturbação do humor
- c) Alcoolismo e/ou abuso de substâncias
- d) Distúrbios da conduta ou depressão em adolescentes

e) Fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos

f) Perturbação de ansiedade

g) Doença Bipolar

h) Esquizofrenia

Outros, qual (ais): _____

Frequentou/Frequenta:

a) Consultas de Psiquiatria

b) Consultas de Psicologia

1.3 História Neurológica

a) Demência de Alzheimer

b) Parkinson

c) Demência Frontotemporal

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

Frequentou/Frequenta:

a) Consultas de Neurologia

1.4 História de Doenças Crónicas

a) Cancro

b) Doenças Cardiovasculares

c) Diabetes

- d) Obesidade
- e) Doenças Respiratórias

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

1.5 História psicossocial

- a) Separação
- b) Divórcio
- c) Reforma
- d) Luto recente
- e) Vive sozinho
- f) Desempregado; mudança ou perda recente de trabalho
- g) Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse quais:

- h) Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo

Qual (ais): _____

Outra (s) _____

1.6 Fatores de personalidade

- a) Impulsividade, agressividade e hostilidade
- b) Rigidez cognitiva e pessimismo
- c) Desesperança
- d) Baixa autoestima

e) Comportamentos borderline ou antissociais

1.7 História Familiar Psiquiátrica

a) História familiar de comportamentos suicidários

b) História familiar de perturbações de humor

c) Alcoolismo

d) Consumo de substâncias

Outros, qual (ais): _____

II. Comportamento do idoso

2. Qual/que tipo de comportamento suicida?

a) Intoxicação medicamentosa

b) Intoxicação por veneno

c) Corte

d) Conduzir sem permissão

e) Enforcamento

f) Queda intencional

Outros: _____

Sujeito 3

Género- Masculino Feminino

1.1 Sintomas

- a) Desesperança
- b) Humor deprimido
- c) Culpa e/ou fracasso
- d) Inquietação ou agitação
- e) Insónia persistente
- f) Perda de peso
- g) Lentificação psicomotora
- h) Discurso pobre
- i) Astenia
- j) Isolamento social
- k) Não apresentou sintomas _____

1.2 História psiquiátrica do sujeito

- a) Tentativa de suicídio prévia
- b) Perturbação do humor
- c) Alcoolismo e/ou abuso de substâncias
- d) Distúrbios da conduta ou depressão em adolescentes
- e) Fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos
- f) Perturbação de ansiedade

g) Doença Bipolar

h) Esquizofrenia

Outros, qual (ais): _____

Frequentou/Frequenta:

a) Consultas de Psiquiatria

b) Consultas de Psicologia

1.3 História Neurológica

a) Demência de Alzheimer

b) Parkinson

c) Demência Frontotemporal

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

Frequentou/Frequenta:

a) Consultas de Neurologia

1.4 História de Doenças Crônicas

a) Cancro

b) Doenças Cardiovasculares

c) Diabetes

d) Obesidade

e) Doenças Respiratórias

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

1.5 História psicossocial

- a) Separação
- b) Divórcio
- c) Reforma
- d) Luto recente
- e) Vive sozinho
- f) Desempregado; mudança ou perda recente de trabalho
- g) Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse quais:

-
- h) Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo

Qual (ais): _____

Outra (s) _____

1.6 Fatores de personalidade

- a) Impulsividade, agressividade e hostilidade
- b) Rigidez cognitiva e pessimismo
- c) Desesperança
- d) Baixa autoestima
- e) Comportamentos borderline ou antissociais

1.7 História Familiar Psiquiátrica

- a) História familiar de comportamentos suicidários
- b) História familiar de perturbações de humor

- c) Alcoolismo
- d) Consumo de substâncias

Outros, qual (ais): _____

II. Comportamento do idoso

2. Qual/que tipo de comportamento suicida?

- a) Intoxicação medicamentosa
- b) Intoxicação por veneno
- c) Corte
- d) Conduzir sem permissão
- e) Enforcamento
- f) Queda intencional

Outros: _____

Sujeito 4

Género - Masculino Feminino

I.1 Sintomas

- a) Desesperança
- b) Humor deprimido
- c) Culpa e/ou fracasso
- d) Inquietação ou agitação
- e) Insónia persistente

- f) Perda de peso
- g) Lentificação psicomotora
- h) Discurso pobre
- i) Astenia
- j) Isolamento social
- k) Não apresentou sintomas _____

1.2 História psiquiátrica do sujeito

- a) Tentativa de suicídio prévia
- b) Perturbação do humor
- c) Alcoolismo e/ou abuso de substâncias
- d) Distúrbios da conduta ou depressão em adolescentes
- e) Fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos
- f) Perturbação de ansiedade
- g) Doença Bipolar
- h) Esquizofrenia

Outros, qual (ais): _____

Frequentou/Frequenta:

- a) Consultas de Psiquiatria
- b) Consultas de Psicologia

1.3 História Neurológica

- a) Demência de Alzheimer
- b) Parkinson
- c) Demência Frontotemporal

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

Frequentou/Frequenta:

- a) Consultas de Neurologia

1.4 História de Doenças Crónicas

- a) Cancro
- b) Doenças Cardiovasculares
- c) Diabetes
- d) Obesidade
- e) Doenças Respiratórias

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

1.5 História psicossocial

- a) Separação
- b) Divórcio
- c) Reforma
- d) Luto recente
- e) Vive sozinho
- f) Desempregado; mudança ou perda recente de trabalho
- g) Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse quais:

- h) Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo

Qual (ais): _____

Outra (s) _____

1.6 Fatores de personalidade

- a) Impulsividade, agressividade e hostilidade
- b) Rigidez cognitiva e pessimismo
- c) Desesperança
- d) Baixa autoestima
- e) Comportamentos borderline ou antissociais

1.7 História Familiar Psiquiátrica

- a) História familiar de comportamentos suicidários
- b) História familiar de perturbações de humor
- c) Alcoolismo

d) Consumo de substâncias

Outros, qual (ais): _____

II. Comportamento do idoso

2. Qual/que tipo de comportamento suicida?

a) Intoxicação medicamentosa

b) Intoxicação por veneno

c) Corte

d) Conduzir sem permissão

e) Enforcamento

f) Queda intencional

Outros: _____

Sujeito 5

Género- Masculino Feminino

1.1 Sintomas

a) Desesperança

b) Humor deprimido

c) Culpa e/ou fracasso

d) Inquietação ou agitação

e) Insónia persistente

f) Perda de peso

g) Lentificação psicomotora

h) Discurso pobre

- i) Astenia
- j) Isolamento social
- k) Não apresentou sintomas

1.2 História psiquiátrica do sujeito

- a) Tentativa de suicídio prévia
- b) Perturbação do humor
- c) Alcoolismo e/ou abuso de substâncias
- d) Distúrbios da conduta ou depressão em adolescentes
- e) Fases iniciais de demência e estados confusionais em idosos
- f) Perturbação de ansiedade
- g) Doença Bipolar
- h) Esquizofrenia

Outros, qual (ais): _____

Frequentou/Frequenta:

- a) Consultas de Psiquiatria
- b) Consultas de Psicologia

1.3 História Neurológica

- a) Demência de Alzheimer
- b) Parkinson
- c) Demência Frontotemporal

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

Frequentou/Frequenta:

a) Consultas de Neurologia

1.4 História de Doenças Crónicas

a) Cancro

b) Doenças Cardiovasculares

c) Diabetes

d) Obesidade

e) Doenças Respiratórias

Outras

Se **sim**, qual (ais) _____

1.5 História psicossocial

a) Separação

b) Divórcio

c) Reforma

d) Luto recente

e) Vive sozinho

f) Desempregado; mudança ou perda recente de trabalho

g) Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stresse quais:

h) Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo

Qual (ais): _____

Outra (s) _____

1.6 Fatores de personalidade

- a) Impulsividade, agressividade e hostilidade
- b) Rigidez cognitiva e pessimismo
- c) Desesperança
- d) Baixa autoestima
- e) Comportamentos borderline ou antissociais

1.7 História Familiar Psiquiátrica

- a) História familiar de comportamentos suicidários
- b) História familiar de perturbações de humor
- c) Alcoolismo
- d) Consumo de substâncias

Outros, qual (ais): _____

II. Comportamento do idoso

2. Qual/que tipo de comportamento suicida?

- a) Intoxicação medicamentosa
- b) Intoxicação por veneno
- c) Corte
- d) Conduzir sem permissão
- e) Enforcamento
- f) Queda intencional

Outros: _____

III. Perspetiva do Assistente Social

3. Considera que o historial do sujeito influencia (m) a sua qualidade de vida?

Sim Não

Se **sim**, de que forma? _____

4. Estes idosos têm tendência para isolar-se (ex. não querem participar nas atividades; não querem sair de casa/quarto)

Sim Não

IV. Intervenção – aquando da tentativa de suicídio/equivalente de suicídio

4. Na sua perspetiva qual o papel do Assistente Social perante comportamentos de tentativa/equivalente de suicídio no idoso? _____

4.1 Na sua perspetiva, o idoso com este tipo de comportamento está motivado a estar neste contexto (Lar, Centro de Dia, Centro de Noite...)

Sim Não

4.1.1 Quais os indicadores que lhe demonstram essa motivação/desmotivação?

5. Como articula o trabalho entre o idoso e os familiares?

6. Como articula o trabalho entre o idoso e os (as) assistentes operacionais?

7. É feita alguma preparação dos (as) assistentes operacionais neste âmbito? Como?

8. Na sua perspetiva, qual o papel dos (as) assistentes operacionais na deteção dos indicadores de suicídio?

V. Encaminhamento

9. Como é constituída a equipa técnica?

a) Assistente Social

b) Psicólogo

c) Psiquiatra

d) Neurologista

e) Outras especialidades

Quais: _____

10. A instituição dispõe de programas preventivos ao nível do comportamento suicida?

Sim Não

Se **sim**, Qual/quais _____

11. A nível de encaminhamento do idoso, quais os recursos que utiliza?

a) Linhas telefónicas especializadas

b) Instituições especializadas na área

c) Urgências

d) Consulta de psiquiatria

VI. Área de Formação do (a) Assistente Social

12. Durante a sua Licenciatura abordou esta temática?

Sim Não

13. No decorrer da sua prática profissional, teve alguma especialização/formação na área?

Sim Não

Se **sim**, Qual/quais _____

14. Costuma frequentar workshops/seminários e/ou congressos relacionados com o suicídio/morte?

Sim Não

Obrigado!

Apêndice 2 – Caracterização dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio sintomas/diagnóstico (s)

Caracterização dos idosos que idealizaram/tentaram o suicídio sintomas/diagnóstico (s)

IDOSO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Desesperança	■	■		■	■	■	■		■	■				■	■	■	■		■		■	■	■
Humor deprimido				■	■	■	■		■		■	■		■	■	■				■			
Culpa e/ou fracasso		■			■	■													■				
Inquietação ou agitação				■				■			■	■	■	■	■	■					■	■	■
Perda de peso																	■				■		
Lentificação psicomotora	■			■				■			■	■						■					
Discurso pobre	■							■								■				■	■	■	
Astenia				■															■		■	■	
Isolamento social				■	■	■	■	■	■	■	■					■	■			■	■	■	
Não apresentou			■																				

Apêndice 3 – Caracterização da história psiquiátrica do sujeito

Caracterização da história psiquiátrica do sujeito

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Tentativa de suicídio prévia	■	■		■						■	■	■	■										■
Perturbação do humor						■	■	■	■	■	■	■	■			■				■		■	
Alcoolismo e/ou abuso de substâncias	■				■															■			
Distúrbios da conduta ou depressão em adolescência																							
Fases iniciais de demência e estados confusivos em idosos				■				■	■											■	■	■	
Perturbação de ansiedade	■	■		■	■						■	■	■			■		■	■	■	■	■	■
Doença bipolar														■									
Esquizofrenia																				■			
Outros/ isolamento social			■														■						

Apêndice - 4 Caracterização da história Neurológica do sujeito

Caracterização da história Neurológica do sujeito

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Demência de Alzheimer																							
Parkinson																							
Demência Frontotemporal																							
Não apresenta																							
Outros																							

Apêndice – 5 Caracterização dos fatores de personalidade do sujeito

Caracterização dos fatores de personalidade do sujeito

Idmos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Impulsividade, agressividade e hostilidade				■		■	■	■	■					■									
Rigidez cognitiva e pessimismo				■	■	■	■	■									■		■	■	■		
Desesperança	■			■	■				■	■			■		■	■	■					■	■
Baixo autoestima	■	■		■	■					■	■	■		■	■			■	■			■	
Per perturbação de personalidade, borderline ou antissociais		■				■	■	■		■							■		■				
Não apresenta			■																				

Apêndice -6 Caracterização da história psicossocial do sujeito

Caracterização da história psicossocial do sujeito

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Separação						■							■							■			
Divórcio																							
Luto recente				■	■			■		■	■	■	■						■				■
Vive sozinho					■					■						■							
Reforma			■										■		■		■					■	
Desemprego, mudança ou perda recente de trabalho														■									
Múltiplos acontecimentos de vida geradores de stress	■		■	■		■				■			■		■				■	■	■	■	
Perdas precoces, rotura de um relacionamento significativo		■			■	■	■	■			■	■		■				■	■	■			

Apêndice – 7 Manifestações comportamentais do sujeito

Manifestações comportamentais do sujeito

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Intoxicação medicamentosa																							
Intoxicação por veneno																							
Corte																							
Conduzir sem permissão																							
Enforcamento																							
Queda intencional																							
Outros																							

¹ Tentativa de enforcamento com cordão de bolsa de telemóvel

² Tiro com arma de fogo

³ Ideação de suicídio

⁴ Gás

⁵ Ideação de precipitar-se da janela do quarto

⁶ Ideação suicida por enforcamento

⁷ Ideação de precipitar-se para um abismo

⁸ Gás

Apêndice – 8 Caracterização da história familiar psiquiátrica

Caracterização da história familiar psiquiátrica

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
História familiar de comportamentos suicidários																							
História familiar de perturbações de humor																							
Alcoolismo																							
Consumo de substâncias																							
Não apresenta																							

Apêndice – 9 Especialização / Formação na área do suicídio

Especialização/formação na área do suicídio

ET	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Sim ¹														
Não ²														

Apêndice – 10 Intervenção do técnico/dirigente aquando de uma ideação/tentativa de suicídio do idoso

Intervenção do técnico/dirigente aquando de uma ideação/tentativa de suicídio do idoso

ET ³	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Assistente Social	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Assistente Social, Psicólogo,	■	■	■							■	■	■	■	■
Assistente Social, Psicólogo, Psiquiatra						■	■	■	■					
Assistente Social, Médico de Família				■	■									
Assistente Sociais e urgências														

Apêndice – 11 Encaminhamento do sujeito

Encaminhamento do sujeito

ET ¹	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Linhas telefónicas especializadas		■								■				
Instituições especializadas na área	■	■			■			■	■				■	
Urgências		■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■
Consulta de Psiquiatria	■	■	■	■	■	■	■				■	■		■

Apêndice – 12 Caracterização da história de doenças crónicas do sujeito

Caracterização da história de doenças crónicas do sujeito

Idosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
Cancro																							
Doenças cardiovasculares																							
Diabetes																							
Obesidade																							
Doenças respiratórias																							
Não apresenta																							