

**MARGARIDA TENENTE SANTOS POCINHO**

---

**FACTORES SOCIOCULTURAIS, DEPRESSÃO**



**E**



**SUICÍDIO NO IDOSO ALENTEJANO**

---

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR**

**UNIVERSIDADE DO PORTO**

**PORTO, 2007**

**MARGARIDA TENENTE SANTOS POCINHO**

---

**FACTORES SOCIOCULTURAIS, DEPRESSÃO**



**E**



**SUICÍDIO NO IDOSO ALENTEJANO**

---

**DISSERTAÇÃO DE CANDIDATURA AO GRAU DE DOUTOR**

**EM CIÊNCIAS BIOMÉDICAS (SAÚDE MENTAL)**

**SUBMETIDA AO INSTITUTO DE CIÊNCIAS**

**BIOMÉDICAS DE ABEL SALAZAR**

**ORIENTADOR – PROFESSOR DOUTOR CARLOS AMARAL DIAS**

É preciso que  
"quem sabe saiba que não sabe tudo"  
e que  
"quem não sabe não ignora tudo".  
Jogo que alimenta a inquieta curiosidade de saber.  
Porque quem sabe pode sempre perceber que sabe pouco  
e precisa e pode saber mais.

Paulo Freire

*"Não fosse a lembrança da mocidade,  
não se ressentiria a velhice."*

***Georg Lichtenberg***

## **AGRADECIMENTOS**

Esta tese é o culminar de uma longa sequência de acontecimentos, e são devidos agradecimentos a muitas pessoas.

Ao Senhor Prof. Doutor Carlos Amaral Dias, devo a superior orientação, de quem recebi repetidas lições e que agora registo quanto lhe devo, por me ter recebido como sua aprendiz, pelas críticas, sugestões e, sobretudo, pelos ensinamentos essenciais à realização desta tese.

Ao Senhor Prof. Doutor Carlos Farate, pelos contributos, contínuo apoio e encorajamento durante todo o processo, e cuja inesgotável energia, entusiasmo, dedicação e disponibilidade proporcionaram momentos de debate importantes para a reflexão e crítica, imprescindíveis à realização deste trabalho. A ele me ligam hoje devotada admiração, simpatia, amizade e estima.

Ao Senhor Prof. Doutor Jérôme Yesavage, pela dedicação e pronta disponibilidade, imprescindíveis à validação da GDS utilizada neste trabalho. Da mesma forma agradeço ao Senhor Prof. Doutor Russel, pela pronta autorização e disponibilidade para a validação da UCLA que utilizamos. A eles estou grata.

À Senhora Dra. Encarnação Vicente e à Senhora Prof. Doutora Susana Ramos que incansavelmente me apoiaram na revisão ortográfica e gramatical desta dissertação. Para elas, os mais vivos sentimentos de gratidão.

À Mestre e colega de doutoramento Virgínia, cujo calor, humanidade, boa vontade e colaboração nesta pesquisa foram imprescindíveis. Se as palavras

significam alguma coisa, neste momento não dão a mais ténue ideia do sentimento de respeito e simpatia que por ela nutro.

À Doutora Maria Conceição Gamela, pelos caminhos que me abriu, dedicação e disponibilidade fundamentais para a realização deste trabalho. Admiração, simpatia, amizade e estima são os termos mais apropriados ao sentimento que por ela desenvolvi.

Não posso esquecer a Directora do Lar de Sabóia, D. Maria dos Reis, um exemplo de dedicação e amor a uma causa: o Lar de Sabóia e os seus utentes. A esta grande senhora, um tributo, uma homenagem.

Aos meus “velhotes” que voluntariamente participaram neste estudo e a quem devo os dados que possibilitaram a execução do mesmo. Uma palavra especial para os elementos do Grupo de Cantares de Sabóia, que me deram uma nova visão e perspectiva de vida.

Cumpre-me ainda agradecer a todos os funcionários da instituição, pelas refeições, carinho e apoio.

Às Mestres e colegas de Doutoramento, Sónia Guadalupe e Helena Espírito-Santo, pela sua colaboração sempre prestável, quer ao nível da cedência de material bibliográfico quer pelas pessoas que são. Obrigada, Sónia e Lena.

Ao Dr. Rogério e ao Enfermeiro Teixeira do Centro de Saúde de Sabóia pela orientação espacial e informações tão pertinentes que aqui merecem um sentido agradecimento.

Aos funcionários do ISMT, em especial à Cristina, à Edite, à Fátima, à Margarida, à Paula; à Milú, pela paciência que comigo tiveram e por serem sempre tão amigas.

À Mestre Emília Corga, que sempre atendeu aos meus pedidos e solicitações. Bem-haja.

Ao Mestre e Amigo João Paulo de Figueiredo, que incansavelmente me substituiu e apoiou nas mais árduas tarefas de docência, sempre que o solicitei, sem nunca se mostrar indisponível. Que me aturou as alterações de humor, resultantes do cansaço e reflexo de um acidente de automóvel de que neste período fui vítima e que me obrigou a uma cirurgia à cervical. A ele uma palavra muito especial de carinho, apreço e amizade.

À minha mãe, de quem tanto me orgulho e amo, pelo apoio financeiro e emocional que nunca me negou quando dele precisei e por tudo o resto que não caberia senão numa colectânea de agradecimentos. Tudo o que tenho, porque vivo, o que sou, devo à perseverança e à auto-estima que com ela aprendi a ter. Mãezinha, muito obrigada por seres o que és e por me teres educado na filosofia de que “hoje podemos superar o que fizemos ontem, porque ainda que não tenhamos aprendido como fazer ou ser, pelo menos já aprendemos como não devemos fazer ou ser”.

Aos meus irmãos e irmãs pelo constante encorajamento e compreensão, por acreditarem em mim, pelo constante “vê lá se acabas isso”, “vem cá buscar o jantar”, “deixa cá os miúdos e vai trabalhar descansada” e pelas ausências a que este trabalho me obrigou. Que a vida vos sorria.

Aos meus dois filhos, a quem roubei tanto tempo e demonstração de carinho e amor, um grande e apaixonado beijo.

Ao meu marido, que desde o início demonstrou compreensão e suportou, sem nunca cobrar, todas as tarefas que antes eram minhas e que passou a acumular com as suas. Por toda a simbologia e efeito que actos grandiosos como estes têm, esta tese também é dele. Se eu não te amasse, amar-te-ia a partir de então.

Ao meu pai, que faleceu vítima de um cancro fulminante, e que tanto desejo tinha de me ver doutorada, eterna saudade.

Ao meu amigo Francisco Grade que morreu, subitamente, sem completar os seus projectos. O doutoramento era um deles. A ele e ao meu pai dedico este trabalho.

A todos Estes,

ETERNA E SENTIDA GRATIDÃO.

E Àqueles que estão no coração, mas que a memória atraiçoa e por isso involuntariamente não referi,

PERDOEM-ME A APARENTE INGRATIDÃO, SOU-VOS TAMBÉM ETERNAMENTE GRATA.



## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS -----	II
ÍNDICE DE QUADROS -----	XII
ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS -----	XV
RESUMO -----	XVI
ABSTRACT -----	XVIII
RESUMÉ -----	XX
INTRODUÇÃO-----	22
<b>PARTE I ENQUADRAMENTO TEÓRICO -----</b>	<b>24</b>
CAPÍTULO I-----	25
1. <i>Evolução Histórica do Envelhecimento</i> -----	25
1.1.1. Fases do Envelhecimento -----	34
1.1.2. Características do Envelhecimento -----	36
1.1.3. Envelhecimento Demográfico em Portugal-----	36
CAPÍTULO II-----	39
2. <i>Qualidade De Vida</i> -----	39
2.1 Constructo e Conceito-----	39
2.1.1 Evolução do Conceito de Qualidade de Vida -----	40
2.1.2. As Expressões Qualidade e Vida-----	41
2.1.3. A Diversidade de Significados e Significantes -----	43



---

2.1.4. Características do Constructo .....	44
2.1.5. O Balanço da Vida.....	47
2.2. Definições .....	48
2.3. Importância de se Avaliar Qualidade de Vida.....	52
2.4 Qualidade de Vida no Idoso.....	52
2.4.1. Importância de se Avaliar Qualidade de Vida no Idoso.....	58
Se o estudo e a avaliação da qualidade de vida têm mostrado a sua importância em vários segmentos e disciplinas, eles revelam-se ainda mais importantes para a população idosa, cujas características específicas do envelhecimento e o contexto sociocultural tornam mais complicada a aferição da qualidade de vida dessa faixa etária. ....	58
CAPÍTULO III.....	59
3. Saúde .....	59
3.1. Cuidados de Saúde em Geriatria .....	61
CAPÍTULO IV.....	65
4. Depressão.....	65
4.1. Definição do Quadro Clínico .....	65
4.2. Classificações da Depressão .....	67
4.3. Causas de Depressão .....	69
4.4. Clínica e Psicopatologia.....	72
4.4.1. Teoria Cognitivo-Comportamental .....	72
4.4.1.1. A Tríade Cognitiva .....	75
4.4.1.2. Esquemas .....	77
4.4.1.3. Erros de Processamento Cognitivo .....	79

4.4.2. Teoria Psicanalítica-----	80
4.5. Epidemiologia Descritiva da Depressão-----	83
CAPÍTULO V-----	86
5. <i>Solidão</i> -----	86
5.1. Solidão: um Problema Multidimensional -----	88
5.2. O Modelo das Habilidades Sociais-----	88
5.3. Dimensão Cognitiva-----	89
5.4. A Dimensão Afectiva-----	89
5.5. Relação entre Solidão e Depressão -----	91
CAPÍTULO VI-----	93
6. <i>Suicídio</i> -----	93
6.1. Suicídio e Solidão-----	98
6.2. Suicídio e Depressão -----	99
6.3.-----	101
Suicídio: um Problema de Saúde Pública -----	101
6.3.1. Factores de Risco Suicidário -----	105
6.3.2. Factores Protectores de Risco Suicidário -----	107
6.3.3. A Abordagem da Saúde Pública -----	108
6.4. O Suicídio em Portugal-----	110
CAPÍTULO VII-----	115
7. <i>Medir o Estado de Saúde com Recurso a Escalas</i> -----	115
7.1. Psicometria e Clinimetria -----	116
7.1.1. Construção de Instrumentos -----	116
7.1.2. Tradução de Instrumentos -----	124

---

CAPÍTULO VIII-----	127
8. O Alentejo-----	127
<b>PARTE II CONTRIBUIÇÃO PESSOAL-----</b>	<b>135</b>
CAPÍTULO I-----	136
1. Considerações Gerais-----	136
1.1. Objectivos e Conceptualização da Investigação-----	136
1.2. Hipóteses de Investigação-----	137
CAPÍTULO II-----	140
2. Material e Métodos-----	140
2.1. Local de estudo-----	140
2.2. Tipo de estudo-----	140
2.3. Duração do estudo-----	141
2.4. População do estudo-----	141
2.5. Tipo, Técnica de amostragem e Dimensão da amostra-----	141
2.6. Definição das variáveis em estudo-----	143
2.7. Métodos de recolha da informação-----	144
2.8. Instrumentos de Medida-----	144
2.8.1. Questionário de Avaliação Sociocultural-----	145
2.8.1.2. Valores Normativos-----	146
2.8.2. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)-----	148
2.8.2.1. Análise factorial – Componentes Principais-----	150
2.8.2.2. Fidedignidade-----	152
2.8.2.3. Valores Normativos-----	156

---

2.8.3. Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV)-162	
2.8.3.2. Valores Normativos -----173	
2.8.3.2.1. Classificação hierárquica exaustiva CHAID -----173	
2.8.3.2.2. Análise Discriminante -----174	
2.8.4. Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS)-----182	
2.8.4.1. Estudo Preliminar à Construção da Escala-----182	
2.8.4.2. Valores Normativos -----186	
2.8.4.2.1. Classificação hierárquica exaustiva CHAID -----186	
2.8.4.2.2. Análise Discriminante -----188	
2.8.5. Escala da Solidão – UCLA – Russel -----190	
2.8.5.1. Análise Psicométrica -----191	
2.8.5.2. Valores Normativos -----198	
2.8.5.2.1. Classificação hierárquica exaustiva CHAID -----198	
2.8.5.2.2. Análise Discriminante -----200	
2.8.6. Escala de Suporte Social (SSQ)-----202	
2.9. <i>Estratégia utilizada para o tratamento estatístico dos dados</i> -----205	
CAPÍTULO III-----207	
3. <i>Análise e Interpretação dos Resultados</i> -----207	
3.1. Grupo de controlo-----207	
3.2. Idosos Alentejanos-----218	
3.3. Controlos Versus Idosos Alentejanos-----230	
CAPÍTULO IV-----250	
3. <i>Discussão e Conclusão</i> -----250	
4.1. Considerações sobre a metodologia utilizada-----250	

4.1.1. Questionário de Avaliação Sociocultural (QASC) -----	252
4.1.2. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS) -----	252
4.1.3 Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV) -	254
4.1.4. Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS) -----	257
4.1.5. Escala da Solidão (UCLA) -----	258
4.1.6. Escala de Suporte Social (SSQ6) -----	259
4.2. Discussão dos Resultados-----	260
4.3. Conclusão dos Resultados -----	265
BIBLIOGRAFIA -----	I
<b>ANEXOS -----</b>	<b>XIII</b>
<i>QASC - Questionário Avaliação Sociocultural-----</i>	<i>XIV</i>
<i>Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage -----</i>	<i>XVI</i>
<i>Geriatric Depression Scale -----</i>	<i>XVII</i>
<i>Escala Torga de Avaliação de Qualidade de Vida do idoso-----</i>	<i>XIX</i>
<i>Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária-----</i>	<i>XX</i>
<i>Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell -----</i>	<i>XXI</i>
<i>Questionário de Suporte Social (SSQ6-versão) -----</i>	<i>XXII</i>



## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1: TAXAS MÉDIAS GLOBAIS (POR 100.000 HABITANTES).....	103
QUADRO 2: TAXA DE SUICÍDIO – PORTUGAL (1996-99).....	112
QUADRO 3: TAXAS DE ANALFABETISMO (%), PORTUGAL E NUTSII, 1991 E 2001 .....	132
QUADRO 4: ÍNDICE DE RISCO SUICIDÁRIO NOS IDOSOS .....	145
QUADRO 5: VALORES NORMATIVOS DO ÍNDICE DE RISCO SUICIDÁRIO NOS IDOSOS.....	146
QUADRO 6: RISCO SOCIODEMOGRÁFICO DO SUICÍDIO (EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE).....	146
QUADRO 7: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI PARA GRUPOS IGUAIS .....	147
QUADRO 8: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI EM FUNÇÃO DO TAMANHO DO GRUPO .....	147
QUADRO 9: TESTE KMO E BARTLETT - GDS.....	149
QUADRO 10: MATRIZ ANTI-IMAGEM - GDS .....	150
QUADRO 11: MATRIZ DAS COMPONENTES PRINCIPAIS DO GDS – MÉTODO VARIMAX COM NORMALIZAÇÃO KAISER .....	151
QUADRO 12: TESTE-RETESTE DO GDS – R DE PEARSON PARA DADOS EMPARELHADOS .....	152
QUADRO 13: CONSISTÊNCIA INTERNA DO GDS – ALPHA DE CRONBACH.....	153
QUADRO 14: CONFIABILIDADE INTERAVALIADOR DO GDS – MEDIDAS REPETIDAS.....	154
QUADRO 15: CONFIABILIDADE INTERAVALIADOR DO GDS – KAPPA DE COHEN .....	155
QUADRO 16: VERSÃO PORTUGUESA DO GDS.....	156
QUADRO 17: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE .....	159
QUADRO 18: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI PARA GRUPOS IGUAIS .....	159
QUADRO 19: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI EM FUNÇÃO DO TAMANHO DO GRUPO.....	160
QUADRO 20: CONTINGÊNCIA DOS VALORES PREDITIVOS E GDS.....	160
QUADRO 21: PROCEDIMENTOS PARA CALCULAR O VALOR DIAGNÓSTICO DE UM TESTE.....	161
QUADRO 22: DADOS NORMATIVOS E VALOR DIAGNÓSTICO DA GDS.....	162
QUADRO 23: CARACTERÍSTICAS DA AMOSTRA QUE CONTRIBUIU PARA A DIMINUIÇÃO DA POOL INICIAL DE ITENS.....	165
QUADRO 24: MATRIZ DAS COMPONENTES PRINCIPAIS DA ETAQV – SATURAÇÃO RODADA .....	170
QUADRO 25: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA ETAQV – ALPHA DE CRONBACH .....	171
QUADRO 26: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DAS SUBESCALAS DA ETAQV – ALPHA DE CRONBACH.....	172
QUADRO 27: CONFIABILIDADE INTERAVALIADOR DA ETAQV – MEDIDAS REPETIDAS.....	172
QUADRO 28: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE .....	174
QUADRO 29: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI EM FUNÇÃO DO TAMANHO DO GRUPO .....	175
QUADRO 30: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE PREDITIVOS.....	176
QUADRO 31: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SUBESCALA SV .....	176
QUADRO 32: VALIDAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SATISFAÇÃO COM A VIDA .....	177
QUADRO 33: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE PREDITIVOS DA SV.....	178
QUADRO 34: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SUBESCALA SP.....	179
QUADRO 35: VALIDAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SUBESCALA SP .....	179
QUADRO 36: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SUBESCALA SEP .....	180
QUADRO 37: VALIDAÇÃO DOS PONTOS DE CORTE DA SEP.....	181
QUADRO 38: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE PREDITIVOS DA SEP.....	182
QUADRO 39: AMOSTRA PARA APLICAÇÃO DO MÉTODO DO IMPACTO CLÍNICO NA ETTIS.....	182
QUADRO 40: MATRIZ DAS COMPONENTES PRINCIPAIS DA ETIIS – SATURAÇÃO RODADA 15 ITENS.....	184
QUADRO 41: MATRIZ DAS COMPONENTES PRINCIPAIS DA ETIIS – SATURAÇÃO RODADA 11 ITENS.....	184
QUADRO 42: ETIIS E RESPECTIVAS SUBESCALAS.....	185
QUADRO 43: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DAS SUBESCALAS DA ETIIS – KR20.....	186
QUADRO 44: VALORES MÉDIOS DA INTENÇÃO E/OU IDEIAÇÃO SUICIDÁRIA .....	187
QUADRO 45: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE INICIAIS.....	188
QUADRO 46: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI EM FUNÇÃO DO TAMANHO DO GRUPO.....	188
QUADRO 47: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE PREDITIVOS DA ETIIS.....	189
QUADRO 48: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO: PONTOS DE CORTE INICIAIS E PREDITIVOS DA INS E IDS .....	189
QUADRO 49: VALORES PRÓPRIOS DA MATRIZ DA UCLA - VERSÃO 20 ITENS .....	191
QUADRO 50: MATRIZ DAS COMPONENTES PRINCIPAIS DA UCLA – SATURAÇÃO INICIAL E RODADA.....	192
QUADRO 51: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA UCLA – ALPHA DE CRONBACH DA VERSÃO DE 20 ITENS .....	193
QUADRO 52: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DAS SUBESCALAS - UCLA – ALPHA DE CRONBACH .....	194
QUADRO 53: VALORES PRÓPRIOS DA MATRIZ DA UCLA - VERSÃO 16 ITENS .....	195
QUADRO 54: MATRIZ DE DUAS COMPONENTES PRINCIPAIS DA UCLA-16 – SATURAÇÃO INICIAL E RODADA .....	195

---

QUADRO 55: MATRIZ DE TRÊS COMPONENTES PRINCIPAIS DA UCLA-16 – SATURAÇÃO INICIAL E RODADA .....	196
QUADRO 56: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA UCLA-16 – ALPHA DE CRONBACH .....	197
QUADRO 57: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA UCLA – 3 FACTORES .....	197
QUADRO 58: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA UCLA – 2 FACTORES .....	197
QUADRO 59: ANÁLISE DA FIDEDIGNIDADE DA UCLA-16 E SUAS SUBESCALAS – ALPHA DE CRONBACH .....	198
QUADRO 60: CONFIABILIDADE INTERAVALIADOR DA UCLA – MEDIDAS REPETIDAS .....	198
QUADRO 61: VALORES MÉDIOS DA UCLA - 16.....	200
QUADRO 62: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE INICIAIS.....	200
QUADRO 63: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI PARA GRUPOS IGUAIS .....	201
QUADRO 64: PONTOS DE CORTE - PROBABILIDADE ESTIMADA A PRIORI EM FUNÇÃO DO TAMANHO DO GRUPO.....	201
QUADRO 65: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DOS PONTOS DE CORTE INICIAIS.....	202
QUADRO 66: FIDEDIGNIDADE DO SSQN6 – ALPHA DE CRONBACH DA PERCEÇÃO DA DISPONIBILIDADE DO SUPORTE ..	203
QUADRO 67: FIDEDIGNIDADE DO SSQS6 – ALPHA DE CRONBACH DA SATISFAÇÃO COM O SUPORTE .....	204
QUADRO 68: CARACTERÍSTICAS GERAIS DO GRUPO DE CONTROLO .....	207
QUADRO 69: CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DOS IDOSOS PORTUGUESES.....	208
QUADRO 70: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA.....	209
QUADRO 71: VISÃO PESSOAL ACERCA DO SUICÍDIO DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA .....	209
QUADRO 72: VARIÁVEIS CONSIDERADAS PREDITIVAS DO SUICÍDIO .....	210
QUADRO 73: QUALIDADE DE VIDA GLOBAL PERCEBIDA PELOS IDOSOS PORTUGUESES .....	210
QUADRO 74: DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS PORTUGUESES .....	211
QUADRO 75: CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CONSIDERADAS PREDITIVAS DE SUICÍDIO DOS IDOSOS PORTUGUESES....	211
QUADRO 76: CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS IDOSOS ALENTEJANOS.....	218
QUADRO 77: CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS DOS IDOSOS ALENTEJANOS.....	219
QUADRO 78: CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO IDOSA ALENTEJANA .....	220
QUADRO 79: VISÃO PESSOAL ACERCA DO SUICÍDIO DA POPULAÇÃO IDOSA ALENTEJANA.....	220
QUADRO 80: VARIÁVEIS CONSIDERADAS PREDITIVAS DO SUICÍDIO .....	221
QUADRO 81: QUALIDADE DE VIDA GLOBAL PERCEBIDA PELOS IDOSOS ALENTEJANOS .....	221
QUADRO 82: DIMENSÕES DA QUALIDADE DE VIDA DOS ALENTEJANOS.....	222
QUADRO 83: CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CONSIDERADAS PREDITIVAS DE SUICÍDIO DOS IDOSOS ALENTEJANOS....	223
QUADRO 84: DIFERENÇAS MÉDIAS ENTRE OS GRUPOS .....	230
QUADRO 85: ALENTEJO VERSUS CONTROLOS POR REGIÃO .....	236
QUADRO 86: RELIGIOSIDADE E INTENÇÃO E/OU IDEACÃO SUICIDÁRIA .....	237
QUADRO 87: SITUAÇÃO ECONÓMICA E INTENÇÃO SUICIDÁRIA.....	238
QUADRO 88: SITUAÇÃO ECONÓMICA E IDEACÃO SUICIDÁRIA.....	239
QUADRO 89: SAÚDE PERCEBIDA E INTENÇÃO SUICIDÁRIA.....	240
QUADRO 90: ESTADO DE SAÚDE E IDEACÃO SUICIDÁRIA .....	241
QUADRO 91: SATISFAÇÃO COM A VIDA E INTENÇÃO SUICIDÁRIA.....	242
QUADRO 92: SATISFAÇÃO COM A VIDA E IDEACÃO SUICIDÁRIA.....	243
QUADRO 93: ANTECEDENTES FAMILIARES E INTENÇÃO E/OU IDEACÃO SUICIDÁRIA.....	244
QUADRO 94: INTENÇÃO E/OU IDEACÃO SUICIDÁRIA NOS AMIGOS E NA COMUNIDADE .....	245
QUADRO 95: CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO .....	247



## Índice de Gráficos e Figuras

MAPA-GRÁFICO 1: ÓBITOS POR SUICÍDIO E LESÕES AUTO-INFLIGIDAS POR 100.000 HABITANTES – .....	102
GRÁFICO 2: RÁCIOS DE SUICÍDIO ENTRE SEXOS.....	102
GRÁFICO 3: SUICÍDIO POR CLASSE ETÁRIA.....	113
MAPA-GRÁFICO 4: TAXA DE SUICÍDIO POR SEXO POR 100.000 HABITANTES – NUTS – .....	114
MAPA-GRÁFICO 5: VARIAÇÃO POPULACIONAL – NUTTS II .....	129
GRÁFICO 6: PIRÂMIDE ETÁRIA, PORTUGAL E ALENTEJO – 2001 .....	130
GRÁFICO 7: ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO – PORTUGAL E ALENTEJO – 2001 .....	131
GRÁFICO 8: ÍNDICES DE ENVELHECIMENTO E SUSTENTABILIDADE POTENCIAL, PORTUGAL 2001 .....	131
GRÁFICO 9: TAXAS DE EMPREGO (%), PORTUGAL E NUTS II, 2001 .....	133
GRÁFICO 10: PROPORÇÃO DAS FAMÍLIAS UNIPessoais DE IDOSOS, PORTUGAL E NUTS II, 2001 .....	133
GRÁFICO 11: MÉDIA DA GDS INTERAVALIADOR .....	155
FIGURA 1: QUALIDADE DE VIDA POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	231
FIGURA 2: SOLIDÃO POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	231
FIGURA 3: DEPRESSÃO POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	232
FIGURA 4: HUMOR TRISTE POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	232
FIGURA 5: BEM/MAL-ESTAR POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	233
FIGURA 6: FALHAS MENTAIS E FÍSICAS POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	233
FIGURA 7: INTENÇÃO E/OU IDEACÃO SUICIDÁRIA POR ZONA DE RESIDÊNCIA.....	234
FIGURA 8: QUANTIDADE DE SUPORTE SOCIAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	234
FIGURA 9: QUALIDADE DE SUPORTE SOCIAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA.....	235
FIGURA 10: RISCO SOCIOCULTURAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA .....	235
GRÁFICO 12: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (CONTROLOS+ IDOSOS ALENTEJANOS)...	247
GRÁFICO 13: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (CONTROLOS).....	248
GRÁFICO 14: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (ALENTEJANOS) .....	249



## ÍNDICE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- **ACP** – Análise das Componentes Principais
- **CID** - Classificação Internacional das Doenças
- **DGS** – Direcção-Geral de Saúde
- **DSM** – Sigla inglesa que define o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
- **ETAQV** – Escala Torga de Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso
- **ETIIS** – Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária
- **GDS** – Escala de Depressão Geriátrica
- **ICD** – Sigla inglesa de CID
- **INE** – Instituto Nacional de Estatística
- **MIC** – Método do Impacto Clínico
- **OMS** – Organização Mundial de Saúde
- **QASC** – Questionário de Avaliação Sociocultural.
- **SEP** – Situação Económica Percepcionada
- **SP** – Saúde Percepcionada
- **SSQ** – Questionário de Suporte Social
- **SSQN** – Escala da Disponibilidade de Suporte Social
- **SSQS** – Escala da Satisfação com a Disponibilidade de Suporte Social
- **SV** – Satisfação com a Vida
- **UCLA** – Escala de Solidão UCLA
- **WHO** – Sigla inglesa de OMS
- **WHOQoL** – Sigla inglesa para denominar o Grupo da OMS para a Qualidade de Vida



## RESUMO

O suicídio e as tentativas de suicídio são mais frequentes na idade avançada do que em qualquer outra fase do ciclo vital. O principal factor de risco é a presença de um transtorno depressivo que muitas vezes passa despercebido ou é insuficientemente tratado. Vários são os factores que podem estar associados ao suicídio: história familiar de comportamentos suicidários; solidão e isolamento social; dependências (drogas “ilícitas”, fármacos e alcoolismo); doença terminal ou dor crónica; problemas sociais (desemprego, profissões de risco ou de elevado desgaste psicológico, etc.).

O objectivo principal deste estudo é a avaliação do impacto que a interacção de factores socioculturais e da depressão pode exercer sobre a ideação e intenção suicidária numa população de idosos alentejanos. O protocolo de investigação incluiu os seguintes instrumentos psicométricos: Questionário de Avaliação Sociocultural (QASC); Escala de Depressão Geriátrica (GDS), Escala Torga de Intenção e Ideação Suicidária (ETIIS); Escala de Solidão (UCLA); Questionário de Suporte Social (SSQ); Escala de Avaliação de Qualidade de Vida (ETAQV). Os dados recolhidos foram inseridos e tratados através do programa informático SPSS, versão 13 para Windows.

Após proceder à validação e aferição psicométrica desta bateria de testes foram seleccionadas 119 questões (QASC-19, GDS-27, ETAQV-34, ETIIS-11, UCLA-16 e SSQ-6) relacionadas com as variáveis socioculturais e psicológicas em estudo: situação económica, qualidade de vida, suporte social, sofrimento depressivo, doença somática, sentimento de mal-estar, solidão.

A amostra em estudo repartiu-se por um grupo de controlo constituído por 660 idosos, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 64 e os 74 anos, casados ou viúvos, e cuja escolaridade era, em média, igual ou inferior ao actual 1.º ciclo do ensino básico (tal como acontece na síntese descritiva dos Censos de 2001, INE, 2004). O grupo clínico da amostra era constituído por 372 idosos alentejanos, maioritariamente do sexo masculino (distribuição de género por conveniência, já que é neste grupo que a taxa de suicídio é maior) proveniente do meio rural e sem escolaridade.

O estudo revelou que os idosos alentejanos diferem dos controlos em quase todas as dimensões analisadas, sendo que as diferenças estatísticas observadas entre os grupos para os níveis médios de depressão, de solidão e de percepção da qualidade de vida parecem contribuir para a maior taxa de intenção/ideação suicidária entre os sujeitos do grupo clínico. A intenção e ideação suicidária associam-se ainda a: variáveis socioculturais, como religiosidade, escolaridade e representação social do suicídio; factores sociofamiliares (idade, estado civil, suporte familiar, estrutura da família, história familiar de suicídio, comportamentos suicidários de amigos/elementos da comunidade); antecedentes pessoais de tentativas de suicídio. Destaquem-se, entre os factores socioculturais, a representação do suicídio e a religiosidade (de facto, a intenção/ideação suicidária está significativamente associada à definição do suicídio como resolução nobre para um problema pessoal e à inexistência de fé ou convicção religiosa). Enfim, a intenção e ideação suicidária (medida através do ETIIS) mostra uma relação linear positiva forte com a depressão (0,694) e moderada com a solidão (0,558), precisamente as dimensões atribuídas ao hospedeiro no modelo compreensivo do suicídio testado empiricamente neste estudo.

**Palavras-chave:** suicídio; depressão; factores socioculturais; idosos; intenção e ideação suicidária.



## **ABSTRACT**

Suicide and its attempts are a rather frequent problem among elder people. In fact, such a pathology is much more prevalent among the elderly than in other (younger) ages. The main risk factor is the presence of depressive mood disorders that pass frequently unnoticed or aren't sufficiently cared for.

Epidemiological research has identified the following risk factors for suicide: previous suicide attempt(s); past history of mental disorders, namely depression; antecedents of alcohol and substance abuse; family antecedents of suicide; feelings of hopelessness; impulsive or aggressive tendencies; barriers to accessing mental health treatment; loss (relational, social, work, or financial) in the psychic context of troubled mourning; physical illness; unwillingness to seek help because of stigma linked to mental health problems, substance use disorders or suicidal thoughts; cultural and religious beliefs, such as the belief that suicide is a noble resolution for a personal dilemma; local epidemics of suicide; isolation and feelings of being cut off from other people's contact.

So this study is aimed at evaluating the way depression and cultural factors can interact to raise the probability of suicidal ideation & intent among a sample of elder men and women from Alentejo (Portugal).

We used heteroadministered rating scales (QASC, GDS, ETIIS, UCLA, SSQ6 & ETAQV) as basic psychometric instruments for our research protocol. Among other methodological reasons, the previewed low level of literacy (or even illiteracy) of the subjects in our sample has been a quite strong reason for such a technical option. For data analysis we used the SPSS computer package version 13 for Windows.

For this study we needed two different samples. One sample (control group) was constituted for 660 elderly people, mainly women, aged from 64 to 74 year-old, for the most part married or widowed and with low education standards (equivalent to a first cycle degree of basic

instruction on actual school criteria). This socio-demographic description is in line with data for the same age frame available on the 2001 Portuguese population census (INE, 2004).

The other samples (clinical group) were constituted by 372 elder men and women from Alentejo which were, for the most part, of the masculine gender, coming from rural regions and with very little or no instruction.

This study disclosed that elder people from Alentejo differ clearly from their counterparts in almost all of the analysed dimensions. However, it's especially in factors such as depression, loneliness and poor life quality that we can find a greater explanatory power concerning the difference of suicide intent/ideation rates between the two subgroups. Furthermore suicide intent/ideation is also associated with sociocultural factors such as religiosity, social representation of suicide, as well as with other familial (family support, familial typology, past history of suicide, suicidal behaviours among friends, relatives and community) and personal factors (e.g., previous suicide attempts, civil state, age or education level). Amongst all these factors, a stronger relationship with suicide intent/ideation has been identified with the definition of suicide and religiosity. More precisely, when suicide is defined as a noble resolution for a difficult personal problem (namely involving moral honour issues) or related with absence of religiosity the probability for suicide intent/ideation is a much greater one.

Finally, we came to the conclusion that suicide (measured through suicide intent/ideation) has a strong positive linear correlation with depression (0,694) and a moderate one with loneliness (0,558), these last two dimensions being the ones we've considered as intrinsic to the host in comprehensive model of suicide that we tested empirically in this study.

Key-words: Suicide; Depression; Loneliness Socio-cultural Factors; Elderly; Alentejo, Suicidal Intent and/or Ideation



## **RESUMÉ**

Le suicide et les tentatives de suicide sont plus fréquents chez les personnes âgées que dans d'autres âges. Le principal facteur de risque est la présence d'un bouleversement dépressif qui passe souvent inaperçu ou reste insuffisamment pris en charge.

Parmi les innombrables facteurs qui peuvent être associés au suicide, nous pouvons relever: histoire familiale de conduites suicidaires; solitude et repli social; dépendances toxiques (drogues illicites, médicaments, alcoolisme); maladie en phase terminale ou douleur chronique; problèmes sociaux (chômage, professions à risque ou à surcharge psychologique certaine, etc.).

Ainsi, l'objectif principal de cette étude revient à évaluer l'impact que l'interaction entre dépression et facteurs socioculturels peut avoir sur l'idéation/ intention suicidaire chez une population de personnes âgées issues d'Alentejo. Compte tenu de la quasi-absence de scolarité parmi les sujets de notre échantillon nous avons opté, en tant que méthodologie de base du travail de terrain, par l'hétéro-administration des échelles de dépression gériatrique (GDS), d'intention et idéation suicidaire (ETIIS), de solitude (UCLA), tout autant que des échelles de support social (SSQ) et d'évaluation de la qualité de vie (ETAQV).

Les données recueillies ont été insérées et traitées à l'aide du software informatique SPSS, version 13 pour Windows.

Notre étude est constituée par deux échantillons. Le groupe de contrôle et le groupe clinique. Le premier est constitué, de 660 personnes âgées, la plupart, par des sujets du sexe féminin, entre 64 et 74 ans, la majorité d'entre eux mariés ou veufs et leur scolarité égale ou inférieure au 1<sup>er</sup> cycle de l'enseignement élémentaire (CP), ces données étant cohérentes avec celles issues du recensement démographique de 2001 (INE, 2004). L'échantillon clinique de notre étude est constitué de 372 personnes âgées en majorité, de sexe masculin, issues d'un milieu rural et non scolarisées.

Notre étude a aussi montré que les personnes âgées issues de l'Alentejo diffèrent assez nettement des sujets du groupe de contrôle dans, à peu près, toutes les dimensions analysées.

Cependant, c'est peut-être à partir de l'analyse des valeurs obtenues pour la dépression, la solitude et la qualité de vie perçue, que l'on peut trouver une explication, du moins statistique, pour la différence de valeurs dans le taux d'intention/idéation suicidaire entre les deux populations. Nous avons aussi vérifié que la variable intention et idéation suicidaire est associée à d'autres facteurs, soit des facteurs socioculturels tels que la religiosité et la représentation sociale du suicide, soit des facteurs familiaux (appui familial, typologie familiale, histoire familiale de suicide, conduites suicidaires des proches, des copains, des éléments de la communauté), soit, encore, des facteurs personnels (tentatives de suicide préalables, état civil, âge, scolarité). Notons, à cet égard, que le suicide peut être pris comme un geste noble, quoique tragique, pour mettre fin à des problèmes personnels jugés porter atteinte à l'honneur moral du sujet, en particulier chez ceux dont la religiosité est plus faible. Nous avons vérifié que le suicide (avalisé par l'intention/idéation suicidaire) porte une forte corrélation linéaire positive avec la dépression (0.694) et une corrélation modérée avec la solitude (0.558), étant donné que celles-ci sont les dimensions que nous avons considéré intrinsèques à l'hôte dans notre modèle compréhensif de suicide.

Mot-clé: Suicide; Dépression; Solitude, Facteurs socioculturels; Agées; Alentejo, Intention et/ ou Idéation Suicidaire.

## **INTRODUÇÃO**

A elaboração desta Tese, para além do cumprimento de uma obrigação académica, pretende avaliar a interacção dos factores socioculturais e da depressão na ideação e intenção suicidária nos idosos alentejanos – e, se possível, identificar que características tem o idoso alentejano que o faz diferir dos restantes idosos no comportamento suicida.

Estruturalmente, o nosso trabalho constará de duas partes fundamentais: na primeira faremos uma abordagem teórica e um enquadramento conceptual do tema a analisar, e na segunda apresentaremos a investigação de campo e as conclusões.

Para não se tornar extremamente exaustiva a nossa revisão teórica, pretendemos apenas abordar aspectos especificamente relacionados com o tema e as hipóteses de investigação.

Assim, a primeira parte é constituída por oito capítulos.

Começámos pela evolução histórica do envelhecimento e suas teorias, conjugámos as fases do envelhecimento do indivíduo com as suas características e demografia; apresentámos, ainda, várias considerações sobre o constructo e o conceito que marcam todo o processo de envelhecimento e da qualidade de vida, a importância da sua medição, em especial a sua relação com a saúde dos idosos. A saúde como um sistema, um recurso pessoal, e os cuidados de saúde em geriatria também não foram descuidados.

Passámos em revista alguns dos modelos explicativos da depressão, depois de a definirmos e classificarmos, não esquecendo a epidemiologia descritiva desta patologia. A solidão, um problema multidimensional, foi descrita nas suas dimensões cognitiva e afectiva, bem como a sua relação com a depressão.

Como não podia deixar de acontecer, reservámos um capítulo para o suicídio, onde, para além de o relacionarmos com a saúde mental, a depressão e a solidão, o trabalhamos como um problema de saúde pública, e fizemos referência ao suicídio no mundo e ao suicídio em Portugal.



Pareceu-nos também apropriado criar um capítulo que versasse sobre a construção, tradução e aferição de escalas de mensuração dos estados de saúde, já que o mau uso de escalas de avaliação por profissionais sem formação suficiente no emprego dos instrumentos ou, ainda, sem formação fenomenológica consistente, podem ser evitados, se detivermos o saber fundamental. De facto, a utilização *ad hoc* de escalas pode gerar erros de diagnóstico e interpretações imprecisas, que se repercutirão no tratamento e prognóstico dos portadores de transtornos mentais.

Por fim, caracterizámos o Alentejo no contexto do envelhecimento do território nacional, disparidades regionais no que respeita à estrutura da população, índices demográficos e de sustentabilidade.

A segunda parte será dedicada ao estudo empírico. Integra toda a fundamentação e descrição do trabalho prático, bem como a apresentação do estudo-piloto que lhe deu corpo. Tratando-se de um estudo do tipo transversal e comparativo, cuja temática é transdimensional, utilizaram-se como instrumentos de recolha de dados vários questionários elaborados sob a forma de escala de medida aplicados, numa primeira fase, à população idosa em geral ( $\geq 65$  anos) para obtenção de valores normativos. Pela falta de instrumentos validados na população portuguesa para medir os aspectos inerentes ao estudo, tivemos de recorrer a alguns de língua inglesa e proceder ao estudo de validação e construir outros, recorrendo aos procedimentos psicométricos e clinimétricos necessários à sua correcta validação. Numa segunda fase deste estudo entrevistámos os idosos alentejanos ( $\geq 65$  anos) e comparámos os dados obtidos por estes com os dados dos nossos controlos. Seguidamente, discutiram-se os resultados com base no enquadramento teórico, resultantes da revisão da literatura e provenientes da pesquisa de campo.

Para finalizar, apresentamos as principais conclusões do estudo, os limites e perspectivas de futuras pesquisas, assim como as referências bibliográficas e os anexos julgados pertinentes para o estudo.

## **PARTE I**



### **Enquadramento Teórico**





## **CAPÍTULO I**

### **1. EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO ENVELHECIMENTO**

A velhice tem sido vista como tendo um papel positivo ou negativo na sociedade, que depende do modelo de Homem ideal que impera em cada contexto e momento histórico nessa mesma sociedade. Apesar de o envelhecimento ser um destino biológico do homem, é vivido de forma variável consoante o contexto em que se insere. O contexto social em que o indivíduo envelhece determina se o processo de envelhecimento é uma experiência positiva ou negativa (BRISSOS, 1992).

Todavia, o contexto social é também influenciado pelo envelhecimento, uma vez que o idoso é possuidor de determinadas características e experiências que implicam uma determinada actuação por parte da sociedade.

A sociedade cria os seus próprios valores, e a velhice só poderá ser compreendida na sua totalidade se tivermos em conta que esta não representa somente um facto biológico mas também um facto cultural. O sentido que determinada sociedade confere à existência humana é explícito no respectivo sistema global de valores e expresso no significado e no valor atribuído às várias "idades da vida".

Nas civilizações primitivas, em que o homem se dedicava à caça e à guerra, os idosos eram votados ao desprezo, afastados do poder, dos rituais e, até mesmo, abandonados pela tribo, devido à sua fraqueza física. O modo de vida dos caçadores, tal como o dos animais submetidos à depredação, não podia favorecer a longevidade. De facto, a depredação, bem como a morte accidental, apresentava os seus máximos nos dois extremos etários: nos mais jovens, cujos sistemas de defesa não estavam ainda desenvolvidos, e nos indivíduos de idade avançada, cujos reflexos e rapidez de reacção se encontravam em declínio.

Quando as tribos se sedentarizaram e se dedicaram à agricultura, os idosos aumentaram de número e integraram-se, passando a usufruir de consideração no clã, ocupando um lugar social elevado, chegando, por vezes, a ser eleitos chefes. Foi de facto a partir do Neolítico que as pessoas de idade avançada começaram a aparecer nas aldeias e o seu número foi aumentando, primeiro muito lentamente e, um a dois séculos depois, a um ritmo acelerado. Claramente codificado na Bíblia, o respeito devido aos pais impôs-se progressivamente às mentalidades e à legislação. O conselho dos anciãos de numerosas tribos, o senado romano, bem como outros, são consequência disso. Em Esparta havia um conselho composto por 28 homens com mais de 60 anos, recrutados entre os mais valorosos. Mas esta selecção pela sabedoria só dizia respeito aos anciãos privilegiados. A maior parte dos velhos terá de esperar por uma legislação social, relativamente recente, para serem tomados em consideração.

Durante a Idade Média a situação alterou-se. As etapas da existência não eram fixadas pela idade. Não se conhecia senão a criança e o adulto, cuja vida terminava quando as suas forças já não lhe permitiam guerrear ou trabalhar. Até ao séc. XIII, o indivíduo ignorava a idade. No entanto, à medida que a sociedade se estruturava, o papel dos homens mais velhos aumentava de importância. O chefe de família, rico e poderoso, via o seu poder económico e político aumentar, tornava-se arrogante, provocando, assim, uma hostilidade entre as gerações e a rejeição indubitável da velhice.

As mulheres mais velhas, mais numerosas do que os homens, simbolizam não só a perda da beleza, mas também a maldade, sendo correntemente associadas às bruxas. A velhice torna-se, assim, objecto de medo e de repulsa. O Renascimento também não traz alterações significativas na forma de ver a mulher mais velha. Amando e admirando a beleza das mulheres jovens, o Renascimento lança para cima da mulher velha o horror e a repugnância que a decrepitude lhe inspira. Até este período, a velhice era, em muitas sociedades, uma situação excepcional, rara e de duração breve. Desde Hipócrates até ao século das Luzes, a idade dos cinquenta anos foi considerada como a transição da idade adulta para a velhice; no entanto, a entrada na velhice era decidida, muitas vezes, pelo próprio que a avaliava sem intervenção administrativa.

Neste contexto, as relações entre a geração idosa e a geração adulta baseavam-se num pacto social, em que a transmissão de património criava um dever de assistência dos filhos em relação aos pais idosos. Esta situação verificava-se, especialmente, nos casos em que existia transmissão de herança. No entanto, a maioria das pessoas idosas não tinha património a legar, pelo que permaneciam sós, trabalhavam até à exaustão ou à invalidez, tornando-se, não raras vezes, miseráveis, indigentes ou vagabundos. Muitas vezes perdiam a relação com os seus filhos e acabavam em asilos e hospícios.

A partir do séc. XVIII até meados do séc. XX, a imagem da velhice muda radicalmente e carrega-se de qualidades, tais como a sabedoria, a bondade e a justiça. Nos finais do séc. XIX, o poder político passa a ser maioritariamente exercido pelos idosos. Todavia, quando nos referimos ao conjunto da população, a sorte dos velhos não é, de modo algum, invejável.

Com a crise do Antigo Regime, no séc. XX, produziu-se uma ruptura com os valores tradicionais. Nas relações sociais, na arte e na vida das empresas, o velho foi convertido em rejeitado e as virtudes da poupança e da austeridade outrora valorizadas são agora ridicularizadas.

Socialmente, a pessoa idosa, o seu mundo e os seus valores, não são valorizados, ao contrário da juventude e de todas as qualidades a ela associadas. A reforçar esta assunção estão as grandes estratégias de *marketing* e publicidade que passam, quase sempre, pela mensagem de que o consumo do produto publicitado trará juventude, ou uma imagem mais jovem.

Emerge, então, uma ideologia que deixa de considerar o idoso como um trabalhador com experiência e conhecimento acrescido, com capacidade para transmitir esse seu conhecimento, e passa a vê-lo como um incapaz, um exausto e um portador de faculdades diminuídas, com condições desfavoráveis para o emprego. Esta situação leva à marginalização, que, por sua vez, leva à passividade e conseqüente falta de motivação, que lhes impede a autopromoção e os impulsiona à dependência.

No mundo actual, os idosos são cada vez mais vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para os isolar e para os fechar. As atitudes da sociedade face à velhice e aos idosos são, sobretudo, negativas e, em parte, responsáveis pela imagem que eles têm de si próprios, bem como das condições e das circunstâncias que envolvem o envelhecimento.

O desconhecimento deste processo leva a falsas percepções que, à força de serem transmitidas, acabam por isolá-los completamente, chegando mesmo a contribuir para acelerar o próprio processo de envelhecimento, condicionando as suas oportunidades de realização e de autovalorização (REIS, 1996).

## *1.1. Perspectivas Teóricas do Envelhecimento*

“O envelhecimento é certamente o fenómeno biológico mais equitativamente partilhado pelo reino animal e vegetal, ainda que alguns seres vivos envelheçam muito depressa, outros de uma forma muito mais lenta, e outros, ainda, pareçam não sofrer de senescência. O facto é que o envelhecimento resulta da incapacidade da grande maioria dos organismos para se manter num estado funcional igual e inalterado, que permita a regeneração contínua de todos os componentes do organismo, à medida que se consomem e degradam. Esta alteração é, aliás, um fenómeno que se encontra no mundo mineral, não vivo. Tudo muda mais ou menos rapidamente na natureza: os metais oxidam-se, os rochedos sofrem o ataque das vagas e dos ventos, distinguimos montanhas ‘jovens’ e ‘velhas’, as sociedades e os costumes ‘envelhecem’. O único factor comum a estas mudanças é o tempo que passa, ainda que as estações se renovem e dêem a ilusão de um eterno recomeço. Mas entre cada ciclo tudo muda, nada fica na mesma e, quando chegar a próxima Primavera, já terá passado mais um ano!

Por inúmeras razões, o tempo permanece entre os parâmetros mais misteriosos da física e da biologia. Reversível em muitas equações da física, da mecânica à relatividade, não o é certamente para os seres vivos. A termodinâmica clássica e a equação de Ludwig Boltzmann atribuem, todavia, ‘uma seta ao tempo e tornam-no irreversível’.

Mas sem cair num vitalismo ultrapassado, é necessário constatar que os seres vivos estão sujeitos a contingências que os distinguem claramente dos outros objectos de estudo da física; o universo, os planetas e o mundo mineral. Se ignorarmos estas especificidades do mundo vivo, incorreremos em generalizações que, por mais apelativas que sejam, enquanto ‘explicação’ global dos fenómenos observáveis, não permitem, no entanto, construir teorias válidas que se apliquem especificamente aos seres vivos e dêem conta do seu envelhecimento.” (ROBERT, 1995, págs. 7 e 8.)

“As teorias científicas modernas formaram-se, progressivamente, a partir da época das Luzes, mas apenas se cristalizaram depois do início do séc. XX. As mais conhecidas são as teorias cosmológicas – o Big Bang, a expansão do universo –, depois as teorias físicas, como as da mecânica quântica, da relatividade restrita e geral – que alargaram, completaram e corrigiram, até, a teoria da gravitação universal de Sir Isaac Newton –, depois as teorias químicas – a da estrutura do átomo, base da sua reactividade, a do papel do oxigénio nas combustões, que se deve a Antoine Laurent de Lavoisier, as teorias biológicas – em particular a da evolução de Charles Darwin –, as teorias fisiopatológicas – de Claude Bernard, sobre o meio interior, completada pela homeostasia,

garantia do equilíbrio do organismo, as teorias genéticas, que nasceram depois da iluminação da crença na geração espontânea por Louis Pasteur, e foram depois revezadas pelas magistrais demonstrações de Gregor Mendel sobre as leis da transmissão dos traços hereditários, até chegar à ‘descoberta’ da dupla hélice e ao funcionamento do mecanismo da genética desde os procariotas (células sem núcleo, como as bactérias) ao homem.

Em medicina, as primeiras teorias autênticas são, provavelmente, as de Pasteur sobre a origem microbiana das doenças infecciosas e as de Rudolf Virchow sobre a patologia celular, destinadas a ‘explicar’ as doenças degenerativas. É evidente que todas estas teorias evoluíram de acordo com o avanço das ciências experimentais que as sustentam. Nenhuma teoria das ciências naturais é definitiva, estabeleceu Karl Popper. Elas são tão mais aceitáveis quanto mais bem sucedidas foram as experiências de controlo empreendidas para as invalidar, cada vez mais numerosas e rigorosas. O destino natural de uma teoria de sucesso seria, pois, tornar-se numa lei da natureza e deixar, assim, de ser considerada como uma teoria forçosamente provisória.” (ROBERT, 1995, págs. 73 e 74.)

O envelhecimento assume-se, assim, como um processo complexo, condicionado, quer por factores intrínsecos quer por factores extrínsecos. Destes últimos ressalta a enorme importância ecológica do meio físico e social envolvente. O envelhecimento difere grandemente de indivíduo para indivíduo, resultando das diferentes vivências e das competências adquiridas, profundamente radicadas na sociedade onde a sua vida se desenrola. Um diálogo simples entre os tubos de ensaio e o investigador não existe. A introdução progressiva do cálculo das probabilidades e da estatística em biologia, bem como a sua aplicação obrigatória e peremptória, são já prova disso. As populações de animais saídas de um único casal, as populações de células obtidas por clonagem podem apresentar diferenças, como testemunham os estudos de gémeos idênticos criados separadamente, já para não referir os indivíduos geneticamente heterogéneos.

As definições de envelhecimento e idoso não são constantes, vão evoluindo com o conhecimento e o tempo. Não é por acaso que as teorias do envelhecimento se multiplicaram desde que o homem começou a reflectir sobre o seu declínio. Permanecer eternamente jovem é sorte reservada aos deuses da mitologia, mas é um desejo presente em todas as latitudes.

Segundo HARMAN (1992), o envelhecimento, tal como as doenças degenerativas a ele associadas, resulta de alterações moleculares e lesões celulares desencadeadas por radicais livres (átomos, moléculas ou fragmentos destas que não possuem o complemento “normal” de electrões igual à carga positiva do núcleo) extremamente reactivos e que podem escapar à via metabólica normal que deveria neutralizá-los.

Esta teoria, proposta em 1954 pelo médico Denham Harman, pesquisador da Universidade de Nebraska, nos Estados Unidos da América, só adquiriu aceitação na comunidade científica depois dos anos 70. Esta teoria é ancorada nas inúmeras evidências científicas de que os radicais livres estão envolvidos praticamente em todas as doenças típicas da idade, como a aterosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o cancro, a hipertensão, as doenças neurodegenerativas e metabólicas, entre outras.

BEAUVOIR (1970) referiu que envelhecer é um processo irreversível e universal, iniciado no momento do nascimento, que se traduz por alterações várias e complexas, as quais se acentuam em determinada altura do trajecto humano.

BIRREN (1985) considera que “envelhecer” se refere a mudanças regulares ocorridas em organismos geneticamente maduros, vivendo em condições ambientais específicas, à medida que a idade cronológica avança. Nesta perspectiva, o envelhecimento é a contrapartida do desenvolvimento.

Trata-se, no dizer de Kirkwood, citado por JENTOFT (1991), de um processo que se realiza a partir do ciclo de vida biológico inerente ao ser humano, cujo resultado é óbvio, mas cujo mecanismo permanece desconhecido.

GONÇALVES (1990) refere que o envelhecimento diz respeito a todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da acção do tempo sobre os seres vivos. Ao nível mais macro, BARATA (1990) refere que o envelhecimento humano surge como o desencadear de diversos novos problemas sociais que resultam, essencialmente, de duas ordens de factores: em primeiro lugar, o crescente número de pessoas idosas, com problemas específicos no campo da saúde, do apoio social e da participação na vida da comunidade; em segundo lugar, os factores ligados às motivações e aspirações que exigem novas respostas sociais e culturais, que possibilitem uma melhor qualidade de vida, quer em termos de saúde física e mental, quer em termos de interacção social.

ILHÉU (1993) definiu a velhice como o estado de uma pessoa que, devido ao avanço da idade (idade cronológica), sofre um declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais, levando a uma diminuição da sua participação social.

Envelhecer é, ainda, segundo BERGER & POIRIER (1995), um processo dinâmico, habitualmente lento e progressivo, mas individual e variável. ROBERT (1995) refere que dar uma definição de envelhecimento é um exercício difícil, porém indispensável para uma reflexão aprofundada sobre os seus mecanismos. A este propósito, afirma também que a maior parte dos autores que passaram em revista as teorias do envelhecimento apresentaram-nas ou por ordem cronológica do seu



aparecimento ou tentaram uma classificação racional. Uma das classificações mais complexas é a de Zhorès Medvedev (1990), *cit. in* ROBERT (1995), que recenseou mais de 300 teorias e agrupou-as nas seguintes 7 subclasses:

<b>Categorias</b>	<b>Alguns exemplos das teorias agrupadas</b>
I Teorias fundadas em modificações com a idade	Teorias do desgaste fundadas na acumulação progressiva de modificações degenerativas nos órgãos.
II Teorias fundadas no dano (lesão)	Atribuição do envelhecimento à acção dos agentes exteriores ou interiores ao organismo, podendo desencadear a sua degenerescência.
III Teorias geneticamente programadas	Teorias fundadas na continuidade dos mecanismos do desenvolvimento e diferenciação, através da maturação e do envelhecimento.
IV Teorias evolucionistas	Estas teorias tendem a propor uma explicação para a grande diversidade dos tempos máximos de vida das espécies – de algumas horas a mais de um século – aparecidas no decurso da evolução.
V Teorias específicas dos tecidos	Inúmeras teorias atribuem a primazia às modificações de certos tecidos ou de certas células com a idade.
VI Teorias matemáticas e físico-matemáticas	Estas teorias são fundadas em cinéticas de mortalidade, o efeito das radiações, e tratam dos aspectos cibernéticos do envelhecimento.
VII Teorias unificadas	Agrupam vários aspectos das teorias precedentes, dificilmente verificáveis no plano experimental, e assentam em considerações puramente especulativas.

Apesar da importância do recenseamento destas teorias, elas foram relegadas para a história já longa da Gerontologia, uma vez que a grande maioria não pode ser verificada pela experiência ou pela observação, no sentido de permitir prever os acontecimentos teorizados. De acordo com a revisão efectuada por ROBERT (1995), a melhor definição de envelhecimento é obtida quando é caracterizada pela incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente. Os mecanismos implicados apresentam, segundo o mesmo autor, as seguintes características: são progressivos, nocivos, irreversíveis e, geralmente, comuns a inúmeros organismos sem serem precisamente idênticos, de uma espécie para a outra. Todavia, este mesmo autor refere que é a afirmação do conceito de envelhecimento, a formulação e o seu confronto com os dados experimentais e clínicos que decidirá sobre a sua validade e o seu tempo de vida.

ROBERT (1995) não situa o envelhecimento apenas no homem, mas em todos os seres vivos, falhando, na nossa perspectiva, por não dar o mesmo relevo que dá às modificações das funções biológicas e capacidades mentais, aos traços da personalidade e papéis sociais.

Já CORDEIRO (2002) refere que o envelhecimento é “um período de grandes mudanças e permanente adaptação às novas condições de vida, todas elas mais ou menos marcadas pela limitação e pela perda, pois é essencialmente caracterizado pelo luto que a pessoa de idade vai ter de fazer de uma certa imagem de si próprio, como pessoa, como ser social, como membro da

comunidade. Ao serem retirados os seus interesses, as suas actividades habituais, os seus amigos e familiares, toda a energia libidinal posta nestas relações pessoais e nestes investimentos sociais e profissionais, fica livre” (págs. 688 e 689).

Na Gerontologia moderna consideram-se dois tipos de envelhecimento:

Envelhecimento primário – postulando que este traduz um limite intrínseco, possivelmente pré-programado a nível genético, da longevidade celular;

Envelhecimento secundário – devido aos efeitos acumulados das agressões ambientais, das doenças e dos traumatismos.

O envelhecimento primário parece estar subjacente à longevidade máxima relativamente constante que se observa em quase todos os estudos de espécies animais, enquanto o envelhecimento secundário explica muita da variabilidade entre os indivíduos de uma mesma espécie (SPAR & RUE, 1997).

Actualmente, é a partir dos 65 anos de vida, inscritos no bilhete de identidade, que, convencional e administrativamente, se consideram as pessoas idosas. A partir desta convenção, a velhice passa a estar conotada com a doença, o aborrecimento, o egoísmo, a impotência sexual, a rigidez de carácter, as rugas e os cabelos brancos, no entanto, como em todos os aspectos do envelhecimento, observam-se diferenças na capacidade funcional em diferentes grupos de idosos.

Não devemos continuar a privilegiar abordagens que rotulem as pessoas idosas como um grupo marginalizado e estigmatizado. É, pois, necessário descodificar essa “invenção social da velhice” e entender que, para além da artificial barreira dos 65 anos, encontramos uma enorme diversidade de indivíduos, com percursos autónomos e conseqüentemente com envelhecimentos diferentes, com capacidade de prestar contributos importantes no sentido da prosperidade económica.

Não pretendemos dar uma imagem romântica da terceira idade. Sabemos, pois, que as teorias psicológicas ou fisiológicas tendem a caracterizar a velhice por alterações a nível físico (sentidos, capacidade psicomotora e doenças crónicas), psicossocial (viuvez, perda de familiares e de amigos, perda de emprego por apresentação de doença) e cognitivo (memória e atenção), mas também sabemos que estas alterações podem acontecer em outros estratos etários e que a realidade, muitas vezes, contradiz este ponto de vista.

Sólon, um dos sete sábios da Grécia Antiga, disse “aprender até morrer”. De facto, ao analisarmos a biografia de todos os homens com êxito na vida, referidos por BIZE & VALLIER (1985), observámos que cada um deles podia fazer sua a frase de Sólon.

A juventude triunfante é objecto de admiração, no entanto são casos raros. Sem dúvida que a civilização deve muito a alguns meteoros fulgurantes, como Alexandre Magno, que morreu aos 33 anos, Rafael aos 37 anos, Pascal aos 39 e Mozart aos 35 anos. Com algumas excepções, são raros os casos em que os Grandes sobrevivem ao triunfo, por eles próprios conquistado na primavera da vida.

Quase todas as grandes coisas em todos os domínios da actividade ou do pensamento nos vêm de homens que viveram muitos anos e que tiveram uma velhice plena e rica. Como referem BIZE & VALLIER (1985), existe uma psicologia de infância, uma psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem, uma psicologia do insucesso, etc., mas não existe uma psicologia da completude que teria bastantes factos à sua disposição, dando-nos alguns casos exemplificativos:

Pasteur (1822-1895): 73 anos de génio ininterrupto.

Churchill (1874-1965): Aluno medíocre e pouco trabalhador na juventude, com uma maturidade trapalhona, foi nomeado primeiro-ministro inglês aos 65 anos, mostrando ao mundo ser um homem de excepção numa situação excepcional. Em 1940, apenas a Inglaterra se continuava a opor a Hitler, e Churchill acompanha a par e passo o ataque da Luftwaffe, dando ordens e inculcando coragem e entusiasmo a todos. Mais do que um herói bélico, era um político. Em 1945 não é reeleito, mas voltou ao poder em 1951, retirando-se aos 80 anos.

Henrique Dondolo, o Doge de Veneza: foi doge de Veneza aos 80 anos e mudou o destino da Europa ao abater a hegemonia de Bizâncio e fazer pender o eixo do mundo ocidental para a Itália e para a França.

Vítor Hugo (1802-1885): discípulo da poesia na juventude, seu profeta na velhice. Vítor Hugo foi o eterno começar. A inacreditável massa de produção tardia (após os 68 anos) faz dele um génio de arte de todos os tempos e de todo o mundo.

Goethe (1749-1832): Goethe é para Alemanha o que Vítor Hugo é para a França. Do ponto de vista intelectual, Goethe produziu as suas melhores obras depois dos 50 anos (*Fausto* aos 50, *As Afinidades Electivas* aos 60, *Os Anos de Aprendizagem de Wilhelm Meister* aos 80 e o *Segundo Fausto*, até às vésperas de morrer).

Cícero (106-43 a. C.), o advogado da velhice, pela dedicação que lhe deu toda a sua vida. *De senectute* (Da velhice) é um dos célebres tratados filosóficos de Cícero.

Podiam multiplicar-se indefinidamente exemplos como Homero, Hesíodo, Pitágoras, Demócrito, Zenão, Platão, Diógenes, todos eles entre os 80 e os 100 anos e, sobretudo, Sófocles, que das 123

tragédias que escreveu três quartos foram durante a velhice. Estes casos não são excepção, pois existem muitos mais génios que a idade confirmou.

### *1.1.1. Fases do Envelhecimento*

Todo o organismo multicelular possui um tempo limitado de vida e sofre mudanças fisiológicas com o passar do tempo. A vida de um organismo multicelular costuma ser dividida em três fases:

1. Fase do crescimento e do desenvolvimento – ocorre o desenvolvimento e o crescimento dos órgãos especializados, o organismo cresce e adquire habilidades funcionais que o tornam apto a reproduzir-se;
2. Fase reprodutiva – é caracterizada pela capacidade de reprodução do indivíduo, que garante a sobrevivência, a perpetuação e a evolução da própria espécie;
3. Fase da senescência ou envelhecimento – é definida como a fase da diminuição da capacidade funcional do organismo.

O envelhecimento é causado por alterações moleculares e celulares, que resultam em perdas funcionais progressivas dos órgãos e do organismo como um todo (HORMIGO, 1996).

De acordo com Schroots & Birren citados por JENTOFT (1991), o envelhecimento tem três dimensões:

1. O processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência;
2. Um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário;
3. Um envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e de envelhecimento.

O crescimento e o envelhecimento nunca são o produto exclusivo de um único conjunto de determinantes, mas a consequência da nossa base filogenética, da nossa hereditariedade única e, ainda, do nosso meio físico e social.

A idade não é o único factor que explica as dificuldades da pessoa que envelhece. Assim, o estado de velhice, quando definido em função de traços biológicos, não tem idade, sendo abusivo falar-se de uma idade precisa de entrada na velhice, dado que ela resulta de um processo de ocorrência diferencial, consoante os indivíduos.

As pessoas não envelhecem todas da mesma maneira nem ao mesmo tempo. A par dos factores genéticos, que determinam muito o processo, há a realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no meio de família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com ou sem filhos, no meio rural ou urbano, no interior ou no litoral, na intelectualidade das profissões culturais, no país de origem ou no estrangeiro e, ainda, com ou sem profissão.

BIRREN & DIECKMAN (1991) consideram que cada pessoa não tem uma mas sim três idades diferentes, sendo elas a idade biológica, a social e a psicológica.

A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico, sendo medida pelas capacidades funcionais ou vitais e pelo limite da vida dos sistemas orgânicos, que vão perdendo a sua capacidade adaptativa e de auto-regulação.

A idade biológica é o testemunho daquilo a que Busse, citado por JENTOFT (1991), chamou o “envelhecimento primário” ou o “processo inato de maturação”. Os órgãos parecem não envelhecer todos ao mesmo ritmo, exprimindo-se em certos indivíduos uma degradação precoce, ou ainda por um declínio funcional de outros órgãos.

A idade social refere-se aos papéis e aos hábitos que o indivíduo assume na sociedade e mostra os comportamentos esperados pela sua cultura, num processo dinâmico de envelhecimento. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país.

A idade psicológica é caracterizada pelas competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar, em resposta às mudanças do ambiente, ou seja, as capacidades do indivíduo em se adaptar ao meio é influenciada pelos factores biológicos e sociais, mas envolve capacidades como a memória, a aprendizagem, a inteligência, as habilidades, os sentimentos, as motivações e as emoções para exercer controlo comportamental ou auto-regulação.

Uma boa manutenção destas actividades permite uma melhor auto-estima e a conservação de um elevado nível de autonomia e de autocontrolo.

Assim, a forma como envelhecemos tem a ver com a forma como nos desenvolvemos, sendo que a senescência não é consequência apenas da degenerescência biológica, mas resulta, em parte, de condições políticas, económicas, históricas e culturais da sociedade.

### *1.1.2. Características do Envelhecimento*

Entender o processo de envelhecimento é compreender, de forma abrangente, os aspectos individuais e colectivos da vida, desde os factores genéticos, biológicos, físicos, químicos e nutricionais aos aspectos psicológicos, sociológicos, económicos, comportamentais e ambientais.

A ideia de que todas as pessoas idosas se assemelham, não é válida. À semelhança da juventude, também o homem, quando envelhece, se diferencia dos outros no sentido de humor, na personalidade, no modo de vida, na filosofia pessoal, etc.

Ninguém envelhece da mesma maneira e ao mesmo ritmo. As modalidades de senescência variam imenso na população humana, bem como no interior de uma dada população – chama-se a isso “Envelhecimento Diferencial” (BRISSOS, 1992).

O ser humano não envelhece de uma só vez, mas sim de uma maneira gradual, e é por essa razão que a velhice parece instalar-se sem que se dê por isso. O envelhecimento é influenciado por um largo conjunto de factores como o sexo, a raça, o modo de vida (país industrializado, ou em vias de desenvolvimento), o contexto geográfico (meio rural ou urbano) e a cultura, mas, no entanto, existem diferentes maneiras de conduzir o envelhecimento. A responsabilidade do envelhecimento é pessoal, mas simultaneamente colectiva. A maneira como o idoso vive a sua velhice é o resultado da forma como viveu toda a sua vida.

Um dos aspectos mais importantes no decurso do envelhecimento é investir em si próprio. Há no ser humano uma necessidade de amor-próprio, que faz com que cada indivíduo cuide de si. É preciso conservar e melhorar esta característica durante a velhice.

### *1.1.3. Envelhecimento Demográfico em Portugal*

A questão do envelhecimento demográfico tem merecido uma maior atenção, nos últimos tempos, por parte do poder político.

Durante muito tempo, a atenção esteve quase exclusivamente centrada no binómio população/recursos, devido ao peso do Terceiro Mundo na população mundial e às causas e às consequências da evolução demasiado rápida da população, sendo as questões de controlo de nascimentos, da distribuição espacial da população, das migrações, dos recursos, que prendem predominantemente a atenção dos cientistas sociais e do público em geral.

As definições de envelhecimento demográfico que existem não são consensuais.

CARRILHO (1993) cita a definição dada por Pressat como a mais comum: “simples aumento da proporção de idosos” que, enquanto fenómeno, se caracteriza pelo aumento progressivo da proporção da população idosa em detrimento da população jovem.

NAZARETH (1993) refere que o envelhecimento demográfico é um fenómeno que surgiu a partir da segunda metade do séc. XX, nas sociedades desenvolvidas. Foi uma simples constatação quantitativa de que o número de idosos estava a aumentar preocupantemente, no entanto levou a um exame cuidadoso, através do qual foi possível precisar com um pouco mais de detalhe o fenómeno observado no mundo desenvolvido em geral, e na Europa em particular. Ao contrário do esperado, concluiu-se que o principal factor natural não era o declínio da mortalidade, mas sim o declínio da natalidade.

Com efeito, uma redução no número de nascimentos vai produzindo, na estrutura etária de uma população, uma redução progressiva dos efectivos mais jovens e, conseqüentemente, um aumento da importância relativa dos mais idosos.

Actualmente, o envelhecimento demográfico é compreendido de uma forma mais vasta, como consequência do progresso da medicina, da melhoria das condições de trabalho, da diminuição da natalidade e de outros factores económico-sociais.

O envelhecimento das populações depende, essencialmente, da associação de três factores: fecundidade, mortalidade e migração (OLSHANSKY *et al.*, 1991).

Em Portugal, entre 1960 e 1991, a população nas idades mais jovens diminuiu em 40% no grupo de idades 0-4 anos e em 16% no grupo de idades 5-14 anos, e aumentou significativamente em 35% no grupo com idades entre os 50-64 anos, em 73% no grupo de idades 65-74 anos e em 122% no grupo de idades superiores a 75 anos. Desta constatação, conclui-se que houve uma profunda modificação do perfil etário da população portuguesa, contando cada vez mais com pessoas idosas e cada vez menos com jovens (INE, 2001).

Sendo a idade mais do que uma variável cronológica, esta modificação da estrutura etária vai reflectir-se, naturalmente, em múltiplos domínios da sociedade. Temos, como exemplos, o encerramento de algumas escolas primárias por falta de alunos, a criação da Universidade para a Terceira Idade, o aumento do número dos que se encontram na idade de reforma e o aumento do número de idosos hospitalizados, e conseqüentes períodos mais longos de internamento.

Em Maio de 1996 foi divulgada uma projecção sobre a estrutura etária da população portuguesa para o ano 2010 (INE, 2001). Os resultados obtidos revelaram que em 2010 o volume da

população portuguesa deverá ser praticamente o mesmo (aproximadamente 10 milhões), mas o seu perfil etário será portador de alterações significativas.

Comparativamente a 1991, em 2010 poderemos ter bastante menos indivíduos dos 0-4 anos, ligeiramente mais indivíduos dos 15-64 anos e muito mais indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos. Estas alterações do perfil etário da população portuguesa permitem concluir que, de 1991 para 2010, o nível de envelhecimento demográfico tenderá a agravar-se cada vez mais (INE, 2001).

Entre 2010 e 2015 prevê-se que o número de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ultrapasse o número de jovens (0-14 anos), mantendo-se a linha de feminização. Em 2020, 18,1% dos portugueses terão idade igual ou superior a 65 anos e a percentagem dos jovens diminuirá para 16,1%.

Chegou o momento de a sociedade portuguesa se lançar numa reflexão prospectiva sobre si mesma, caso contrário estaremos, provavelmente, a contribuir para a construção de uma sociedade em desequilíbrio em todos os domínios.





## **CAPÍTULO II**

### **2. QUALIDADE DE VIDA**

Não há consenso sobre o significado do constructo qualidade de vida, existindo várias correntes de pensamento, complementares entre si. Além disso, no decorrer do tempo, a forma de avaliação alterou-se, passando de uma avaliação baseada em parâmetros objectivos, ou idealizados pelo pesquisador, para outra que valoriza a percepção subjectiva das pessoas. A partir de 1975, as avaliações de qualidade de vida vêm sendo gradualmente incorporadas às práticas da Saúde. O número de instrumentos é enorme, mas poucos construídos especificamente para os idosos. Actualmente, existem trabalhos mais consistentes, como tradução, adaptação transcultural e validação de questionários estrangeiros, sendo, no entanto, mais raros os estudos a respeito de qualidade de vida do idoso. Fica evidente a conveniência de se criar um instrumento que meça a qualidade da vida de idosos, valorizando a opinião deles a respeito das questões que consideram importantes.

#### *2.1 Constructo e Conceito*

Segundo o dicionário Aurélio (HOLANDA-FERREIRA, 1986), constructo é “aquilo que é elaborado ou sintetizado com base em dados simples, especialmente um conceito”. Para GUYATT *et al.* (1993a), um constructo é uma noção, um modelo ou estrutura teórica, que representa uma compreensão do que os investigadores estão a investigar ou medir.

KÖCHE (1985), escrevendo sobre metodologia científica, afirma que a ciência proporciona a conceptualização da realidade, os conceitos com que ela opera chamam-se constructos. Os constructos são adoptados ou inventados conscientemente com um significado específico.

Conceito e constructo significam quase a mesma coisa. A diferença está em que o constructo possui um significado construído intencionalmente a partir de um marco teórico, devendo ser definido de tal forma, que permita ser delimitado, traduzido em proposições particulares, observáveis e mensuráveis. Os constructos são uma construção lógica de um conjunto de propriedades aplicáveis a elementos reais, fundamentado no consenso dos pesquisadores. Este consenso é importante. O seu objectivo é fazer com que não haja ambiguidade no referencial empírico dos conceitos utilizados pela comunidade de pesquisadores. Com o constructo, todos os pesquisadores atribuirão a mesma significação aos mesmos conceitos, tornando-se claros e específicos. Dessa forma, pode a ciência, no nível empírico, elaborar os testes intersubjetivos de que necessita.

### *2.1.1 Evolução do Conceito de Qualidade de Vida*

Qualidade de Vida é de difícil conceptualização. Durante estas últimas décadas, o debate sobre o seu significado não encontrou consenso satisfatório.

Após a Segunda Guerra Mundial, o conceito de “boa vida” começou por ser usado para se referir à conquista de bens materiais: possuir casa própria, carro, aparelhos electrónicos (televisão, rádio, máquina de lavar, aspirador, etc.), ter aplicações financeiras, ter uma boa reforma, poder viajar. A necessidade de saber quanto uma sociedade se havia desenvolvido economicamente, levou à transformação do conceito. Indicadores económicos surgiram e tornaram-se instrumentos importantes para se medir e comparar a qualidade de vida entre diferentes cidades, regiões, países e culturas. Passaram a ser usados o Produto Interno Bruto (PIB), o rendimento *per capita*, a taxa de desemprego e outros. Inferia-se que os países cujos indicadores económicos fossem os melhores teriam populações com melhor qualidade de vida. Os anos passaram e o conceito ampliou-se, para significar, além do crescimento económico, o desenvolvimento social (saúde, educação, habitação, transporte, lazer, trabalho e crescimento individual). Acrescentaram-se novos indicadores, como a mortalidade infantil, a esperança de vida, a taxa de abandono escolar, o nível de escolaridade, a taxa de violência (suicídios, homicídios, acidentes), o saneamento básico, o nível de poluição, as condições de habitabilidade, de trabalho, a qualidade do transporte, o lazer, etc., a partir dos quais muitos países estabeleceram políticas de bem-estar social (*Welfare State*) (FARQUHAR, 1995a; BOWLING, 1995a; PASCHOAL, 2000).

Draibe (1993) diz que o Estado-providência seria uma maneira de equacionar o progresso social que acompanha o desenvolvimento económico. Para ela:

“As políticas sociais, na sua génese e história particulares, obedecem a motivações e objectivos diversos. Mas, em última instância, o seu objectivo é o da distribuição da riqueza social, pelo menos para estabelecer, a cada momento da evolução de um dado país, certos patamares de equidade e de incorporação social da população ao nível de bem-estar que aquela sociedade entende como mínimo e factível de ser estendido. Esse objectivo maior pode explicitar-se, mais ou menos, na agenda governamental; pode estar, mais ou menos, apoiado pela vontade política das elites; pode ser concebido com graus variados de ‘generosidade’; pode ser desenhado de maneira mais igualitarista e niveladora, ou admitindo graus de hierarquização social; pode admitir diferentes composições entre metas e eficiência e, por fim, pode ser equacionado segundo diferentes temporalidades (diferentes modos de conceber a relação temporal entre a produção da riqueza e a sua distribuição).” (PASCHOAL, 2000 pág. 21.)

Mas, a partir da década de 60, percebeu-se que, embora todos fossem indicadores importantes, para se avaliar e comparar a qualidade de vida entre países, regiões e cidades (qualidade de vida objectiva) não eram suficientes para se medir a qualidade de vida das pessoas, que se inseriam diferentemente naquela sociedade e que se podiam distanciar, de forma importante, do índice médio para a população como um todo. Era necessário e fundamental avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa e o quanto as pessoas estão satisfeitas ou insatisfeitas com a qualidade das suas vidas (qualidade de vida subjectiva). Passou a valorizar-se, então, a opinião dos indivíduos, o dono da vida é quem deveria avaliar a qualidade da sua vida.

O investigador não pode construir *a priori* um modelo do que julga ser *boa qualidade de vida* e tentar enquadrar os indivíduos no seu modelo. É necessário ouvir os indivíduos. Este conceito denomina-se qualidade de vida subjectiva, em contraposição às condições objectivas, que também qualificam a vida das pessoas (NEUGARTEN *et al.*, 1961; LARSON, 1978; HORLEY, 1984; SLEVIN *et al.*, 1988; OLESON, 1990; WARE, 1993; FARQUHAR, 1995a; BOWLING, 1995a; THE WHOQOL GROUP, 1995, PASCHOAL, 2000).

### 2.1.2. As Expressões Qualidade e Vida

Numa primeira tentativa poderíamos decompor a expressão nas suas duas palavras: qualidade e vida. FERREIRA (1986) define qualidade como substantivo feminino abstracto, empregado na nossa língua com diversos sentidos ou significados; disposição moral ou intelectual das pessoas, o seu dote, o seu dom, a sua virtude; um atributo, uma propriedade, uma condição das coisas ou das

peçoas, capaz de distingui-las umas das outras e de lhes determinar a natureza, uma escala de valores, que permite avaliar e, conseqüentemente, aprovar, aceitar ou recusar qualquer coisa.

Quando significa uma virtude, um dom, qualificamos coisas e peçoas per si: honesta/desonesta, solidária/egoísta, bonita/feia, e assim por diante. Quando é um atributo, qualificamos coisas e peçoas para diferenciá-las: sólido/líquido/gasoso, casado/solteiro/viúvo/separado, branco/negro/amarelo/pardo, forte/fraco, etc. Quando é uma escala de valores qualificamos níveis: mais poluído/menos poluído, analfabeto/nível superior, pobreza/riqueza.

Por outro lado, o mesmo autor define vida como existência; o espaço de tempo que decorre desde o nascimento até à morte; biografia; conjunto de propriedades e qualidades, graças às quais animais e plantas, ao contrário dos organismos mortos ou de matéria bruta, se mantêm em contínua actividade, manifestada em funções orgânicas, tais como o metabolismo, o crescimento, a reacção a estímulos, a adaptação ao meio, a reprodução e outras; estado ou condição dos organismos, que se mantêm nessa actividade desde o nascimento até à morte; o tempo da existência ou de funcionamento de uma coisa.

NORDENFELT (1994), ao falar de vida, faz uma distinção importante entre vida completa e vida parcial, e diz que a sua plenitude apresenta duas dimensões, uma relacionada com o tempo e outra com a totalidade dos aspectos da vida. A série contínua de eventos vitais, que dada pessoa vivencia durante a sua existência, do nascimento à morte, é uma vida completa na dimensão temporal. Já a soma total de todos os aspectos de sua existência, num determinado momento, ou durante um certo período de tempo, é uma vida completa na sua dimensão global (relacionada com a totalidade dos aspectos da vida).

Como não se conseguem estudar todos os aspectos da vida de uma pessoa, deve fazer-se alguma selecção, a melhor possível. A selecção deve ser guiada pelo propósito particular de que a avaliação da qualidade de vida tem. Pelo menos, os seguintes aspectos principais da vida devem ser considerados:

1. As vivências, isto é, a soma total das sensações, percepções, emoções, humores e actos cognitivos de uma pessoa;
2. As actividades realizadas na vida, isto é, a soma total das acções de uma pessoa;
3. As realizações na vida, isto é, a soma total dos resultados das acções de uma pessoa;
4. Os eventos na vida, aqueles de que o indivíduo está ciente, ou que lhe são atribuídos;
5. As circunstâncias da vida, aquelas de que o indivíduo está ciente, ou que lhe são atribuídas .

Uma vida máxima contém todos os elementos supracitados, ou seja, a soma total das experiências, actividades, realizações, bem como todos os eventos e circunstâncias atribuídos à pessoa. Pode haver uma combinação destas categorias, havendo, assim, um número enorme, senão infinito, de interpretações de noção de vida (PASCHOAL, 2000).

### *2.1.3. A Diversidade de Significados e Significantes*

A natureza abstracta do termo qualidade explica por que “boa qualidade” tem significados diferentes para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes, e é por isso que há inúmeras conceptualizações de qualidade de vida. Assim, qualidade de vida é um conceito que está submetido a múltiplos significados e significantes e que tem variado de época para época, de país para país, de cultura para cultura, de classe social para classe social e, até mesmo, de indivíduo para indivíduo. Mais, tem variado, para um mesmo indivíduo, conforme o decorrer do tempo. O que hoje, para mim, é uma boa qualidade de vida pode não o ter sido há algum tempo atrás; poderá não o ser amanhã, ou daqui a algum tempo. Talvez possa variar, mesmo, de acordo com o meu estado de espírito ou de humor. Essa multiplicidade de conceitos, colocados de forma tão heterogénea, dificulta comparações. FARQUHAR (1995b) refere que uma razão para essa falta de consenso talvez resida no facto de o termo qualidade de vida ser o de uso mais multidisciplinar da actualidade.

BOWLING (1995a), revendo os conceitos empregados na literatura, chega à conclusão de que qualidade de vida é um conceito amorfo, utilizado por muitas disciplinas – Geografia, Literatura, Filosofia, Publicidade, Economia, Promoção de Saúde, Ciências Médicas e Sociais (p. ex., Sociologia e Psicologia). É um conceito vago; é multidimensional e incorpora, teoricamente, todos os aspectos da vida humana.

MINAYO *et al.* (2000) referem que a relatividade do conceito se deve aos muitos significados possíveis, já que reflectem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e de colectividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural. Esta relatividade deve-se, segundo os autores, ao factor histórico (depende dos estádios de desenvolvimento económico, social e tecnológico), ao factor cultural (os valores e as necessidades são construídos e hierarquizados diferentemente pelos povos, revelando as suas tradições) e às estratificações ou classes sociais (a ideia de qualidade de vida está associada ao bem-estar das camadas superiores e à passagem de um limiar para o outro).

Uma complicação adicional à compreensão do significado do constructo foi a criação de um novo termo, de significado também impreciso e de aplicação variada: “Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde”. FAROUHAR (1995a) discute que grande parte da estrutura conceptual do termo na pesquisa em saúde derivou da definição da mesma pela Organização Mundial da Saúde (OMS), onde o bem-estar físico, o bem-estar psíquico e o bem-estar social são domínios da Saúde, que seria o constructo principal. Surge uma ambivalência, levando-nos a questionar se a qualidade de vida, o bem-estar, a felicidade, a “boa vida”, etc., são domínios ou dimensões de Saúde, ou se a Saúde é que é uma dimensão do constructo “Qualidade de Vida”.

No campo da saúde, essa confusão está bem presente. GUYATT *et al.* (1993b) mostraram que “Estado de Saúde”, “Estado Funcional” e “Qualidade de Vida” são conceitos usados quase indiferenciadamente por muitos autores para se referirem a uma mesma “dimensão” de Saúde. KAPLAN *et al.* (1989) afirmam que Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde se refere ao impacto da saúde sobre três funções: mobilidade, actividade física e actividade social.

Para MINAYO *et al.* (2000), o conceito de promoção de saúde é o foco mais relevante da avaliação da qualidade de vida no âmbito da saúde, centrando-se na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados ou das condições de morbilidade. No entanto, os autores fazem uma crítica a essas avaliações, pois, apesar de reconhecerem que muitos determinantes de qualidade de vida se situam em outros sectores (que não a saúde), o sistema de saúde não intervém sobre eles. Para estes autores, a saúde adopta, a maioria das vezes, uma posição exclusivamente retórica quanto aos chamados determinantes extra-sectoriais, que são, em grande parte, os mais relevantes componentes da qualidade de vida e, também, de uma vida saudável. A reforçar esta assunção está a afirmação de PASCHOAL (2000) que refere que não se pode medicalizar as avaliações de qualidade de vida, já que nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária.

#### *2.1.4. Características do Constructo*

O grupo de especialistas em qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, que elaborou um instrumento genérico de avaliação da Qualidade de Vida, construído através de um método transcultural (WHOQoL), afirma que embora não haja definição consensual do conceito de Qualidade de Vida, há concordância considerável entre os pesquisadores acerca de algumas características do seu constructo (THE WHOQoL GROUP, 1995). Por isso, referem três

características: subjectividade, multidimensionalidade e bipolaridade. Quanto à subjectividade, como, cada vez mais, se reconhece que o constructo é subjectivo, devem colocar-se questões acerca de avaliações globais dos comportamentos, estados e capacidades das pessoas e sobre a sua satisfação/insatisfação com esses comportamentos, estados e capacidades, pois é esse tipo de questionamento (percepções das pessoas) que traz informações sobre a qualidade de vida, enquanto que o relato do funcionamento traz informações sobre o estado de saúde. Quanto à multidimensionalidade da qualidade de vida, consideram que devem ser avaliadas, pelo menos, três dimensões: a física, a psicológica e a social, sempre na direcção da subjectividade (como os indivíduos percebem o seu estado físico, o seu estado cognitivo e afectivo e as suas relações interpessoais e os papéis sociais que desempenham). É evidente que os diferentes instrumentos devem acrescentar outras dimensões a estas três, consideradas básicas, por razões conceptuais, pragmáticas, ou empíricas, dependendo dos objectivos. O próprio WHOQoL inclui uma dimensão espiritual (a percepção da pessoa do “significado de sua vida”, ou as crenças pessoais que estruturam e qualificam a experiência). Por último, a bipolaridade, já que o constructo possui dimensões positivas e negativas. As dimensões positivas podem ser o desempenho de papéis sociais, a mobilidade, a autonomia, entre outras. As dimensões negativas podem ser dor, fadiga e dependência. A bipolaridade do constructo obriga a que qualquer avaliação de qualidade de vida deva sempre incluir dimensões positivas e negativas, dando relevo às percepções dos indivíduos acerca dessas dimensões. PASCHOAL (2000) acrescenta uma quarta característica ao constructo: o estado de espírito ou de humor.

Na década de 80 houve intensa discussão, que perdura até hoje, a respeito de uma tentativa de se englobarem os aspectos socioeconómicos com os subjectivos da qualidade de vida. Os expoentes são Nussbaum e Sen, que conceberam o que chamam “Desenvolvimento Humano”. Estes afirmam que o crescimento económico (ou o aumento do PIB ou do rendimento *per capita*) é somente o meio de se atingir o bem-estar ou a qualidade de vida dos seres humanos.

SEN (1993) afirma que o desenvolvimento tem por objectivo último melhorar os modos de vida que os seres humanos estão a viver, e destaca que a avaliação da desigualdade, assim como a avaliação da eficiência, depende da escolha dos indicadores de melhoria individual, sendo que usualmente se concentram em índices de rendimento e riqueza.

Propõe que estes sejam mantidos, pela sua pertinência, em situações de rigidez de divisões sociais, mas que também se considere indicadores de qualidade de vida para a avaliação das desigualdades entre classes, em termos de bem-estar e liberdade. É óbvio que o desenvolvimento não ocorre sem prosperidade material. Mas há muitas fragilidades nessa visão, devido ao “fetichismo das

mercadorias”, onde os meros meios são convertidos em fins últimos, onde o objectivo não é o bem-estar, nem um bom padrão de vida, mas o bem material em si, onde as pessoas hipervalorizam a aquisição de mercadorias enquanto o importante deverá ser o que elas podem fazer com esses bens e serviços ao seu alcance.

NUSSBAUM & SEN (1993), partindo da *Fundamentação da Metafísica dos Costumes* de Kant (os seres humanos são um fim em si mesmos e não meios para atingir fins), colocam os seres humanos não só como agentes, mas também como os meios primários de todo o desenvolvimento, alertando para que se considerarmos, simplesmente, o aumento de renda real e do crescimento económico como critérios do desenvolvimento bem sucedido, podemos ser induzidos a um erro de avaliação. A este propósito, SEN (1993) dá-nos o exemplo da Índia e da China que têm valores aproximados de PIB *per capita*, mas estão muito afastados um do outro em termos de capacidades, de como viver mais tempo, de evitar a morte na infância, de ler e de escrever, e de beneficiar de educação continuada. Em países desenvolvidos, os indicadores de capacidades seriam, certamente, de outro tipo, tais como: a capacidade de nadar em rios limpos, de respirar ar puro em centros urbanos, de caminhar à noite sem medo, etc. Daí conclui que a prosperidade económica é apenas um dos meios para enriquecer a vida das pessoas e, mesmo como um meio, o mero aumento da riqueza económica pode ser ineficaz na consecução de fins realmente valiosos. SEN (1993) deixa claro que é preciso conceber o desenvolvimento como uma combinação de distintos processos, e não como uma simples expansão de uma magnitude aparentemente homogénea, tal como o rendimento ou a utilidade, enfatizando, também, a importância do indivíduo dispor de liberdade, sem a qual não será capaz de escolher entre um ou outro estilo de vida.

Mas, como referem NUSSBAUM & SEN (1993), se a felicidade e a satisfação dos desejos são aspectos particularmente importantes para a realização, não são suficientes para atingir o bem-estar e são lamentavelmente imprecisos como medida deste. Os autores argumentam que as pessoas podem sofrer de grave privação e, mesmo assim, serem cheias de alegria, já que as religiões, as filosofias e as políticas podem legitimar as suas privações, oferecendo-lhes compensações, como a vida eterna, por exemplo.

DUCHIADE (1995) reforça que, muito embora a noção de bem-estar não possa restringir-se ao factor rendimento, na medida que envolve diversas dimensões da vida humana, é inegável a sua importância numa sociedade em que o acesso a bens e serviços essenciais à sobrevivência depende da possibilidade de pagar por estes.

ROMANO (1993) procura deixar mais clara a importância das diferentes dimensões socioeconómicas para o entendimento e conceptualização de qualidade de vida. Afirma que o



nível de vida é um conceito totalmente diferente do de qualidade de vida. Enquanto que o primeiro depende primordialmente de definições e perspectivas políticas, portanto voltado para a comunidade como um todo, o segundo é um atributo do indivíduo. São duas entidades bastante distintas, apesar de complementares. Romano adota a definição de Flanagan a respeito de qualidade de vida, que é a habilidade ou a capacidade que um indivíduo tem para desempenhar tarefas ou actividades da vida diária, obtendo, assim, satisfação. Desta forma, qualidade de vida pode ser entendida em termos das expectativas pessoais do sujeito e se essas foram ou não atingidas. Dá destaque à dimensão mais subjectiva, derivada de valores e crenças do próprio, apesar de mostrar que há, também, uma dimensão objectiva baseada em indicadores biomédicos. Para Romano, dar importância ao aspecto subjectivo acrescenta uma visão ética à existência.

Estudos longitudinais feitos por Stones, Kosma (1989), *apud* NERI (1993) reforçaram que a satisfação financeira, a satisfação com as condições de habitação e a satisfação com a saúde levam a um senso de bem-estar pessoal. Assim, estar feliz com a sua vida tenderia a construir nela situações mais positivas e melhores interacções sociais.

### *2.1.5. O Balanço da Vida*

Avaliar a própria vida é um processo intrapsíquico complexo, abrangendo julgamentos, emoções e projecções para o futuro. Factores ambientais e pessoais, negativos e positivos, saúde e doença, físicos, mentais e sociais, tudo é processado pelo indivíduo, determinando o “como” e o “quanto” ele valoriza a sua vida. LAWTON *et al.* (1999) afirmam que a avaliação de vida constitui uma definição operacional de um estado interno, que expressa uma mistura de saúde mental positiva, qualidade de vida num domínio específico, determinação e propósito da vida. O indivíduo faz um balanço da sua vida, usando valores, princípios e critérios por ele incorporados ao longo da sua existência, e procura determinar o grau de satisfação alcançado. O grau de satisfação com a sua vida actual depende, não apenas da sensação de prazer e ausência de sofrimento, mas também da esperança, da visão de futuro, do propósito, do significado, da persistência e da auto-eficácia. A condição actual de uma pessoa afecta os julgamentos em relação a estados futuros, influenciando o desejo de continuar a viver, pelo que na avaliação da própria vida o indivíduo não avalia apenas o que vivenciou até então (a sua vida passada, as suas conquistas, os seus fracassos, a sua satisfação/insatisfação com o que realizou, se preencheu ou não, o seu plano de vida e as suas expectativas), mas também avalia as suas possibilidades futuras (se, face ao que conseguiu até

então, terá oportunidade de construir/vivenciar um futuro melhor, ou se as perspectivas são sombrias e, caso esteja a passar por um mau momento, se terá forças de o superar).

O indivíduo agrega valores e princípios desde que nasce e procura pautar as suas acções por eles. Quando faz a avaliação da sua vida, hierarquiza, mesmo que intuitivamente, as suas concepções de qualidade de vida. Para alguns, são os aspectos materiais da vida, para outros é a busca de uma vida virtuosa, ancorada em princípios éticos, que deverão ser obedecidos, mesmo que não tragam recompensas materiais. Alguns dão mais importância à satisfação das suas necessidades e ao preenchimento das suas expectativas, enquanto que outros valorizam mais o bem-estar psicológico ou a sensação de estar satisfeito. O processo de avaliação de vida é pessoal, único e diferente, variando de indivíduo para indivíduo. Os referenciais adoptados são dissemelhantes, mas, quaisquer que eles sejam, o indivíduo faz sempre uma síntese de vida, que os instrumentos nem sempre conseguem captar (PASCHOAL, 2000).

## *2.2. Definições*

A expressão “Qualidade de Vida” foi utilizada pela primeira vez em 1964 pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, ao declarar que os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da Qualidade de Vida que proporcionam às pessoas. O interesse no conceito de “Qualidade de Vida” foi desde logo partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos (MONTALVO & ALBA, 1995).

A preocupação com este conceito levou a um movimento científico dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos de que o controlo de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida, já que o crescente desenvolvimento tecnológico da medicina e das ciências trouxe, como consequência negativa, a sua progressiva desumanização (OMS, 1978).

A partir de então, a avaliação da qualidade de vida foi inserida nos ensaios clínicos, sendo, actualmente, a terceira dimensão a ser avaliada para além da eficácia e da segurança.

Na década de 70, o conceito de “qualidade de vida” começou a salientar-se como consequência da segunda revolução da saúde, cuja característica principal foi o centrar a atenção na saúde e não na doença.

A partir da década de 80, a qualidade de vida tornou-se um conceito de interesse geral partilhado pelo senso comum. Passa a ser um conceito utilizado por políticos, eclesiásticos, economistas, ecologistas, entre outros, passando a apresentar algumas dualidades e diferenças (RIBEIRO, 1994).

FALLOWFIELD (1990) refere que o conceito de qualidade de vida é algo vago, varia de pessoa para pessoa e de contexto para contexto, revestindo aspectos dos mais materialistas aos mais espirituais.

PASCHOAL (2000), numa revisão sobre o conceito de "Qualidade de Vida", apresenta 14 definições de diferentes autores:

1. "Qualidade de Vida é a qualidade de nossas vidas em cada ponto do tempo entre o nascimento e a morte." (Torrance, 1987);
2. "Qualidade de Vida é quanto vale a pena a vida de uma pessoa, para a própria pessoa." (Sandøe & Kappel, 1994);
3. "Qualidade de Vida é o grau de satisfação ou insatisfação, sentido pela pessoa, com vários aspectos de sua vida." (Abrams, 1973);
4. "Qualidade de Vida é a sensação de bem-estar de uma pessoa, sua satisfação ou insatisfação com a vida, ou sua felicidade ou infelicidade." (Dalkey & Rourke, 1973);
5. "Qualidade de Vida é a extensão em que prazer e satisfação caracterizam a existência humana." (Andrews, 1974);
6. "Qualidade de Vida são os aspectos da vida auto conhecidos e auto avaliados" (Andrews & Withey, 1976);
7. "Qualidade de Vida é o produto do dote natural de uma pessoa (DN) pelo esforço feito a favor dela pela família (F) e pela sociedade (S).  $QV=DN \cdot F \cdot S$ " (Shaw, 1977);
8. "Qualidade de Vida é o débito (*output*) dos estímulos (*inputs*) físicos e espirituais." (Liu, 1974);
9. "Qualidade de Vida é o grau em que as pessoas realizam seus objectivos de vida." (Celia & Cherin, 1987);
10. "Qualidade de Vida é expressa em termos de distância entre a posição de uma pessoa e os seus objectivos. A satisfação refere-se à conquista de um objectivo, ou à sensação de aproximação dele." (Sartorius, 1987);
11. "Qualidade de Vida é quanto a vida de uma pessoa vale a pena para a própria pessoa." (Sandoe e Kappel, 1994);
12. "Qualidade de Vida é quão bem o indivíduo vive sua própria vida." (Björk e Roos, 1994);
13. "Qualidade de Vida é a resposta emocional do indivíduo à sua situação, de acordo com algum padrão ético sobre como viver uma boa vida." (Björk e Roos, 1994);
14. "Qualidade de Vida é uma entidade vaga e etérea, algo sobre o qual muitas pessoas falam, mas ninguém sabe claramente o que significa" (Campbell e cols., 1976).» (págs. 57-59.)

De facto, a natureza abstracta do termo “Qualidade de Vida” e o julgamento subjectivo das vivências explicam que “boa qualidade” tem significados diferentes, para diferentes pessoas, em lugares e ocasiões diferentes. Este é o motivo de haver inúmeros conceitos do constructo e de inúmeras definições.

MCDOWELL & NEWELL (1996b), ao tentarem encontrar uma definição sobre qualidade de vida, parecem desanimar, referindo que o termo é intuitivamente familiar, o que parece não se prestar a uma definição precisa: todos acreditam que sabem quando estão melhor ou pior. As definições parecem reflectir mais os valores pessoais ou a orientação académica do pesquisador do que uma tentativa objectiva de definir a natureza do conceito. Como resultado, muitas medidas passam a ser chamadas de indicadores de “Qualidade de Vida”, incluindo escalas que apresentam forte semelhança com índices de capacidade funcional.

FARQUHAR (1995b), nomeando Denham (1983), refere que qualquer sugestão feita para melhorar a qualidade de vida deve definir o conceito de forma clara, precisa e universal. Farquhar acha provável que a falta de consenso a respeito do significado do constructo se deva ao facto do termo ser um dos mais usados multidisciplinarmente nos dias de hoje, resultando em definições multifacetadas.

GILL & FEINSTEIN (1994) fizeram uma avaliação crítica da qualidade das medidas de avaliação da Qualidade de Vida, com o objectivo de saber se estavam a ser bem feitas. Escolheram uma amostra de artigos de língua inglesa que continham o termo “Qualidade de Vida” nos seus títulos. Seleccionaram 75 artigos. Os resultados foram preocupantes: em apenas onze artigos (15%), os investigadores haviam definido conceptualmente o constructo; trinta e cinco (47%) tinham identificado os domínios com que iriam trabalhar; só vinte e sete (36%) apontaram as razões de escolha do instrumento; nenhum artigo fez distinção entre qualidade de vida total e qualidade de vida relacionada com a saúde e apenas treze (17%) convidaram os pacientes a fazer a avaliação da sua qualidade de vida. De facto, um conceito e uma definição clara, tão apontado pelos investigadores como importante e necessária, não abundam na literatura médica.

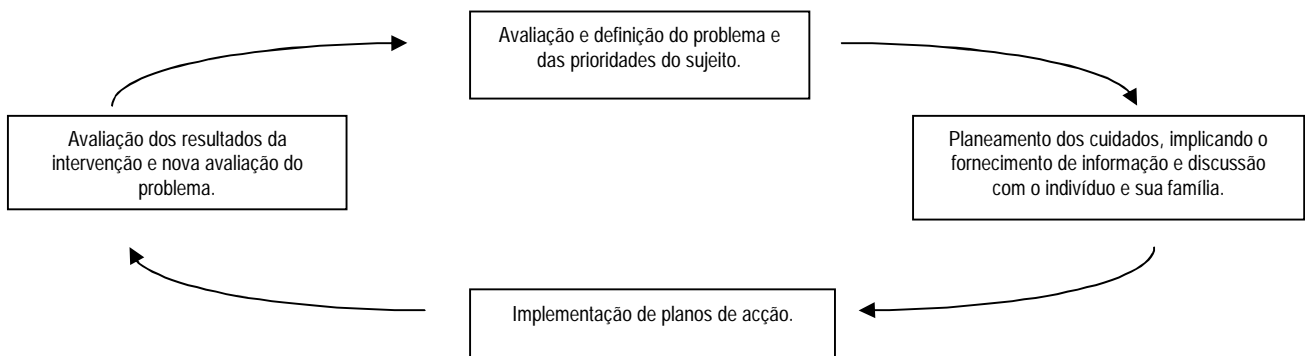
Os investigadores não definem, frequentemente, o seu conceito de Qualidade de Vida e não identificam os seus domínios específicos para além do estado de saúde. Consequentemente, apesar de desejarem medir a qualidade de vida dos seus pacientes, muitos pesquisadores estão a medir, na realidade, vários aspectos do estado de saúde. A necessidade de incorporar nos estudos os valores e as preferências dos pacientes é o que distingue a avaliação da qualidade de vida de todas as outras medidas de saúde (PASCHOAL, 2000).

A definição de Qualidade de Vida apresentada pelo grupo de especialistas da Organização Mundial da Saúde é a que mais se aproxima da nossa concepção e foi com ela que trabalhámos: qualidade de vida é a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais se insere a relação com os seus objectivos, as suas expectativas, os seus padrões e as preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com as características salientes do seu meio ambiente (OMS - WHOQoL GROUP, 1993).

Shumaker, Anderson & Czajkowski citados por RIBEIRO (1994) definem qualidade de vida como satisfação individual global com a vida, e a sensação geral, pessoal, de bem-estar.

A Direcção-Geral de Saúde (DGS) define qualidade de vida como a percepção por parte dos indivíduos ou grupos de que as suas necessidades são satisfeitas e não lhe são negadas oportunidades para alcançar um estado de felicidade e de realização pessoal em busca de uma qualidade de existência acima da mera sobrevivência (DGS, 1997).

A melhoria das condições da população e os avanços da medicina levaram ao aumento da esperança de vida, mas trouxeram, muitas vezes, uma redução da qualidade de vida. No nosso entender, para melhorar a qualidade de vida de um indivíduo são necessárias quatro medidas de acção circulares:



Mas avaliar e definir o problema, bem como as prioridades do sujeito, põe a questão da medição, e esta foi, quanto a nós, provavelmente, a mais importante actualização do conceito de qualidade de vida, que conjugou a avaliação baseada em parâmetros objectivos com a percepção subjectiva do indivíduo e da sua própria condição. O julgamento é dado pelo indivíduo, que é o único que sente que pode avaliar, objectiva e subjectivamente, a sua situação.

### 2.3. Importância de se Avaliar Qualidade de Vida

Segundo EVANS (1994), a percepção de que os indicadores sociais forneciam pouca ou nenhuma informação acerca da qualidade de vida dos indivíduos aumentou o interesse pela avaliação da qualidade de vida percebida, também chamada “Qualidade de Vida Subjectiva”, encontrando-se indicadores subjectivos para o constructo. Outras duas razões para se desenvolver e avaliar qualidade de vida na população geral foram, por um lado, a necessidade de prover dados normativos que servissem de padrão para comparar os dados recolhidos de amostras populacionais específicas, e por outro, a promoção da saúde para todos, aqui entendida na concepção ampla da Organização Mundial da Saúde que requer procedimentos que melhorem a qualidade de vida.

MCDOWELL & NEWELL (1996b) relevam que o interesse médico no constructo qualidade de vida foi estimulado pela longevidade e pela compreensão de que esse facto pode ser um “presente envenenado”, já que há viver e há sobreviver.

SPILKER (1996) especifica ainda mais a importância de se avaliar a qualidade de vida. Diz que este constructo se tem tornado uma medida relevante de eficácia em ensaios clínicos, o seu uso está cada vez mais disseminado e a sua importância está a crescer como um indicador válido do benefício (ou não) de um tratamento médico.

SCHIPPER *et al.* (1996) vão mais além, afirmando que a qualidade de vida se tem tornado uma medida de sucesso em muitos ensaios clínicos, um critério de aprovação e licenciamento de novos remédios em várias jurisdições e o foco central de um jornal científico criado, especificamente, para publicar nesta área (*Quality of Life Research*). Esse interesse segue o reconhecimento de que é necessário descrever os resultados totais dos nossos esforços de diagnóstico e de tratamento para que faça sentido para todos (pacientes e profissionais de saúde).

### 2.4 Qualidade de Vida no Idoso

O envelhecimento é um processo natural, caracterizado por uma série de alterações morfofuncionais, bioquímicas e psicológicas que ocorrem no organismo ao longo da vida. O envelhecimento normal não impossibilita que o idoso desfrute de uma boa Qualidade de Vida, quando as suas funções vitais são monitorizadas adequadamente, prevenindo o surgimento das doenças crónicas degenerativas.

A qualidade de vida nas pessoas idosas é um assunto de crescente preocupação, não só junto dos profissionais de saúde, como também da sociedade em geral.

Viver cada vez mais é o desejo da maioria das pessoas que pode resultar numa sobrevida marcada por incapacidades e dependências. O desafio é conseguir uma maior sobrevida, com uma qualidade de vida melhor. Para os profissionais de saúde, que atendem a população idosa, há outro desafio: como medir a qualidade de vida, não apenas para fazer um retrato da velhice, mas, principalmente, para avaliar o impacto de tratamentos, de condutas e de políticas, corrigir os seus rumos, a localizar recursos e planear serviços, visando uma melhor sobrevida. Historicamente, após a Segunda Guerra Mundial, qualidade de vida tornou-se um constructo importante, significando melhoria do padrão de vida. Paulatinamente, o conceito foi ampliado, englobando o desenvolvimento socioeconómico e humano e a percepção das pessoas a respeito das suas vidas (PASCHOAL, 2000).

É comum depararmos com queixas de cepticismo e desesperança quando acompanhamos ou cuidamos de pessoas idosas que lamuriam a falta de perspectiva dessa etapa da vida. Falam das saudades da sua juventude, da sua falta de motivação para continuar a vida, da sua “certeza” de que não têm mais nenhum papel a cumprir. Ao mesmo tempo, observamos outros idosos, aparentemente alegres e satisfeitos, que nos deixam a impressão de muito bem-estar, vivendo de forma plena a sua velhice. É verdade que, na nossa sociedade, os idosos são pessoas com possibilidades menores de vida digna, dada não apenas pela imagem social da velhice (vista como época de perdas, de incapacidades, de decrepitude), mas, e principalmente, pela situação objectiva de reformas insuficientes, de oportunidades negadas, de desqualificação tecnológica, de exclusão social, pelo menos da maior parte da população. Mesmo em condições psicossociais tão adversas, encontramos idosos que se sentem felizes, que se dizem contentes com a sua vida. A idade, portanto, não explica tais diferenças, pois ela, por si só, não discrimina entre os que são bem e os que são mal sucedidos.

O envelhecimento populacional é fruto, principalmente, de diminuições importantes dos coeficientes de mortalidade e das taxas de fecundidade e de natalidade. A queda da mortalidade em todas as faixas etárias levou, inicialmente, ao aumento da expectativa de vida ao nascer e, a seguir, da expectativa de vida aos 60 anos (sobrevida). Isto foi agravado pela queda da fecundidade e natalidade, ocasionando o aumento da proporção de indivíduos idosos. Essa situação, conhecida como “transição demográfica”, é acompanhada por mudança da morbi-mortalidade, com aumento da incidência e da prevalência de doenças crónicas e da queda das doenças infecciosas, levando ao

aumento do número de pessoas incapacitadas, dependentes de cuidados de longa duração, um processo denominado “transição epidemiológica” (FRIES, 1980; KALACHE *et al.*, 1987).

Em 1996, escrevendo sobre autonomia e independência nessa fase da vida, Paschoal afirmava que a expectativa de vida está a aumentar em todo o mundo. Com isso, um número cada vez maior de indivíduos passa a sobreviver até aos 70-90 anos. O mesmo autor questionava-se sobre a qualidade dessa sobrevivência, como aumentar o vigor físico, intelectual, emocional e social dessa população até aos momentos que precedem a morte e como favorecer uma sobrevida cada vez maior, com uma qualidade de vida cada vez melhor, sendo que a maioria dos indivíduos deseja viver cada vez mais (PASCHOAL, 1996a).

Assim, viver cada vez mais tem implicações importantes para a qualidade de vida, a longevidade pode ser um problema, com consequências sérias nas diferentes dimensões da vida humana, física, psíquica e social. Esses anos vividos a mais podem ser anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias, anos marcados por doenças, por declínio funcional, por aumento da dependência, por perda da autonomia, por isolamento social e por depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem mantendo-se autónomos e independentes, a sobrevida aumentada poderá ser plena de significado (PASCHOAL, 1996a).

Portanto, em presença de uma “transição demográfica e epidemiológica”, avaliar a Qualidade de Vida dos idosos revela-se de uma importância fundamental.

Se no século passado o principal desafio na área da saúde era a sobrevivência, no séc. XXI será a qualidade de vida. As projecções da população portuguesa assentam para uma ligeira subida da faixa etária mais idosa. Nos próximos vinte anos haverá em Portugal mais idosos do que jovens. Com o envelhecimento das populações, a maior preocupação é garantir que todos tenham um envelhecimento saudável, que se define pela capacidade de funcionar autonomamente num contexto social determinado (OMS, 1987).

Para ajudar a uma resposta global nesta grande preocupação social, foi lançado pela OMS um programa sobre velhice e saúde, que está em curso desde 1995. As suas perspectivas são resumidas deste modo:

1. Tratar o envelhecimento como parte do ciclo da vida mais do que individualizar uma área de saúde específica da terceira idade;
2. Proporcionar saúde a longo termo: há uma crescente necessidade de um melhor conhecimento dos processos de envelhecimento saudável;



3. Estudar as influências culturais: o enquadramento em que os indivíduos envelhecem desempenha um papel importante no seu bem-estar e saúde;
4. Adotar perspectivas de orientação comunitária: por todo o lado, mesmo nos países mais ricos, a grande maioria das pessoas idosas vive na comunidade e é a esse nível que os problemas têm de ser resolvidos, frequentemente fora da área da saúde, mas com implicações para a saúde;
5. Reconhecer as diferenças de género: há diferenças importantes na saúde dos homens e das mulheres e nos seus modos de vida, que se tornam ainda mais visíveis com o envelhecer;
6. Fortalecer os laços intergeracionais: sublinham-se as estratégias que visam manter a união entre as gerações e uma compreensão natural das questões éticas, à medida que a população envelhece há questões vitais a serem consideradas, como apressar ou retardar indevidamente a morte, os direitos humanos, os cuidados de longa duração e os maus-tratos.

Segundo PAULINO (1991), o sucesso no idoso nem sempre reside na cura, mas sim em encontrar soluções que lhe permitam viver melhor com as suas doenças, tentando melhorar a sua autonomia no seu contexto social.

Com efeito, o modelo biomédico de doença está a ser progressivamente substituído devido ao crescimento do interesse pelas pessoas idosas, desenvolvendo-se uma perspectiva mais ampla que ultrapassa as questões biológicas da doença.

O modelo biopsicossocial inclui a consideração da influência social e do estado psicológico, o sistema de valores e outros factores complexos que podem influenciar o estado de saúde.

Para se alcançar o bem-estar social é preciso haver bom desempenho social. Na opinião de KANE (1987) há diversas dimensões de desempenho social para os idosos: as relações sociais, incluindo as familiares (sua frequência, sua natureza e sua qualidade), as actividades sociais (sua frequência, sua natureza e sua qualidade), os recursos sociais (incluindo rendimentos, habitação e condições ambientais) e o suporte social (que tipo de ajuda de outras pessoas recebe e com que tipo de ajuda se pode contar, caso necessário). BALDASSARE *et al.* (1984) mostraram que as relações sociais são factores preditivos importantes de felicidade, mesmo após se descontar os efeitos de diversas variáveis demográficas e de saúde. A ausência de solidão é o melhor factor preditivo de felicidade entre todas as variáveis de relações sociais. PIHLBLAD & ADAMS (1972) demonstraram que a amizade está fortemente associada à satisfação com a vida, assim como a participação em grupos

formais, em especial os religiosos. Acrescentam que os homens, perante a viuvez, têm uma alteração mais drástica na satisfação de vida do que as viúvas. No entanto, é evidente que pessoas abaixo dos patamares minimamente aceitáveis, carentes do mínimo necessário para a sobrevivência, socialmente excluídos, dificilmente poderão atingir graus satisfatórios de bem-estar.

Para COSTE (1993), a qualidade de vida da pessoa idosa depende de:

- Preparação física, psicológica e social para a reforma, prolongando o período de actividade e capacidade para viver autónomo;
- Minimização das dificuldades e do desconforto que as doenças crónicas possam provocar;
- Promoção de suporte emocional à pessoa idosa e família assegurando menor stress físico e mental perante doenças terminais.

FONT (1994) considera que o decréscimo da qualidade de vida se relaciona, fundamentalmente, com a existência de “mal-estar” psicossocial. Numa situação de doença, os sujeitos que preservam uma melhor Qualidade de Vida, são aqueles que:

- Utilizam estratégias de *coping* adequadas à situação;
- Mantêm expectativas elevadas em relação aos resultados;
- Mantêm uma sensação subjectiva de controlo sobre a doença e os seus efeitos, ou seja, possuem um alto nível de auto-eficácia.

Uma parte da literatura gerontológica tem trabalhado os conceitos de *envelhecimento bem sucedido*, *envelhecimento positivo* e *qualidade da velhice* de maneira semelhante, sob o ponto de vista da satisfação de vida e do estado de ânimo (*morale*), considerando que a satisfação de vida, de forma indirecta, representa qualidade de vida e é uma dimensão chave nas avaliações de estado de saúde na velhice (NEUGARTEN *et al.*, 1961; LAWTON, 1975; LARSON, 1978; PALMORE, 1979; HORLEY, 1984; BOWLING, 1995a). Investigadores de diversas áreas (psicólogos, sociólogos, gerontólogos) têm tentado medir o bem-estar, a satisfação e a felicidade, para entender o que as pessoas querem dizer com a expressão “boa vida” (BOWLING, 1995a). LARSON (1978) pesquisou os factores associados à satisfação de vida dos idosos e encontrou os seguintes: a saúde óptima, o aumento do nível socioeconómico, ser solteiro ou casado, e ter maior actividade social e organizacional. Em contrapartida, idade, raça, sexo e emprego não mostraram relação significativa. Para PALMORE & KIVETT (1975), os factores predisponentes mais importantes de satisfação de vida foram a saúde, a actividade social e o prazer sexual.

NERI (1993) faz uma revisão da pesquisa gerontológica sobre qualidade de vida na idade madura e na velhice, partindo do pressuposto de que, nessas fases, também é possível haver boa qualidade de vida, apesar da aparente contradição entre velhice e bem-estar. Afirma que várias disciplinas, no âmbito das ciências biológicas, da psicologia e das ciências sociais, têm a tarefa de identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar. A mesma autora considera que nesta fase da vida, a promoção de boa qualidade de vida é um empreendimento de carácter sociocultural, ultrapassando os limites da responsabilidade pessoal. Assim, qualidade de vida depende não apenas do indivíduo, mas da sua interacção com os outros e com a sociedade. Mostra que há uma multiplicidade de critérios e de indicadores, cada um influenciando de maneira diferente a vida das pessoas, com impacto desigual sobre o bem-estar subjectivo.

Para BALTES & BALTES (1990), uma velhice satisfatória é largamente mediada pela subjectividade e referenciada ao sistema de valores que vigoram num período histórico determinado, para uma dada unidade sociocultural. Estar satisfeito com a vida actual e ter expectativas positivas em relação ao futuro significariam um ajustamento pessoal e social, que proporcionariam um envelhecer bem. Conseguir esse ajustamento num período de perdas e crises de natureza biológica, psicológica e social resulta em satisfação com a velhice. Para estes autores, as variáveis mediadoras do ajustamento pessoal e social são o controlo pessoal (autonomia e sentimentos de eficácia pessoal) e o bem-estar psicológico. As perdas de papéis sociais e de *statu* entre os idosos levariam à depressão, a sentimentos de inferioridade, à dependência e ao desajuste pessoal e social.

NERI (1993) refere que a incapacidade de alterar o meio físico e social deixa nos idosos uma sensação de fracasso, que quando atribuído a deficiências pessoais, generalizadas e duradouras, levam à sensação de ineficácia. O sentimento de ineficácia pode ser exacerbado por diferentes preconceitos, quer dos idosos quer da sociedade. Acrescenta ainda que, quanto maior o sentimento de controlo pessoal, de capacidade de decisão e de comando, mais intensos são os sentimentos de satisfação e, por oposição, quanto mais baixos forem aqueles sentimentos, maiores as possibilidades de depressão, preocupação e desamparo.

Para FONTAINE (2000), a velhice bem sucedida está associada à reunião de três grandes categorias de condições reunidas em proporções variáveis, de acordo com as diferentes influências de desenvolvimento exercidas durante a vida de cada um: a primeira é a reduzida probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia; a segunda consiste na manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico, por vezes denominada velhice óptima; a terceira é a manutenção de empenhamento social e de bem-estar subjectivo.

Tendo os profissionais de saúde uma visão meta-paradigmática sobre a pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados, então é competência destes profissionais promover o bem-estar do idoso, ajudando-o a desenvolver o seu próprio projecto de vida e a reconhecer-se como pessoa de pleno direito.

A avaliação do idoso deve ter um cariz multidimensional, mediante a qual é possível a identificação de perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais, contribuindo, assim, para a elaboração de planos de intervenção, em que se dê ênfase à manutenção e/ou recuperação de capacidades, promovendo, desta forma, uma melhor qualidade de vida para o idoso.

#### *2.4.1. Importância de se Avaliar Qualidade de Vida no Idoso*

Se o estudo e a avaliação da qualidade de vida têm mostrado a sua importância em vários segmentos e disciplinas, eles revelam-se ainda mais importantes para a população idosa, cujas características específicas do envelhecimento e o contexto sociocultural tornam mais complicada a aferição da qualidade de vida dessa faixa etária.

Para Bowling (1995b), aferir qualidade de vida é um processo muito complexo, e os domínios que requerem avaliação entre os idosos incluem os problemas de saúde, que podem levar à incapacidade e à invalidez, às alterações da saúde mental, da habilidade funcional, do estado geral de saúde, da satisfação de vida, do estado de espírito, do controlo (autonomia) e do suporte social.

Face a esta enorme variedade de dimensões a serem aferidas, há necessidade de instrumentos multidimensionais que possam captar a enorme variabilidade dos diferentes grupos de idosos. Esses instrumentos devem considerar as especificidades dessa faixa etária, pois as populações idosas, em virtude dos seus valores e experiências de vida, diferem dos grupos etários mais jovens; além disto, factores relativos à idade afectam a saúde (dimensão importantíssima para a qualidade de vida na velhice) e diversas situações sociais (reforma, viuvez, dependência, perda de autonomia e de papéis sociais, entre outras) colocam obstáculos a uma vivência com melhor qualidade. Todos são factores que aumentam a complexidade da mensuração da qualidade de vida das pessoas idosas. Como refere FLETCHER (1992), o perigo é *avaliar apenas como o idoso se adapta a ser velho*.



## **CAPÍTULO III**

### **3. SAÚDE**

Segundo a OMS, saúde é um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, que não consiste somente na ausência de doença ou enfermidade”. O estado de saúde constitui o único objectivo do consumo de cuidados de saúde, sendo estes um bem ou um serviço, cujo consumo proporciona saúde (OMS, 1978).

Na prática não existe nenhum sistema do tipo de Serviço Nacional de Saúde (SNS) puro. A tendência geral é cada vez mais para um decréscimo do papel do Estado na prestação de cuidados, com introdução de mecanismos de concorrência interna no sector como forma de permitir uma maior efectividade dos custos e uma melhor qualidade dos serviços prestados.

Num modelo puro de mercado livre de concorrência, o Estado não financia serviços, não é proprietário e nem gere recursos. Cabe-lhe apenas fixar as regras de concorrência, ou seja, estabelecer as regras relativamente aos aspectos quantitativos e qualitativos dos cuidados de saúde.

Na prática também não existe um sistema puro de mercado livre de concorrência, porque torna-se necessário que o Estado garanta a regulamentação da qualidade dos cuidados, desenvolva programas de saúde pública e preste cuidados mais adequados.

Segundo a Lei de Bases da Saúde, Lei nº 48/90, de 24 de Agosto, o Serviço Nacional de Saúde tem como objectivo fundamental obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

A equidade é a distribuição justa de determinado atributo populacional, sendo a equidade em saúde vista como o acesso aos bens que promovem a saúde.

Embora para muitos autores o objectivo nuclear, o mais importante, da equidade seja a igualdade de acessos, a definição mais equilibrada de equidade surge por MOONEY (1982, 1986, 1997) quando defende que o acesso aos cuidados de saúde deve ser o mesmo para todos os indivíduos

(equidade horizontal), mas devem ser diferentes para indivíduos com necessidades diferentes (equidade vertical).

É assim fundamental garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objectivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Conceitos como os de saúde, de doenças de envelhecimento, de cuidados de saúde, de promoção da saúde, reflectem os valores, as crenças, os conhecimentos e as actividades, em suma, a cultura da sociedade. O conceito de saúde varia consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, científico e filosófico, espelhando a variedade de contextos de experiência humana.

Temos vindo a assistir nos últimos trinta anos a uma evolução da operacionalização do conceito de saúde. Hoje em dia falar de saúde é falar de vida. A saúde faz parte da existência de cada um e, tal como não há vida mas vidas, como não há velhice mas velhices, não devemos referirmo-nos à saúde como conceito único, pois ela é também conceptualizada por cada pessoa que percepção a sua saúde de acordo com o seu projecto, as suas crenças, os seus ideais, com tudo o que a faz viver.

Até há alguns anos, a saúde era mera ausência de doença, e se a longevidade era, em si, um bem supremo, hoje a longevidade já não é um factor essencial a uma “boa saúde”. O Homem saudável, descreve-se como alguém que se sente bem na sua pele, autónomo e independente, que pode fazer o que gosta e deseja, desenvolvendo plenamente o seu potencial. Face aos múltiplos agentes de stress, o ser humano tenta manter o equilíbrio e satisfazer as suas necessidades.

Ter saúde é... O suporte para uma vida autónoma e livre... Ter prazer em viver... Estar feliz.

Segundo BERGNER (1989), e sob a influência dos pensadores Dubos e Dunn, novos termos surgem no vocabulário da saúde: adaptação positiva, criatividade, qualidade de vida, integração, equilíbrio e ambiente. Quando as investigações passaram a adoptar perspectivas ecológicas, ou sistémicas, e a ter um carácter interdisciplinar, os conceitos – saúde, bem-estar e qualidade de vida – começaram a aproximar-se, constatando-se uma inter-relação clara entre si: o bem-estar é parte integrante da definição de saúde e a qualidade de vida não pode ser definida sem recurso a conceitos de saúde e de bem-estar.

Na mesma linha, RIBEIRO (1994) defende uma relação entre os conceitos, em que a qualidade de vida é o objectivo, e a saúde, o objecto da intervenção. Ou seja, intervindo sobre a saúde melhora-se a qualidade de vida. A saúde é, assim, entendida como um recurso pessoal para a vida de todos os dias.

### 3.1. Cuidados de Saúde em Geriatria

Ao pretendermos abordar a saúde dos idosos, encontramos-nos na convergência de várias questões que nos levam a diversos conceitos. Falar de saúde nesta faixa etária obriga-nos a partir de um conceito de saúde, a abordar a subjectividade que a saúde assume em cada idoso e a referir alguns factores que podem influenciar a sua saúde e as práticas quotidianas que lhe estão associadas.

O ciclo de vida é composto por diferentes etapas, correspondentes a momentos particulares do desenvolvimento. Durante as diferentes etapas da vida, os principais problemas de saúde resultam duma dinâmica biológica e psicossocial, onde a vida de cada pessoa é marcada por acontecimentos como são exemplo o nascimento de um filho, um divórcio ou uma morte.

De facto, são inúmeros os factores afectos, de forma negativa, à saúde física e mental dos idosos. As perdas pessoais, em especial as afectivas, os efeitos adversos de medicamentos, o ambiente e os estilos de vida podem afectar a sua independência e a qualidade de vida. Numa abordagem global e ecológica de saúde e de envelhecimento, há que reconhecer a diversidade de factores susceptíveis de a favorecer ou prejudicar, tendo em conta os aspectos que podem influenciá-la positiva ou negativamente. Esses factores podem ser: biológicos, pessoais ou socioculturais. Quanto mais numerosos ou mais intensos são os factores que intervêm no processo de senescência, mais complexa e difícil se torna delimitar a noção de saúde, em especial a saúde mental.

Os cuidados de saúde e de suporte social devem ser adequados à especificidade da população idosa, determinando a concretização de respostas cada vez mais globais, eficazes e humanizadas, que tenham em conta uma melhor organização e eficiência dos recursos disponíveis na comunidade.

A morbilidade dos mais velhos é um dos grandes desafios que se coloca neste novo século. Sabe-se que os mais incapazes são também os mais pobres e os que menos podem pagar os cuidados.

A apreciação do estado de saúde dos idosos é complexa, dado que decorre do conhecimento dos grupos, das atitudes culturais e dos estilos de vida.

Há dois aspectos a considerar na avaliação do estado de saúde dos idosos: a *percepção pessoal* e a *objectividade da avaliação*.

A *percepção pessoal*, própria, designa a avaliação individual do estado de saúde. É uma concepção subjectiva da saúde, de natureza individual. É a própria pessoa que ajuíza os seus limites e as suas capacidades. Não se centra apenas na doença ou na ausência desta, mas sim numa noção de autonomia e de capacidade funcional, sendo influenciada por factores como a idade, o sexo, o nível socioeconómico, a cultura e a natureza dos problemas de saúde. Mas o factor mais

importante é, sem dúvida alguma, a capacidade individual de adaptação, isto é, dos esforços que cada um desenvolve para se adaptar de maneira satisfatória e evoluir de uma forma contínua na saúde.

A *objectividade da avaliação* faz referência aos problemas reais da saúde, que são principalmente de ordem crónica, estando relacionados com o processo de senescência e com diversos outros factores, entre os quais se encontra a diminuição das reservas fisiológicas e o enfraquecimento dos mecanismos de homeostasia.

Na avaliação do estado de saúde de um indivíduo ou grupo, é necessário encontrar indicadores que auxiliem, do modo mais objectivo possível, a fazer o diagnóstico em si, medir a evolução desse estado, e medir também o impacto que as normas adoptadas tiveram sobre o mesmo estado de saúde.

Uma forma de quantificar a saúde de um idoso é através do grau de autonomia que ele possui e do grau de independência com que desempenha as funções do dia-a-dia, tendo sempre em conta o seu contexto socioeconómico e cultural. Pode medir-se a independência através do seu oposto – a dependência. Mede-se o quanto as pessoas são dependentes no desempenho das suas actividades diárias, levando em conta o desempenho físico, psíquico e social.

A avaliação deverá permitir a recolha de dados, relativamente à situação presente, nas seguintes dimensões:

### **1) Saúde Física**

#### *Percepção individual de saúde*

Trata-se do grau de conhecimento e compreensão do sujeito no que se refere aos seus problemas de saúde.

A concepção de saúde não depende apenas do facto de saber o que ela é, mas essencialmente de verificar como se manifesta de uma forma renovada e que em cada indivíduo assume um aspecto particular.

A saúde não passa só pelo saber e sentir, mas também pela sua compreensão, o que nos permite atribuir-lhe um determinado valor e significado.

#### *Estado Funcional Total*

A avaliação funcional deve ter um cariz multidimensional, uma vez que as alterações que surgem à medida que se envelhece dizem respeito a vários órgãos e sistemas, a mudanças no estilo de vida e



a condicionantes socioeconómicas, estando frequentemente presente doenças de evolução crónica.

Mediante uma avaliação multidimensional, é possível identificar perturbações funcionais, físicas, mentais e sociais e contribuir para um plano de intervenção e/ou recuperação de capacidades. Assim, as áreas a avaliar devem ser as mais capazes de predizer a possibilidade dos idosos se manterem a viver independentemente no seu domicílio, designadamente a capacidade funcional e locomotora, a morbilidade física e mental e, ainda, aspectos socioeconómicos.

## **2) Saúde Psíquica**

O bem-estar psíquico é um determinante fundamental de uma vida saudável, muitas vezes negligenciado pelos profissionais de saúde.

Demências e depressão são os distúrbios psiquiátricos mais frequentes nos idosos e necessitam de ser diagnosticados e tratados, se o objectivo for o de conseguir uma velhice com saúde.

O processo de envelhecimento é complexo, e o comportamento de cada indivíduo na velhice dependerá das alterações biológicas inerentes a esse processo, mas também, e principalmente, das suas vivências e das suas condições sociais e culturais. Isso torna impossível definir o que seria o envelhecimento psíquico normal. Os idosos têm maior risco de apresentarem doenças mentais como a depressão e a demência. A depressão na velhice manifesta-se frequentemente de maneira atípica, o que dificulta o seu reconhecimento (COSTA *et al.*, 2001). Por isso, é importante pesquisar depressão em todos os pacientes idosos e um dos instrumentos mais utilizados é a escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, que possui duas versões validadas, uma com quinze itens nos quais o ponto de corte é cinco e outra com trinta itens, com ponto de corte em onze (YESAVAGE *et al.*, 1983).

## **3) Saúde Social**

O desempenho social é um conceito amplo que abrange todas as actividades e relações humanas. A sua avaliação envolve uma investigação das interacções da pessoa com as outras e com o meio ou ambiente.

Há diversas dimensões do funcionamento social dos idosos, importantes para a sua avaliação gerontogeriátrica. A saber:

- As relações sociais – sua frequência, contexto e qualidade;

- As actividades sociais – sua frequência, natureza e qualidade;
- Os recursos sociais – incluindo rendimentos, habitação e condições ambientais;
- O suporte social – sua quantidade e qualidade – As pessoas idosas socialmente bem integradas podem ter capacidade aumentada de recuperarem de doenças e, com isso, uma maior probabilidade de sobrevivência;
- A sobrecarga e o stress que recai sobre a família em geral e sobre o cuidador em particular, quando convivendo e cuidando de idosos fragilizados e dependentes.

A família assume um papel vital no envelhecimento bem sucedido, porque é nela que o idoso continua a encontrar o seu melhor suporte emocional e o apoio às suas necessidades básicas. É tida como um serviço social básico, preenchendo um papel de cuidados para o qual não há facilmente substituto.

A complexidade do processo de envelhecimento obriga a uma abordagem multidisciplinar, integrando profissionais de saúde, de serviço social e de outras estruturas da comunidade e, principalmente, a família, aumentando os anos de vida saudável e diminuindo os anos de doença e incapacidade.

Urge, pois, implementar programas de saúde específicos ao nível dos cuidados de saúde e revalorizar socialmente o papel da pessoa idosa, promovendo a sua qualidade de vida e fomentando a sua participação na vida comunitária (BARRETO, 1988; HORMIGO, 1996).



## CAPÍTULO IV

### 4. DEPRESSÃO

As primeiras referências às perturbações de humor datam já desde tempos imemoriais. Na Grécia Antiga, a palavra “distimia” significava “dificuldade (*dis*) de ânimo/humor (*thimos*)”, ou seja, “mal-humorado”. Hipócrates, o médico grego, designava-a por “temperamento melancólico”. Na Idade Média, com a prevalência do pensamento mágico, a doença mental passou a ser encarada como uma manifestação demoníaca. O estado depressivo era considerado como castigo de uma existência culpável e os teólogos e filósofos afirmavam ser esta a consciência do pecado (FIRMINO *et al.*, 1990).

Kahlbaum, em 1863, fez a primeira descrição clínica daquele termo, considerando tratar-se de uma forma de melancolia crónica.

Na mesma linha, em 1921, Kraepelin faz referência ao “temperamento depressivo”, acreditando que ele seria a base da formação da psicose maníaco-depressiva.

Actualmente, a depressão é considerada o sintoma principal em mais de 50% das pessoas que vão a consultas externas. Este facto faz da depressão numericamente significativa e muito importante do ponto de vista humano, assumindo a forma de vida ou de morte, quando esta está associada à intenção suicidária (BELLAK, 1993).

#### 4.1. Definição do Quadro Clínico

A depressão clínica, enquanto entidade diagnóstica, tem sido classificada sob diversas formas. Têm sido feitas algumas distinções entre distúrbios unipolares e bipolares, e entre depressões endógenas e reactivas (neuróticas). Falar em depressão, dentro de um modelo de terapia cognitivo-comportamental, diz respeito a um distúrbio depressivo unipolar, não psicótico (ou seja, sem alucinações ou delírios).

Uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semipermanente do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo (Vaz Serra, 1990 cit. in AMARAL, 1997)

Neste sentido, a depressão clínica é particularmente diferente da variação de humor experimentada pela grande maioria das pessoas como reacção normal à perda, e que altera muitos aspectos do funcionamento normal do indivíduo (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

Quando as pessoas estão clinicamente deprimidas, sentem-se tristes e muitas vezes chorosas. Sentem-se culpadas e acreditam que estão sempre a desiludir as outras pessoas. Podem ficar mais irritadas, mais ansiosas e tensas do que é normal. Quando a depressão atinge quase o seu limite, podem mesmo perder a capacidade de reagir em termos emocionais. Torna-se difícil tirar prazer ou interessar-se por actividades normais que outrora se mostravam agradáveis. Domina a ausência de energia e tudo requer um esforço extraordinário. As actividades que faziam normalmente são abandonadas, passando longas horas sentadas numa cadeira ou deitados na cama. Existem grandes dificuldades de concentração, pelo que as pessoas deixam de conseguir ler o jornal ou ver televisão. Ficam muito preocupadas com quão mal se sentem e com as dificuldades (aparentemente insolúveis) que têm de enfrentar. Mesmo as funções corporais básicas podem ser afectadas. O sono torna-se difícil, o apetite diminui e o desejo sexual desaparece. A sensação que tal não terá fim, que nada melhorará a situação, que estão condenados, assume-se como extremamente perigosa e delicada na medida em que muitas vezes conduz a ideias suicidas e mesmo à sua consumação.

Deste modo, à medida que o desespero aumenta, os pensamentos suicidas tornam-se mais frequentes. Entre os doentes severamente deprimidos, 15% acaba mesmo por se suicidar (Coryell e Winokur, 1982, in SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

Apesar de os sujeitos deprimidos geralmente apresentarem o tipo de queixas que atrás referimos, há, contudo, alguns que referem patologia aparentemente orgânica, tal como: dores várias, taquicardia, dispneia, cefaleias, alterações gastrointestinais, fadiga permanente e outras queixas somáticas para as quais não se encontra base fisiopatológica responsável. Por outro lado, é muito frequente existir associação de queixas depressivas e de ansiedade, sendo muito frequente o doente queixar-se ainda de irritabilidade, de palpitações, de tonturas, de falta de ar, etc. (AMARAL, 1997).

Em muitos casos a depressão é limitada no tempo. Os episódios que não são tratados, geralmente desaparecem entre 3 a 6 meses. Todavia, as recaídas são frequentes, e cerca de 15 a 20% chegam

mesmo a deprimir. Por esse motivo, o objectivo do tratamento é não só acelerar a recuperação do presente episódio, como também assegurar uma boa prevenção de recaída.

## *4.2. Classificações da Depressão*

O facto de a depressão não ser uma doença homogénea faz com que não exista muitas vezes unanimidade acerca dos sistemas classificativos existentes. Ao longo do tempo tem-se feito um esforço no sentido de uma maior precisão e unanimidade nos diagnósticos psiquiátricos, e para tal têm contribuído as classificações internacionais. Os dois sistemas internacionais mais utilizados actualmente são a Classificação Internacional das Doenças [*International Classification of Diseases* (ICD-10, ou CID-10, em português)], sistema proposto pela Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)], proposto pela Associação Psiquiátrica Americana. O ICD-10 inclui uma classificação sobre Perturbações Mentais e do Comportamento, sendo a classificação oficial utilizada na Grã-Bretanha e de referência em muitos outros países europeus. É sobretudo uma classificação descritiva. Cada perturbação corresponde a uma categoria, a qual é listada e constituída por subdivisões. O DSM-IV é o sistema de classificação oficial da Associação Psiquiátrica Americana e tem tido alguma influência na Grã-Bretanha. Tem critérios operacionais rígidos de modo a efectuar um diagnóstico claro dos doentes que apresentam determinados grupos de sintomas na ausência de outros. Cada síndrome é definida por um conjunto de critérios práticos. No DSM-IV, cada uma das perturbações mentais é conceptualizada como uma síndrome ou padrão comportamental ou psicológico, clinicamente significativo, que se manifesta numa pessoa e que está associado com o mal-estar actual (sintoma doloroso) ou incapacidade (impedimentos de funcionar em uma ou mais áreas importantes), ou ainda com um aumento significativo do risco de se verificar morte, dor, debilitação ou uma perda importante de liberdade. Segundo o ICD-10, a depressão caracteriza-se por: humor deprimido e perda de interesse ou do prazer. Os sintomas associados, frequentemente presentes, são as perturbações do sono, os sentimentos de desvalorização ou de culpa excessivos, a fadiga ou a diminuição da energia, a dificuldade de concentração, a perturbação do apetite, os pensamentos ou actos suicidas, a lentificação ou agitação psicomotora (movimentos e discurso) com sintomas de ansiedade ou nervosismo frequentemente presentes.

Sendo o DSM o sistema mais utilizado, será na sua base que iremos apresentar breves considerações em relação à depressão.

Em 1968, com o DSM-II, surge uma entidade de diagnóstico designada por “Depressão Neurótica”. Nesta altura, pesavam mais os aspectos “caracteriológicos” do que os aspectos sintomatológicos, pelo que a depressão crónica estava classificada dentro dos distúrbios de personalidade e neuroses. Estes anos não foram muito frutuosa para o reconhecimento da importância das patologias de índole afectiva.

Em 1980, com a DSM-III, as depressões crónicas eram conhecidas com o nome geral de “Distúrbio Distímico”, desde que houvesse toda uma sintomatologia depressiva durante um período de pelo menos dois anos. A diferença entre esta perturbação e a Depressão Major era particularmente ténue. Só eram diagnosticadas como “Distúrbio Distímico” aquelas depressões que não preenchessem a severidade ou duração exigida para este diagnóstico. Deste modo, a Distímia passou de um Distúrbio de Personalidade Neurótico para um Distúrbio Afectivo de Humor.

No Distúrbio Distímico, os aspectos depressivos são essencialmente mais subjectivos, não se afastam muito daquilo que é o funcionamento normal do indivíduo, não há agitação ou lentificação severa, e são igualmente pouco comuns os distúrbios muito evidentes ao nível do apetite e da libido (AKISKAL *et al.*, 1995).

Habitualmente, o Distúrbio Depressivo Major consiste num ou mais episódios Depressivos Major discretos, que se podem distinguir do funcionamento habitual da pessoa, enquanto o Distúrbio Distímico se caracteriza por sintomas crónicos, mas menos intensos, que têm estado presentes durante muitos anos. Se o Distúrbio Distímico esteve presente durante muitos anos, é difícil distinguir a perturbação do funcionamento normal do indivíduo.

Os sintomas utilizados para definir Depressão Major e Distímia diferem mais em severidade e duração do que no tipo, levando alguns autores a questionar-se se serão realmente distúrbios separados.

Quando a Distímia e a Depressão Major coexistem, independentemente de qual surgiu primeiro, acredita-se que se trata de um fenómeno unitário que apenas pode ser definido num contínuo de severidade e cronicidade (Keller & Russell, *in* AKISKAL *et al.*, 1995).

Os doentes distímicos, muitas vezes, procuram ajuda quando a sua depressão se acentua até atingir um nível em que preenchem os critérios de Distúrbio Depressivo Major, levando a um quadro de “Depressão Dupla” (KELLER *et al.*, 1983).

A DSM IV-TR (2002) refere que numa Depressão Major pelo menos cinco dos seguintes sintomas estão presentes simultaneamente durante duas semanas, sendo que um deles é o humor depressivo ou perda de prazer ou do interesse:

1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias
2. Diminuição clara do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as actividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias
3. Diminuição ou aumento do apetite ou do peso significativos
4. Insónia ou hipersónia 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 pensamento ou da concentração ou indecisão quase todos os dias
9. Pensamentos recorrentes acerca da morte ou ideação suicida recorrente sem planos específicos ou, uma tentativa de suicídio ou, um plano específico para cometer suicídio

No caso da Perturbação Distímica (Distímia), está presente o humor depressivo durante a maior parte do dia, mais de metade dos dias, durante pelo menos 2 anos, ao qual se podem sobrepor episódios de Depressão Major.

O diagnóstico de depressão é particularmente difícil nos doentes idosos, dado que nestes os pensamentos recorrentes acerca da morte, a fadiga, a perda de apetite, a diminuição da libido, os distúrbios do sono e as dores são frequentes, mesmo na ausência de depressão.

### *4.3. Causas de Depressão*

No que respeita à etiologia da depressão é errado e ilusório procurar explicá-la com base num único factor. Ela resulta da interacção de múltiplos factores. O aparecimento e a evolução de um distúrbio depressivo implicam a interacção de uma série de variáveis biológicas, históricas, ambientais, culturais e psicossociais. Essas variáveis podem incluir, por exemplo, um mau funcionamento a nível neurológico, uma história familiar de depressão ou alcoolismo, a falta de um suporte social adequado, a perda precoce de um dos pais, acontecimentos de vida negativos, uma constante ausência de auto-estima, entre muitos outros (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

Contudo, e apesar de as doenças afectivas parecerem resultar do entrecruzamento de factores biológicos (genéticos, neuroquímicos e endocrinológicos) e psicossociais (vulnerabilidades pessoais, acontecimentos de vida, stress crónico, hostilidade reprimida e perda de suporte social adequado), não existe ainda uma teoria integradora. Os modelos biológicos da depressão colocam ênfase nos factores predisponentes e precipitantes. Os factores que assumem maior relevo nestas teorias são os factores genéticos, neuroquímicos e endócrinos. Dentro destes, faremos apenas referência aos factores neuroquímicos por serem aqueles que são referenciados como os mais frequentemente implicados com as patologias psiquiátricas do idoso.

Os estudos desenvolvidos no sentido de investigar os agentes e mecanismos implicados na depressão estão na base das várias hipóteses etiopatogénicas relacionadas com anomalias das aminas cerebrais (Ehlers *et al.*, 1988 cit. in AMARAL, 1997). Assim, na génese das doenças afectivas parecem estar implicadas três aminas: duas catecolaminas (noradrenalina e dopamina) e uma indolamina (serotonina). Considerando a hipótese do défice das aminas, existiriam depressões deficitárias em serotonina e outras em que o défice seria noradrenérgico. Contudo, não existem ainda provas definitivas do papel causal das alterações das monoaminas nas doenças afectivas (Firmino *et al.*, 1990 cit. in AMARAL, 1997).

Assim, a depressão pode ser vista como o tronco comum resultante de variáveis de predisposição e precipitação biológicas, desenvolvimentais, sociais e psicológicas (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

A alta incidência da depressão na população geral e as elevadas taxas de recaída após o tratamento justificam o interesse com que os investigadores procuram identificar os factores etiológicos da depressão. Embora reconhecendo que na depressão poderão estar envolvidas uma larga heterogeneidade de causas, actuando numa via comum que conduz à depressão, os modelos cognitivos têm teorizado sobre a possibilidade da existência de uma vulnerabilidade de natureza especificamente cognitiva (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Beck e colaboradores encaram a vulnerabilidade para a depressão como o resultado de um estilo cognitivo caracterizado pela utilização de regras inapropriadas ou demasiado rígidas para definição da sua conduta, do seu valor ou da sua felicidade. Quando confrontado por acontecimentos negativos relevantes em relação a estas atitudes, um indivíduo com atitudes disfuncionais deste tipo terá mais possibilidades de se deprimir do que outro indivíduo que não possua este estilo cognitivo (PINTO-GOUVEIA, 1990).

O modelo cognitivo propõe que as experiências primárias fornecem a base para a formação de conceitos negativistas acerca de si mesmo, do futuro e do mundo externo. Tais conceitos negativos (esquemas) podem estar latentes, mas podem ser activados por circunstâncias específicas que sejam



análogas às experiências originalmente responsáveis pelo surgir da atitude negativa. Situações de vida desagradáveis – e mesmo extremamente adversas – não produzem necessariamente uma depressão, a menos que a pessoa seja particularmente sensível àquele tipo específico de situação, pela natureza da sua organização cognitiva (BECK *et al.*, 1979).

No que respeita às experiências interpessoais, BANDURA (1977) referiu que o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas, cuja acção, por sua vez, influencia o indivíduo. Uma pessoa que entra em depressão pode afastar-se de outras pessoas significativas. Afastados dessa maneira, os “outros significativos” podem responder com rejeição ou crítica, os quais por sua vez, activam ou agravam a auto-rejeição e a autocrítica do próprio sujeito. Alternativamente, a rejeição por parte de outrem pode ser o primeiro elo na cadeia que conduz à depressão clínica (BECK *et al.*, 1979). As interpretações negativas daí resultantes levam o indivíduo (que agora pode estar clinicamente deprimido) a um maior isolamento. Assim, o círculo vicioso pode perdurar até que fique tão deprimido a ponto de poder tornar-se inacessível a tentativas de outrem no sentido de ajudá-lo e de lhe demonstrar amor e afeição (BECK *et al.*, 1979).

Uma relação interpessoal harmoniosa, por outro lado, pode fornecer protecção contra o desenvolvimento de uma depressão. O tratamento do deprimido é, com frequência, grandemente facilitado pelo uso de um membro da família ou amigo íntimo que sirva como representante da realidade social, para o auxiliar a testar a validade do seu pensamento negativista (BECK *et al.*, 1979). Paradoxalmente, um bom, forte e seguro sistema de suporte social pode fornecer uma prova da sua aceitação, impedindo as frequentes desvalorizações.

As manifestações mais rebuscadas da depressão podem desviar o clínico (assim como o deprimido) de chegar sequer a notar o ponto exacto de patologia significativa.

Quanto à predisposição para a depressão, a formulação proposta pela teoria cognitiva sobre o papel das estruturas cognitivas inadaptativas predisponentes baseia-se, em parte, na observação clínica prolongada, bem como na especulação lógica. Não nos parece plausível que os mecanismos cognitivos aberrantes sejam criados de novo a cada vez que um indivíduo vivencia uma depressão. Parece mais digno de crédito supor que ele tenha alguma anomalia relativamente duradoura no seu sistema psicológico. Assim, torna-se necessário fazer uma análise longitudinal em termos estruturais. Um conjunto de “estruturas cognitivas” (esquemas) disfuncionais, formado em época anterior, é activado quando a depressão é precipitada, seja por tensão psicológica, desequilíbrio bioquímico, estimulação hipotalâmica, ou qualquer outro agente (BECK *et al.*, 1979).

## 4.4. Clínica e Psicopatologia

### 4.4.1. Teoria Cognitivo-Comportamental

O modelo cognitivo fundamenta-se numa premissa segundo a qual as emoções e o comportamento de um indivíduo são determinados pela forma como ele estrutura o mundo. As suas cognições baseiam-se em esquemas desenvolvidos a partir de experiências prévias. As técnicas terapêuticas destinam-se a identificar, testar a realidade e corrigir as cognições distorcidas e as crenças disfuncionais (esquemas) subjacentes a essas cognições.

A Terapia Cognitiva da Depressão foi desenvolvida por Beck e seus colaboradores (Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979), sendo, neste momento, a terapia mais adoptada, mais extensivamente avaliada e de maior influência (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

Técnicas cognitivas e comportamentais complementam-na, sendo usadas com pacientes gravemente deprimidos para modificar o comportamento e para identificar cognições associadas a comportamentos específicos (BECK *et al.*, 1979).

A Terapia Cognitivo-Comportamental da Depressão pode ser conceptualizada como uma forma de resolução de problemas. Modificar os pensamentos automáticos negativos é um meio para atingir um fim, e não um fim em si mesmo: o objectivo da terapia é encontrar soluções para os problemas dos doentes, utilizando estratégias cognitivo-comportamentais, e não apenas para ajudar o doente a pensar mais “racionalmente”. A longo prazo, as mesmas estratégias são utilizadas para resolver problemas de vida (tais como dificuldades relacionais ou situacionais), e para prevenir, ou pelo menos atenuar, futuros episódios depressivos.

O modelo cognitivo da depressão surgiu e evoluiu à custa de observações clínicas sistemáticas e de testes experimentais (BECK, 1963, 1964, 1967 *in* BECK *et al.*, 1979).

Aaron Beck foi o primeiro autor a estabelecer uma teoria que procura abordar as relações específicas entre cognições e afecto depressivo (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Utilizando o material recolhido durante a terapia dos seus doentes deprimidos e comparando-o com o de outros grupos nosológicos, Beck procurou estudar a natureza dos processos de pensamento nos deprimidos, focando especialmente a sua atenção no conteúdo dos pensamentos verbalizados que reflectiam conceptualizações distorcidas ou irrealistas, nos processos envolvidos em desvios lógicos do pensamento e nas características formais da ideação que mostrava esse desvio, assim como a relação entre as distorções cognitivas e o afecto depressivo (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Beck verificou também que a ideação dos deprimidos se caracterizava pela predominância de temas de baixa auto-estima, de autocrítica e de auto-acusação, de responsabilidades e problemas esmagadores, de auto-instruções coercivas e desejos de fuga. Paralelamente a este conteúdo temático, as cognições dos deprimidos reflectiam diversos graus de distorção da realidade, mostrando um “erro sistemático” contra si mesmo, isto é, tendiam a distorcer a realidade das suas experiências, interpretando-as erroneamente em termos de fracasso pessoal, incapacidade, perda ou rejeição, e exagerando qualquer acontecimento que sugerisse informação negativa acerca de si mesmo. Estas distorções cognitivas caracterizavam todos os níveis de depressão, desde as depressões ligeiras até aos quadros depressivos severos (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Esta constatação levou Beck a encarar a depressão como sendo primariamente mais uma perturbação do pensamento do que do afecto, resultando da visão negativamente distorcida que o deprimido tem de si mesmo, das suas experiências e do futuro, e a postular que “a resposta afectiva é determinada pela forma como o indivíduo estrutura a sua experiência”. Os afectos depressivos típicos seriam, assim, evocados pelas suas conceptualizações erróneas sobre si mesmo e sobre as suas experiências. Se o doente se percebe incorrectamente como inadequado, abandonado, inferior ou pecador, ele experimentará os correspondentes afectos de tristeza, de solidão, de humilhação e de culpa (PINTO-GOUVEIA, 1990).

A capacidade para prever e dar sentido às próprias experiências é útil e, sem dúvida, necessária para o funcionamento normal. Contudo, algumas suposições são rígidas, extremas, resistentes à mudança, disfuncionais ou mesmo contraproducentes. Essas suposições têm que ver, por exemplo, com o que a pessoa considera necessário para ser feliz (“se alguém pensa mal de mim, não posso ser feliz”) (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

As suposições disfuncionais, por si sós, não causam uma depressão clínica. O problema surge quando ocorrem incidentes críticos que encaixam e activam o sistema de crenças pessoais do indivíduo. Por exemplo, a crença de que ser amada é essencial para a felicidade pode conduzir à depressão após uma rejeição. Uma vez activadas as suposições disfuncionais produzem uma avalanche de pensamentos automáticos negativos. “Negativos” porque estão associados a emoções desagradáveis; “Automáticos” porque surgem na cabeça das pessoas, sem serem produto de nenhum processo racional deliberado (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

PINTO-GOUVEIA (1990) refere-se a numerosos estudos feitos com deprimidos em que estes relatam 3 vezes mais acontecimentos de vida (acidentes críticos) do que os indivíduos do grupo de controlo. Mais ainda, depois de analisados esses acontecimentos de vida, verificou-se existirem 8

tipos de acontecimentos significativamente mais numerosos nos deprimidos do que nos controlos. Entre eles encontra-se a “doença pessoal física” como acidente crítico capaz de activar o sistema disfuncional de crenças do sujeito. Este autor refere, ainda, que os acontecimentos de vida classificados como indesejáveis, incontrolláveis, marcadamente ameaçadores ou que reflectem saídas do campo social e perdas significativas são aqueles que se mostram como mais capazes de contribuir para o início da depressão.

O esquema do Modelo Cognitivo da Depressão de A.T. Beck (SALKOVSKIS *et al.*, 1989) sugere que a experiência leva as pessoas a formarem suposições ou esquemas acerca delas e do mundo, que são posteriormente utilizadas para organizar a percepção e para orientar e avaliar o comportamento.

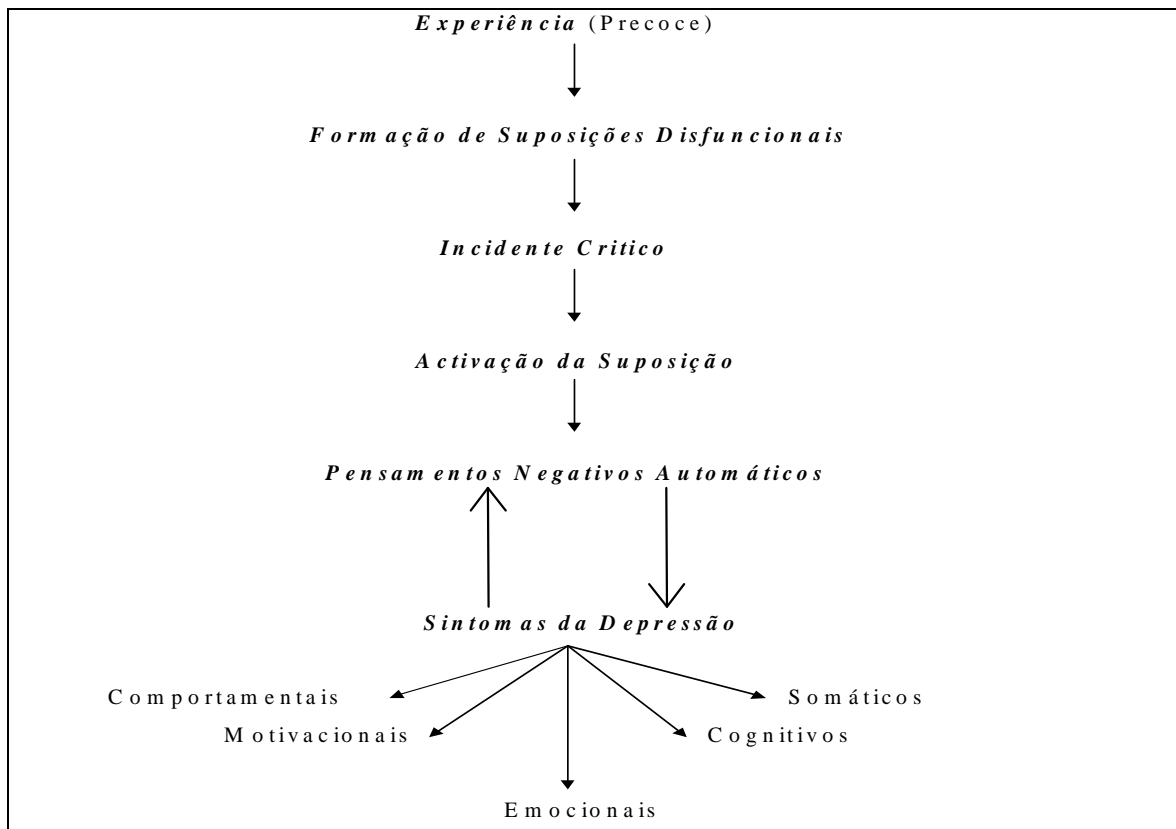


Figura 2: Modelo Cognitivo da Depressão de A.T. Beck  
Adaptado: Salkovskis *et al.*, 1989.

Os pensamentos automáticos negativos podem ser interpretações de experiências actuais, predições de acontecimentos futuros ou recolhas de coisas que aconteceram no passado. Estes, por seu turno, conduzem a outros sintomas da depressão: comportamentais (baixos níveis de actividade, abandono da tarefa); motivacionais (perda de interesse, inércia); emocionais

(ansiedade, culpa); cognitivos (dificuldades de concentração, indecisão) e somáticos (perda de apetite, perda de sono). À medida que a depressão evolui, os pensamentos automáticos negativos tornam-se cada vez mais frequentes e intensos e instala-se um círculo vicioso. Por um lado, quanto mais deprimida a pessoa fica, mais pensamentos negativos tem e mais acredita neles, por outro, quanto mais pensamentos negativos tem, e quanto mais acredita neles, mais deprimida fica (SALKOVSKIS *et al.*, 1989).

É, ainda, importante compreender que o facto de as cognições influenciarem o humor não implica que os pensamentos negativos causem a depressão.

O modelo cognitivo postula três conceitos específicos para explicar a evolução e manutenção da depressão: (1) a tríade cognitiva, (2) esquemas, e (3) erros cognitivos de processamento da informação (BECK *et al.*, 1979).

#### **4.4.1.1. A TRÍADE COGNITIVA**

As pessoas deprimidas processam a informação de forma distorcida, o conteúdo implica pensamentos negativos e gira em torno de determinados temas, que constituem as componentes da tríade cognitiva da depressão.

O conceito de tríade cognitiva, refere-se à existência, no conteúdo do pensamento do deprimido, de ideias negativas, relativamente espontâneas, acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, que manteriam o humor disfórico e o comportamento depressivo. Este tipo de cognições seria do género dos pensamentos automáticos e resultariam de distorções cognitivas originadas pela activação de esquemas depressogénicos, desenvolvidos a partir de experiências prévias. A ideação depressiva característica é encarada como o resultado da activação de três padrões cognitivos principais que levam o indivíduo a ver-se a si mesmo, ao seu mundo e ao futuro de uma forma negativa, e que constituiriam a tríade cognitiva primária (PINTO-GOUVEIA, 1990).

O primeiro elemento da tríade é a visão negativa que o doente tem de si mesmo. Ele apercebe-se de si como uma pessoa incapaz, inadequada, despropositada, privada de atributos físicos, mentais ou morais. Tende a atribuir as suas experiências negativas à sua incapacidade, incompetência ou outros presumíveis defeitos (BECK *et al.*, 1979). Tende a generalizar a partir do seu comportamento numa situação particular, inferindo desse comportamento características gerais de inferioridade ou incapacidade (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Acredita que devido aos seus defeitos é indesejável e sem valor, e critica-se ou subestima-se por esses defeitos. Além disso, acredita não possuir os atributos que considera essenciais à obtenção dos seus objectivos e bem-estar, criticando-se e auto-acusando-se por isso.

O segundo elemento da tríade consiste na tendência para interpretar as suas experiências de uma forma negativa e ter uma visão negativa do mundo, traduzindo-se na forma como o deprimido constrói as suas experiências, atribuindo-lhes um sentido de depreciação, frustração, fracasso ou perda (BECK *et al.*, 1979).

O paciente deprimido vê o mundo que o rodeia como exigente, fazendo-lhe sempre solicitações difíceis e/ou colocando-lhe obstáculos insuperáveis e impeditivos para atingir os seus objectivos de vida. Interpreta as suas interações com o meio ambiente como comprovações de derrota. Estas falsas interpretações tornam-se evidentes quando o paciente traduz, de modo negativista, situações para as quais existem interpretações alternativas mais plausíveis (BECK *et al.*, 1979). As experiências são distorcidas de forma a se adaptarem às suas conclusões negativas pré-formadas. As experiências positivas são minimizadas, e os seus fracassos, sobrevalorizados (PINTO-GOUVEIA, 1990).

A última componente da tríade cognitiva consiste numa visão negativa do futuro. À medida que o deprimido faz previsões a longo prazo, considera que as suas dificuldades ou sofrimentos presentes se prolongarão indefinidamente como uma extensão e continuação do seu sofrimento presente. Prevê sofrimentos, frustrações e privações incessantes. Quando considera a hipótese de se encarregar de uma tarefa específica no futuro próximo, espera falhar (BECK *et al.*, 1979). Vê-se assim condenado a viver um futuro no qual só espera sofrimento, privação e fracassos, e que se lhe apresenta portanto como sem valor e sombrio (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Os demais sinais e sintomas (afectivos, motivacionais, físicos e comportamentais) do depressivo são consequência da activação de padrões cognitivos negativos. Se, por exemplo, um indivíduo acredita erradamente que é uma nulidade em termos sociais, sente-se só.

Os sintomas motivacionais (falta de vontade e interesses, desejo de fugir ou evitamento) podem ser explicados como consequências das cognições negativas. A falta de interesses e de força de vontade resulta das antecipações negativas que o deprimido faz em relação ao seu futuro, e o consequente desânimo, desespero e pessimismo. Se ele antevê um resultado negativo, acreditando erroneamente que todas as acções estão destinadas ao fracasso, não irá comprometer-se com nenhum objectivo ou tarefa (BECK *et al.*, 1979).

A dependência destes indivíduos também é compreensível em termos cognitivos. Eles tendem a procurar ajuda e segurança nos outros, que consideram mais competentes e capazes, pois consideram as tarefas normais como excessivamente difíceis e acreditam não serem capazes de as realizar. As ideias de evitamento e escape estariam relacionadas também com as expectativas de

fracasso, frustração e sofrimento sendo os impulsos suicidas a expressão extrema do desejo de escape a esse sofrimento antecipado (PINTO-GOUVEIA, 1990).

O modelo cognitivo explica também os sintomas físicos da depressão. A lentificação motora, fadigabilidade, apatia e falta de energia podem resultar da crença do indivíduo de estar condenado ao fracasso em todos os seus esforços, o que seria congruente com a visão negativa de si mesmo, a sensação de futilidade ligada à visão negativa do futuro e a perda de motivação espontânea (BECK *et al.*, 1979).

Embora todas as pessoas tenham pensamentos negativos de vez em quando, nas pessoas gravemente deprimidas estes pensamentos já não são irrelevantes, pois predominam no seu conhecimento consciente (Beck, 1991 *in* CABALLO, 1997). Além disso, os indivíduos deprimidos não acreditam que tenham o direito ou a capacidade para responder a estes pensamentos de uma forma positiva e adaptativa.

#### 4.4.1.2. ESQUEMAS

As regras utilizadas no processamento da informação não são referidas directamente pelo próprio indivíduo nem são observáveis pelos outros. São os esquemas que determinam as situações consideradas como relevantes para a pessoa e os aspectos das experiências que são fundamentais para a tomada de decisão.

O conceito de esquema é utilizado para explicar a organização estrutural do pensamento do deprimido, nomeadamente o porquê destes indivíduos manterem atitudes causadoras de sofrimento e ideias autoderrotistas, mesmo frente a provas objectivas de acontecimentos positivos da sua vida (BECK *et al.*, 1979).

As alterações cognitivas reflectidas na tríade cognitiva negativa são vistas como resultantes do papel predominante que esquemas idiossincráticos específicos (esquemas depressogénicos) assumem no modulamento dos processos de pensamento do deprimido. Estes esquemas, que estariam relativamente inactivos durante o período não depressivo, tornar-se-iam progressivamente mais prepotentes na modulação dos processos de pensamento à medida que a intensidade da depressão aumentasse. Esquemas idiossincráticos hiperactivos de conteúdo negativo seriam assim responsáveis não só pelas cognições negativas do deprimido acerca de si mesmo, do mundo e do futuro, mas explicariam também as distorções e conceptualizações erradas que o deprimido faz das suas experiências, apesar de evidências contraditórias a essas interpretações (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Qualquer situação é composta por um conjunto de estímulos. O indivíduo volta-se selectivamente para estímulos específicos, combina-os num padrão e conceptualiza a situação. Uma pessoa tende a ser coerente nas suas respostas a tipos semelhantes de acontecimentos. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base da regularidade nas interpretações de conjuntos específicos de situações. O termo “esquema” designa esses padrões cognitivos estáveis. Quando uma pessoa depara com uma circunstância particular, é activado um esquema relacionado com aquela circunstância. O esquema constitui a base para examinar, diferenciar, seleccionar, avaliar e codificar os estímulos com que o indivíduo se confronta, tendo um papel determinante na forma como este conceptualiza e interpreta as suas experiências situacionais, categorizando-as e atribuindo-lhes um significado. Ele categoriza e avalia as suas experiências através de uma matriz de esquemas. Os tipos de esquemas utilizados determinam como um indivíduo irá estruturar experiências diversas.

O esquema é a base para moldar a transformação dos dados em cognições. Um esquema pode permanecer inactivo por longos períodos de tempo, mas ser activado por informações específicas enviadas pelo meio (BECK *et al.*, 1979). Os esquemas são entendidos como estruturas cognitivas organizadoras relativamente estáveis, que orientam o processamento da informação (PINTO-GOUVEIA, 1990). Os esquemas teriam ainda um papel mais global na actividade cognitiva, padronizando também a corrente de associações e rumações que ocorrem independentemente da estimulação externa.

A formação e manutenção destes esquemas são explicadas através de um modelo desenvolvimental. A criança forma os seus conceitos acerca de si e do mundo através das suas interacções com os outros e da sua experiência pessoal. Os seus autoconceitos são conjuntos de generalizações que faz, com base no julgamento que os outros fazem dela, na sua experiência pessoal e através do modelamento de figuras significativas. Uma vez formados determinados conceitos ou atitudes, eles vão influenciar a forma como as experiências subsequentes são interpretadas, contribuindo assim para esse conceito ficar mais fortemente estabelecido. Se esse conceito não se extinguir [através de experiências (des) confirmatórias] ele vai se estruturando, tornando-se uma estrutura cognitiva – **esquema**. Os conceitos, crenças ou atitudes que assim se vão formando ao longo do desenvolvimento podem ser adaptativos e facilitadores de interacções ajustadas com o meio ambiente, ou desviarem-se da realidade e facilitarem perturbações psicológicas. Estes esquemas estão na base das “suposições silenciosas” que acompanham o indivíduo durante toda a vida, determinando as suas cognições e o significado pessoal das experiências do dia-a-dia (PINTO-GOUVEIA, 1990).



Os esquemas activados numa situação específica determinam directamente o modo como a pessoa responde (Beck *et al.*, 1979). Na depressão, as interpretações do paciente acerca de situações específicas são distorcidas para se ajustarem aos esquemas disfuncionais predominantes. À medida que estes esquemas se tornam mais activos, são evocados por uma variedade mais ampla de estímulos que se relacionam com eles menos logicamente. O paciente perde controlo sobre os seus processos de pensamento e fica incapaz de evocar outros esquemas mais adequados (BECK *et al.*, 1979).

A organização cognitiva depressiva chega a tornar-se de tal forma autónoma que os estímulos externos deixam de ter significado e o indivíduo deixa de responder a mudanças no seu meio imediato (BECK *et al.*, 1979).

#### 4.4.1.3. ERROS DE PROCESSAMENTO COGNITIVO

A presença de distorções e conceptualizações erróneas da realidade no pensamento do deprimido traduz a existência de erros cognitivos no processamento da informação (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Os erros de processamento cognitivo preservam a crença do paciente na veracidade dos seus conceitos negativistas, a despeito da presença de evidência contraditória (BECK *et al.*, 1979).

Beck e colaboradores (1979) apontam seis erros lógicos que seriam frequentes no deprimido:

- 1) Inferência Arbitrária – (conjunto de respostas) refere-se ao processo de se chegar a uma conclusão específica na ausência de provas para sustentá-la, ou quando as provas são contrárias à conclusão.
- 2) Abstracção selectiva – (conjunto de estímulos) consiste em focalizar um detalhe retirado do contexto, ignorando outros aspectos mais salientes da situação e interpretando a totalidade da experiência com base nesse fragmento.
- 3) Sobregeneralização – (conjunto de respostas) refere-se ao padrão segundo o qual se chega a uma regra ou conclusão geral na base de um ou mais incidentes isolados, e se aplica o conceito a situações relacionadas e não relacionadas ao incidente (generalizar as conclusões de diversas situações com base num acontecimento isolado).
- 4) Magnificação e minimização – (conjunto de respostas) distorção do grau de importância de um acontecimento por sobrevalorização ou subvalorização.
- 5) Personalização – (conjunto de respostas) atribuição pessoal de acontecimentos externos quando não existe base para estabelecer essa relação.
- 6) Pensamento dicotómico, absolutista – (conjunto de respostas) avaliação dos dados da experiência em termos de categorias mutuamente exclusivas e opostas. Na descrição de si mesmo, o paciente seleccionou a categorização negativa extrema.

#### 4.4.2. Teoria Psicanalítica

A partir da importância da perspectiva psicogenética na delimitação etiopatogénica das perturbações do funcionamento mental do indivíduo, as teorias do campo psicanalítico atribuem, por via de regra, um papel significativo quer à angústia ligada aos conflitos entre instâncias do aparelho psíquico (traduzidas em dificuldades na ligação objectal) quer a acontecimentos traumáticos relativamente precoces, e insuficientemente sublimados, na génese do sintoma psíquico.

No que diz respeito aos distúrbios afectivos, e mais particularmente à doença depressiva, a teoria psicanalítica das neuroses avança a hipótese *princeps* de que os sintomas depressivos se assemelham aos sentimentos do “luto” pela perda de um ente querido. Assim, S. Freud, no seu ensaio sobre “luto e melancolia” (“*Mourning and Melancholia*”) propõe que a libido (a energia psíquica ligada às pulsões) do sujeito enlutado é inicialmente direccionada a imagens e pensamentos acerca da pessoa perdida, e depois redireccionada para o mundo externo através de um processo que ele designou por “trabalho do luto” – e que consiste numa adaptação realista a viver sem o objecto amado. As pessoas deprimidas, segundo Freud, são como as pessoas em “luto” que não sabem (de forma consciente) o que foi que perderam. Na infância foram privados de um dos pais ou de outro ente querido, geralmente por um processo de ausência ou de retirada do afecto. Eles incorporam a imagem dessa pessoa, mas sem assimilá-la. A libido retirada do objecto amado é, então, dirigida à sua imagem incorporada, sob a forma de um sentimento de raiva que é reprimido por algum tempo, até que uma qualquer perda ou desilusão amorosa posterior contribua para reactivar o sofrimento depressivo inicial, que é então acompanhado de autocrítica e de culpa, em consequência do processo de reversão interna (egóica) da raiva sentida pela perda inicial. Como a fonte e o objecto do sofrimento são inconscientes, este sentimento é difícil de dissipar; os sintomas não são encarados e resolvidos, ao contrário, eles persistem e voltam a aparecer.

Freud deixou claro que, do ponto de vista da teoria psicanalítica, devem diferenciar-se alguns aspectos quando se procura uma compreensão psicopatológica dos diferentes estados depressivos, e refere que “o luto, de um modo geral, é a reacção à perda de um ente querido, à perda de alguma abstracção que ocupou o lugar de um ente querido, como o país, a liberdade ou o ideal de alguém. Em algumas pessoas, as mesmas influências produzem melancolia em vez de luto; por

consequente, suspeitamos que essas pessoas possuem uma disposição patológica" (cit. in HERREROS, 2001).

Deste modo, o estado de "luto", por mais intenso que seja, é uma condição normal da vida, e não deve ser tomado como um estado patológico, não devendo, como tal, ser submetido a tratamento médico. O "luto" deve ser superado com o tempo, por mais difícil que isso possa ser. Já no que se refere à melancolia, podem ser identificados traços psicopatológicos bastante característicos: desânimo profundo, falta de interesse no mundo, perda da capacidade de amar, diminuição da auto-estima e comportamentos de auto-recriminação. Por outro lado, MATOS (2001) refere que "o sintoma patognomónico da depressão é a baixa *auto-estima*" (pág. xvi). O mesmo autor afirma que o afecto destinado ao objecto amado, que deixou de existir, deve ser retirado dele e retornar ao próprio sujeito. Deste modo, a abordagem terapêutica psicanalítica opera uma inversão do processo patológico. Torna-se, então, necessário ajudar estes pacientes a entenderem o significado profundo da perda ressentida, a identificarem os sentimentos envolvidos, a melhorarem a sua auto-estima, a mudarem os padrões de comportamento disfuncionais e a lidarem com os conflitos objectais passados, reactivados pelos sentimentos depressivos actuais, de um modo inovador.

"O luto na presença do objecto e o luto na ausência do objecto são fenómenos completamente diferentes e implicam trabalhos mentais de natureza distinta, devendo ser discriminados, quer em termos de um processo de luto, quer em termos de um processo depressivo propriamente dito." (DIAS & MAGALHÃES, 2000, pág. 183). É que, tal como referido por DIAS & MAGALHÃES (2000), é muito mais complexo o luto na presença do objecto do que na ausência deste, pela complexidade dos mecanismos que implica. A perda do objecto sob forma da sua perda total (por exemplo, a morte) põe em marcha mecanismos muito mais resolutivos, a que Freud chama o trabalho de luto.

Já no que diz respeito ao processo da melancolia, MATOS (2001) considera que o sujeito não pode ter consciência daquilo que foi perdido. Assim, como explica: "Na depressão psicótica ou melancolia, a regressão oral narcísica é maciça e as distinções entre a realidade fantasmática e a realidade objectiva e entre o Eu e o objecto apagam-se." (pág. 148.) O melancólico perdeu um objecto e junto com ele perdeu uma parte do seu narcisismo, o que o leva a sentir-se empobrecido, já que uma parte do seu ego foi irremediavelmente perdida. É exactamente esse factor que determina a perda severa da auto-estima no melancólico.

Freud, citado por DIAS & MAGALHÃES (2000), refere que existem três condições para que um processo melancólico se verifique:

A perda do objecto

A ambivalência

A regressão da libido ao Eu

Contudo, segundo os autores DIAS & MAGALHÃES (2000), Freud enfatiza o carácter radicalmente narcisista implícito no processo melancólico quando refere que é a regressão da libido ao Eu a única condição que é específica do processo melancólico, já que tanto a perda do objecto como a ambivalência se podem encontrar noutros processos ou circunstâncias.

A teoria psicanalítica elege a perda como o problema central da depressão, sendo que esta perda atinge sempre o indivíduo no plano narcisista. Ela pode ocorrer ao nível fantasmagórico (sujeito-sujeito) ou ao nível da relação de objecto, um objecto separado, mas sobre o qual se opera uma identificação projectiva, de tal forma que entre sujeito e objecto não existe separação.

A mente funciona selectivamente, expulsando da mente os aspectos do objecto que não se articulam com a representação que tem de si. No caso da depressão, apenas ficam (orbitam) os aspectos desvalorizados e desqualificados, sendo expulsos (*split off*) os aspectos bons. Este processo implica sempre, como referem DIAS & MAGALHÃES (2000), divisão, separação e projecção, bem como a negação do *Self* não incluído. Os mesmos autores assinalam que neste processo não existe memória, de facto tudo o que havia de bom desapareceu. Cabe ao psicoterapeuta manter a história do sujeito, trabalhar aquilo a que Freud chamou de *Eu Ideal* e que é colocado pelo analista ora fora ora dentro do sujeito.

Esta breve sinopse da abordagem psicanalítica dos estados depressivos permite, então, concluir que existe uma distinção entre momentos depressivos (ligados ao “trabalho de luto” inerente ao crescimento psíquico do indivíduo), depressão (indissociável dos processos de representação mental) e melancolia, sendo que, estes últimos, pelo carácter impensável de uma perda objectal que esvaziou o *Self*, interferem gravemente na vida psíquica do indivíduo (incapacidade de pensar, vazio da memória, ausência de tónus afectivo). Segundo Amaral Dias, “para uma pessoa existir com outra, tem de existir primeiro consigo própria (...). Estas pessoas ainda vão a caminho de ser pessoas: se há lugar aonde a análise tem mais valor, até heurístico, é nestas situações – com a análise, estas pessoas passam a ter uma personalidade. (...) Se a pessoa vive em identificação narcísica, na superfície com o outro, não ‘é’. Só a partir da identificação introjectiva a pessoa ‘é’.” (DIAS & MAGALHÃES, 2000, págs. 203-204.)

#### 4.5. Epidemiologia Descritiva da Depressão

A depressão representa não só uma das perturbações psiquiátricas mais frequentemente encontradas na prática clínica, como também aquela que confronta o técnico de saúde mental com situações mais dramáticas (PINTO-GOUVEIA, 1990). Os dados obtidos por alguns estudos epidemiológicos permitirão situar mais objectivamente a importância da depressão no contexto das perturbações psicopatológicas.

Em 1973, Schuyler e Katz afirmavam já que cerca de 12% da população adulta tinha tido ou iria ter um episódio de depressão de suficiente gravidade clínica para justificar um tratamento (in BECK *et al.*, 1979). A taxa de suicídios, considerada como um índice de incidência da depressão, havia aumentado naquela década (*ibidem*) e a depressão respondia por 75% de todas as hospitalizações psiquiátricas e, independentemente do ano considerado, 15% de todos os adultos entre 18 e 74 anos podem sofrer de sintomas depressivos significativos.

Em 1981, BOYD & WEISSMAN, numa revisão de vários estudos epidemiológicos da depressão na população geral, calcularam que a prevalência pontual dos sintomas depressivos (avaliados por escalas de auto-avaliação de sintomas depressivos), variava entre 9 e 20%. Também neste estudo de revisão, os autores calcularam que a percentagem de indivíduos que corriam o risco de desenvolver um episódio depressivo não bipolar ao longo da vida (*lifetime risk*), se situava entre os 8 e 12% para os homens, e 20 e 26% para as mulheres. O mesmo autor também referia que estudos da população que frequenta consultas de medicina geral têm verificado que a depressão está presente em 15 a 25% desses doentes. Nas consultas de psiquiatria esta percentagem sobe para 65 a 75%. Em termos pessoais, o risco de suicídio representa, no entanto, a consequência mais grave da depressão, contribuindo para que esta situação clínica se apresente como a mais letal das perturbações psiquiátricas. Dados do *National Institute of Mental Health* apontam que dos 22 mil suicídios cometidos anualmente nos Estados Unidos, mais de 80% estavam relacionados com um episódio depressivo nos meses antecedentes (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Em 1989, FENNELL escrevia que, em alguma altura das suas vidas, 15 a 20% de adultos sofrem de níveis significativos de sintomatologia depressiva e, em 1990, PINTO-GOUVEIA refere que a depressão é de tal modo frequente e está de tal modo disseminada pelo mundo que já é comum chamar-lhe “a constipação da psicopatologia”.

Em termos familiares, este distúrbio também tem grandes custos emocionais. A frequência de conflitos conjugais e familiares aumenta significativamente quando um dos membros experiencia um episódio depressivo, conduzindo em alguns dos casos ao divórcio.

Em termos económicos, a diminuição do rendimento no trabalho e o absentismo contribuem, juntamente com os custos do tratamento, para os elevados custos sociais associados à depressão (PINTO-GOUVEIA, 1990).

Por razões desconhecidas, a taxa de depressão em mulheres, nas nações industrializadas, é aproximadamente duas vezes mais elevada do que nos homens (Brown & Harris, 1978 *in* SALKOVSKIS *et al.*, 1989). A proporção é então de 2:1, subindo para 5:1, se forem considerados os casos mais leves de depressão (Lehmann, 1971, *cit.*, *in* AMARAL, 1997). Em Portugal, a proporção assinalada tem variado entre 2,4:1 e 3:2 (VAZ SERRA, 1972, 1990 *in* AMARAL, 1997).

O factor idade e a sua relação com a depressão são um dos factores mais controversos na literatura epidemiológica. Contudo, de uma maneira geral, parece que o risco de depressão no homem tende a aumentar com a idade, sobretudo a partir dos 50 anos, enquanto nas mulheres o pico de incidência se situa por volta dos 25 anos (Firmino *et al.*, 1990, *cit.* *in* AMARAL, 1997).

Dois terços dos pacientes deprimidos são mulheres, embora os dois sexos apresentem igual predisposição para a maioria dos outros distúrbios mentais. A diferença entre os sexos é aparentemente similar em muitas partes do mundo e em todos os níveis socioeconómicos e de escolaridade, porém não há evidências convincentes de que a explicação seja genética ou que envolva alguma característica do ciclo reprodutivo feminino. As famílias de homens deprimidos apresentam a mesma taxa de depressão que as famílias de mulheres deprimidas, e os distúrbios bipolares ocorrem em taxas iguais em ambos os sexos. Nem o aborto nem a menopausa geralmente causam depressão. Uma explicação proposta para a aparente diferença entre os sexos na predisposição aos transtornos afectivos é a menor probabilidade de os homens procurarem um médico ou profissional de saúde mental quando se sentem infelizes. Entretanto, as mulheres apresentam maior taxa de depressão mesmo em pesquisas conduzidas em comunidades de pessoas que nunca procuraram ajuda profissional. Entre mórmones, judeus e outros grupos que apresentam baixa taxa de alcoolismo, a depressão major é tão comum num sexo quanto no outro o que pode apontar para o escamotear da depressão com o consumo de álcool. Alguns teóricos referem que a probabilidade de os homens admitir ou mesmo ter consciência de seus sentimentos é menor. Outros afirmam que muitas mulheres foram educadas para a falta de expectativa e a passividade e colocando nas mãos de terceiros a própria auto-estima. Afirma-se também que as mulheres são mais sensíveis às relações pessoais e, portanto, mais vulneráveis à perda de entes queridos. Alguns casos de depressão podem resultar de abuso físico ou sexual. Num casamento infeliz, é três vezes mais provável que a esposa se deprima do que o marido, e quanto mais filhos pequenos a mulher tiver, maior será a probabilidade de ela ficar deprimida. Tendências a longo

prazo na distribuição do poder político e das funções sociais parecem estar a alterar a situação actual, como sugerem os estudos indicativos de que a diferença entre os sexos em termos da incidência de depressão vem diminuindo ao longo do século XX (NEUROPSICONEWS, 1998).

Em 2003, um estudo que pretendia avaliar o perfil dos pacientes em ambulatório geriátrico (LINHARES, GUIMARÃES, CAMPOS, CARVALHO, COELHO, 2003) revela através da pontuação do GDS que 26,7% dos idosos apresentavam depressão moderada e 10% depressão severa, sendo que destes, 85% eram mulheres que eram viúvas e apresentavam rendimento e nível de instrução mais baixo do que dos homens.

As mulheres verbalizam mais os seus sentimentos disfóricos que os homens, o que justifica, segundo os autores, que existam mais mulheres em ambulatório geriátrico que homens.

Em 2005, STECK *et al.*, num estudo que pretendia avaliar se a depressão podia ser fatal em idosos que se sentiam sós, verificou que a prevalência da depressão era de 23%, estando associada ao estado civil, à institucionalização e à solidão percebida, sendo que quando estavam associadas a depressão (medida pelo GDS) e a solidão (medida pela UCLA) o risco de mortalidade era 2,1 vezes maior que quando estes aspectos se encontravam isolados.



## **CAPÍTULO V**

### **5. SOLIDÃO**

Em 1959, FROM-REICHMANN publicou um artigo de psiquiatria intitulado «Solidão», que veio a ser o catalisador da pesquisa sistemática nesta negligenciada área de estudo. Nas duas décadas seguintes, pensadores de várias áreas começaram a desenvolver as bases teóricas para a compreensão da solidão (SLATER, 1976; WEISS, 1973). Em 1982, PEPLAU & PERLMAN editaram um trabalho que continha algumas das completas representações da teoria construtiva e da pesquisa sobre solidão até aquele momento (PEPLAU & PERLMAN, 1982). Desde então, o nosso conhecimento e compreensão da solidão tem aumentado, ao ponto de começar a incorporar esta condição na prática clínica – porque milhões de pessoas sofrem de solidão todos os dias (CUTRONA, 1982) e esta é fundamentalmente debilitante, torna-se indicado que tanto os clínicos como os investigadores estejam atentos como condição em inter-relação com outras condições. Ainda assim e apesar da solidão fazer parte da associação de diagnósticos de enfermagem da América do Norte (Nanda) (CARPENTINO, 1995), não foi ainda incorporada no Manual de Estatística e Diagnóstico (DSM-IV), nem listado no índice de trabalhos. Uma razão para esta omissão pode ser, segundo BOOTH (2000), a falta de familiaridade dos clínicos com o conceito como um constructo isolado/discreto, mas apenas ser compreendido como correlacionado com outras patologias, nomeadamente a depressão.

A definição é de facto um problema, pois a solidão não é uma condição fácil de definir, é muito mais fácil descrevê-la. O desafio conceptual emerge, em parte, das diferentes perspectivas da pesquisa sobre o problema.

Em todas as áreas das ciências, incluindo a psicologia e outras ciências humanas, a nosologia sucede à epistemologia, isto é, o método de nomear a condição deriva da forma de pensar a condição, por exemplo:



As explicações sociológicas referem que as causas de solidão se situam fundamentalmente fora do indivíduo, percebida como um atributo distribuído normalmente no seio da população. A perspectiva interaccionista defende que a solidão é um produto combinado dos efeitos provocados por factores situacionais e de personalidade. Nesta linha, WEISS (1957) distinguiu dois tipos de solidão: solidão social – em que uma pessoa se sente só e insatisfeita, por causa da falta da rede social de amigos e de pessoas conhecidas; e solidão emocional – em que está só e insatisfeito, por causa da falta de uma relação pessoal íntima. Segundo a abordagem cognitiva da solidão, esta é o resultado dos contactos sociais restritos e pouco satisfatórios do indivíduo relativamente aos seus desejos. Assim, a solidão é definida, nesta abordagem, como o sentimento de mal-estar que se tem quando há uma discrepância entre o tipo de relações sociais que temos, isto é, entre os níveis de contactos sociais desejados e realizados.

BOOTH (2000) refere que a solidão não pode ser vista unidimensionalmente, mas como um problema multidimensional envolvendo, não somente deficits nos papéis sociais e história de esquemas disfuncionais, como também estados cognitivos, padrões de atribuição, problemas situacionais, expectativas irrealistas, entre outros factores.

Uma definição de solidão aceitável terá de conjugar estas situações multifactoriais. Apesar de tudo, é possível descrever um perfil da pessoa solitária se for tido em conta os vários tipos de solidão (JONG-GIERVELD & RAADSCHELDERS, 1982). Na verdade, e apesar da definição de solidão se apresentar diversa, as pessoas continuam a descrever e a sentir a sua solidão, mesmo que não tenham um conhecimento completo sobre ela. Fundamentalmente, a solidão pode ser conceptualizada como uma condição afectiva adversa acompanhada por possíveis cognições problemáticas, circunstâncias de vida, estratégias de resolução de problemas, padrões interactivos e vários outros factores de carácter individual e/ou social. Acontece que a experiência subjectiva da solidão é por vezes tão intensa que quem a experiencia não consegue, muitas das vezes, pensar em mais nada. Em consequência, o sentimento de vazio sentido pela pessoa em solidão é confundido com a própria solidão.

Mesmo sem um consenso universal sobre a definição de solidão, algumas palavras poderão ser escritas sobre o que não é a solidão. O isolamento voluntário não é solidão, pois a pessoa em solidão não entra voluntariamente nesse estado emocional; pelo contrário, sentem que se encontram desesperadamente sós sem compreenderem porquê. O isolamento voluntário é conscientemente autorizado, para meditar, ouvir música, afastar-se das contingências da vida moderna ou simplesmente o desejo de «não fazer nada» (WEISS, 1973; WALKER, 1987). Estar sozinho também não é sinónimo de solidão. É bem sabido que algumas pessoas gostam do estado

de solitário onde são mais produtivos e criativos. Estes estão sós sem estar em solidão (STORR, 1988).

### *5.1. Solidão: um Problema Multidimensional*

Como já foi referido a solidão é um problema multidimensional. O modelo da deficiência relacional sugere que as pessoas que sofrem de solidão têm poucas inter-relações, sofrem de isolamento social e têm pouco ou nenhum suporte social. RUSSEL (1982; 1996) encontrou como suporte deste modelo o facto de que as pessoas em solidão estão cada vez mais tempo sós, jantam frequentemente sozinhas e passam mais noites de fim-de-semana sós do que a maioria das pessoas. LARSON & CZIKSZENTMIHALYI (1978) encontraram níveis superiores de solidão em adolescentes que passavam sozinhos as noites de sextas e sábados, o que remete para o papel das expectativas culturais acerca de quem sai à noite em determinados dias.

JONG-GIERVELD & RAADSCHELDERS (1982) nos seus estudos concluem que não ter um outro significativo nas nossas vidas é um aspecto preditor de solidão se cumulativamente estivermos insatisfeitos com a rede das nossas relações, contudo a pobreza da rede não tem significado quando existe um outro significativo nas nossas relações.

Também os estudos de CUTRONA (1982) revelaram que a satisfação com as relações estava mais forte e negativamente associada à solidão do que a frequência dos contactos, e JONES (1982) refere a importância da diversidade dos contactos como alternativa à solidão.

### *5.2. O Modelo das Habilidades Sociais*

Este modelo defende que as habilidades sociais adequadas constituem a base para um bem-estar constante na vida diária. No entanto, nem todos são socializados num ambiente que conduza à apreensão de estratégias interactivas adequadas e eficazes e alguns aprendem modalidades inapropriadas de interacção. JONES *et al.*, (1981) nos seus estudos concluíram que as pessoas que sofriam de solidão prestavam menos atenção a conversas didácticas do que os seus parceiros, mudando o tópico de conversa mais frequentemente e colocando menos questões que os seus parceiros de conversa que não sofriam de solidão, o que segundo estes autores sugere uma falha de sensibilidade interpessoal e uma tendência para conversas difusas. HOROWITZ *et al.* (1982)

questionaram um grupo de pessoas idosas acerca de 13 áreas-problema e verificaram que os indivíduos que sofriam de solidão referiram mais problemas que os que não sofriam desta condição. BRENNAN (1982) demonstrou que a solidão estava relacionada com a incapacidade de fazer um exame social e com habilidades sociais inadequadas. Os indivíduos que sofriam de solidão tiveram frequentemente consciência dessas limitações e tendiam a descrever-se como incompetentes nas relações interpessoais (JONES, 1982). Estes sentimentos e percepções de inadequação são semelhantes às que acontecem nas personalidades evitantes.

### *5.3. Dimensão Cognitiva*

Este modelo defende que as pessoas só podem conceptualizar ou pensar de forma diferente dos não só. No núcleo da cognição está a dicotomia de pensamento abstracto-concreto com o pensamento abstracto a ser necessário para uma efectiva resolução de problemas (*Problem-Solving*) gerando alternativas aos comportamentos correntes e padrões de vida. Edificado nas premissas de Gorham, as pessoas com estilos cognitivos abstractos são mais capazes de transformar símbolos concretos em conceitos (GORHAM, 1973). Este autor concluiu que as pessoas só diferem significativamente das restantes na sua capacidade para pensar abstractamente com os não só a terem melhores desempenhos.

HOROWITZ *et al.* (1982) concluíram que as pessoas só têm maiores dificuldades do que outros em gerar soluções eficazes para os seus problemas interpessoais. Quando examinaram os estilos atribucionais, concluíram que as pessoas só tendiam mais a considerar que a sua falha nas inter-relações era devida às suas capacidades e aos seus traços de personalidade deficitários, o que sugeriu que a solidão pode estar relacionada com a falta de auto-estima. As pesquisas sobre esta suspeita mostraram que estávamos certos. De facto, as pessoas só culpam-se da sua infelicidade relacional e tendem a não ver saída para a sua situação (BOOTH, 2000). FARNAM-DIGGORY (1972) referia que as pessoas solitárias tinham uma forma de pensamento inflexível e concreto fundamentalmente unidimensional.

### *5.4. A Dimensão Afectiva*

Parece infinitamente verdadeiro sugerir que a forma mais directa de descobrir como se sentem as pessoas é perguntar-lhes. De facto, com algumas excepções, esta parece ser uma forma válida de

determinar se os indivíduos se sentem sós. RUSSEL (1982) encontrou correlação entre os estados subjectivos de solidão e as medidas psicométricas da escala da solidão UCLA. Uma questão que se põe é se as pessoas conseguem mesmo descrever como se sentem. Muitos investigadores perguntavam às pessoas sós para darem descrições da sua condição e encontraram uma consistência notável com a literatura (BOOTH, 2000).

Numa revisão da literatura, os descritores mostram que as pessoas sós se descrevem num sentido muito negativo numa escala de autodepreciação, utilizam expressões como vazio, inacessível, separado de outro, sós, sozinhos, vulneráveis, relações inadequadas, vazio espiritual, referem que se sentem passivos, não apreciados e muitos vezes irritados por alguém os querer arrancar do seu estado. Booth (1996, 1997) refere que nestes estados de descrição, a solidão e infelicidade começam a tornar-se crónicas estando já correlacionadas com o risco de depressão (BOOTH, 2000).

Quando estes tipos de sentimentos acontecem é necessário patologizar a solidão em termos de uma disfunção psiquiátrica. Como refere COMER (1998), sempre que exista uma interferência evidente da solidão com o funcionamento diário, estamos perante uma disfunção, e solidão é claramente uma disfunção.

Para SARASON & SARASON (1996), a solidão é uma disfunção mal adaptativa num indivíduo vulnerável e inábil para lidar com o problema que conduz àquela condição.

Segundo BOOTH (2000), não é suficiente a definição de que a solidão é uma disfunção e inadaptação, pois isso limitaria a melhoria da condição da solidão.

Serão muitos os riscos que acompanham a solidão incluindo a rejeição e mesmo correndo o risco do solitário rejeitar novas companhias, BOOTH (2000) refere que a alternativa à solidão continua a ser a companhia daqueles que não se sentem sós. No entanto, segundo este autor, este tipo de pessoas tendem a ser mais tímidas, sossegadas, com mais baixa auto-estima, e mais elevada autoconsciência pública e maior *locus* de controlo externo. As suas respostas são mais localizadas, mais introvertidas na interacção diádica sexual. Falam mais de si do que perguntam sobre os outros, sugerindo alguma preocupação narcísica e uma falha empática no que respeita ao bem-estar do outro.

Outros investigadores encontram relação entre a solidão e o alcoolismo bem como com o suicídio (LEMONT, 1979; JOINER, 1996). RUSSEL (1982) refere a elevada correlação entre a solidão, a depressão e a ansiedade.

Embora estes sejam somente uma amostra de associação dos muitos factores com a solidão, parece-nos evidente a consideração de que a solidão é uma grave disfunção, e esta percepção torna-se ainda mais coerente quando examinamos a relação entre a solidão e a depressão.

### *5.5. Relação entre Solidão e Depressão*

Nem todas as pessoas sós estão ou são deprimidas, mas ambas as condições partilham significativa variância nos muitos estudos que as conjugaram.

Algumas pessoas experimentaram sistemas de solidão temporária, outras um tipo mais permanente, sendo que aqueles que sofreram formas crónicas de solidão estavam mais deprimidos que aqueles que atravessavam um tipo de solidão reactiva ou situacional.

Porque a solidão e a depressão partilham algumas características, o diagnóstico diferencial é um desafio.

Após uma revisão sobre estes temas, BOOTH (1996) delineou quatro fases que devem ser sondadas antes do diagnóstico. Em primeiro lugar, deve saber se a área de maior insatisfação está focada mais em aspectos interpessoais do que em aspectos globais acerca de si ou da sua vida. Se for este o caso, o clínico pode estar a lidar com a solidão.

Em segundo lugar, o clínico deve ter atenção à duração dos antecedentes, isto é, há quanto tempo é que se sentem mal, doentes, etc.; quanto mais tempo durarem estes aspectos negativos mais provável é que o retrato clínico seja a depressão.

Em terceiro lugar, os clínicos devem determinar o tipo e o grau de culpa experimentado pelo paciente, pois a presença de culpa em grau elevado é mais típico na depressão do que na solidão, embora os pacientes sós também tenham sentimentos de culpa, ainda que em menor grau.

Finalmente, o clínico deve explorar a área da sintomatologia vegetativa, já que um nível elevado deste tipo de sintomatologia é mais descritivo da depressão que da solidão.

Numa revisão sistemática, BOOTH (2000) conclui que a solidão é uma condição problemática, acompanhada por tristeza, às vezes intratável, um sentimento de futilidade, reticências sociais, inadequação interpessoal, ineficácia na resolução de problemas e muitos outros desafios.

No entanto, para este autor, os dados suportam a noção de que são várias as disfunções psiquiátricas associadas à solidão incluindo o narcisismo, o suicídio, a depressão, a ansiedade, o alcoolismo, a dependência e a hipocondria, entre muitas outras.

Daqui se depreende que quem sofre de solidão enfrenta desafios de diversa ordem que vão desde os interpessoais aos cognitivos e afectivos.

É difícil saber exactamente como é que a solidão pode afectar as actividades da vida diária, tais como estudar, trabalhar e interagir dentro dos relacionamentos a longo prazo, tais como uniões ou outras parcerias; no entanto, BOOTH (2002) considera razoável colocar a hipótese de que a ira, a ansiedade e a preocupação narcísica frequentemente presentes nos indivíduos que sofrem de solidão acabam por produzir insatisfação com a vida, podendo estes sentimentos afectar negativamente os que com eles vivem ou trabalham.

O grande desafio que cabe aos clínicos e investigadores em saúde mental é saber se a solidão é uma entidade suficientemente consistente e independente para merecer diagnóstico diferencial ou se, pelo contrário, é uma circunstância secundária.

Na revisão aqui efectuada parece-nos evidente que a solidão merece um esforço para o diagnóstico independente e que não nos parece prematuro fazê-lo. Os técnicos de saúde mental devem estar bem informados, e esse esforço urge, para que não se diagnostique apenas depressão quando o problema preliminar pode ser solidão.

Com efeito, a solidão foi ignorada por demasiado tempo, pela perspectiva de que os sentimentos de solidão fazem parte da vida normal das pessoas. No entanto, a solidão é uma condição debilitante, e quanto mais tempo sofrerem dela, mais vulneráveis ficam aos factores de risco físicos e psicológicos.

Como refere BOOTH (2000), a compreensão do desconforto humano, identificá-lo correctamente e produzir estratégias de intervenção para os actuais problemas é o objectivo preliminar dos profissionais de saúde mental.

Atender de forma eficiente e eficaz às dificuldades das pessoas que sofrem de solidão, e seguir métodos correctos para identificar os sintomas primários presentes é um importante e necessário desafio, ainda que difícil.



### 6. SUICÍDIO

Para as chamadas sociedades primitivas africanas, nomeadamente na Nigéria, Uganda e Quênia, o suicida, mesmo depois de morto, era considerado perigoso, na medida em que consideravam que o contacto físico com o seu corpo, ou mesmo apenas a proximidade, tinha consequências nefastas entre os membros da família. Para o prevenir, cada tribo impunha uma série de regras. Uma decretavam que o corpo tinha de ser removido por uma pessoa estranha ao morto e à família do mesmo, sendo este serviço pago com um touro, outras sacrificavam uma ovelha para acalmar o espírito suicida, demolindo ou purificando de seguida a cubata onde residia. Nalgumas tribos da parte oriental, a árvore onde os suicidas se enforcavam tinha de ser arrancada ou queimada, e o corpo enterrado sem os rituais fúnebres habituais.

A expressão “suicídio” era sinónima da ira dos antepassados, o que exigia sacrifícios de pacificação, sendo que o local onde se cometera o suicídio era considerado um antro de espíritos malignos (STENGEL, 1964). As atitudes em relação ao suicídio reveladas nestas comunidades primitivas eram bastante semelhantes às asiáticas, contudo a reprovação era mais moderada e até em alguns casos admirado. Nas ilhas Trobriand, no arquipélago da Melanésia, existiam dois métodos de suicídio comuns: saltar de uma palmeira e ingerir veneno. As motivações eram complexas, mas geralmente incluíam autopunição, vingança e reabilitação aos olhos da comunidade (STENGEL, 1964).

As culturas ocidentais sempre viram o suicídio como preocupação e com vários níveis de aceitação ou sanções. Na Grécia Antiga, o suicídio era considerado como uma ofensa pública ao Estado, por isso era mantido em segredo e escondido nas suas comunidades locais, e o cadáver muitas vezes mutilado (MINOIS, 1999; TONDO, 2000).

Algumas filosofias humanistas antigas aceitavam o suicídio, outras consideravam-no uma ofensa contra a ordem social e o bem (TONDO, 2000).

Platão, cerca de 427-347 a.C., considerava o suicídio como uma ofensa contra a sociedade, mas reconhecia a possibilidade de exceções se tivesse por base a lei ou a pessoa exposta a eventos adversos severos. Aristóteles (384-322 a.C.) considera o suicídio como um acto ambíguo, condenável e covarde, e Plutarco (46-120 DC) continuou uma linha geral de tradição anti-suicidária representada por Aristóteles (MINOIS, 1999; TONDO, 2000).

Na Roma Imperial, o suicídio era frequente, considerado muitas vezes honroso nos líderes civis e intelectuais.

Cícero (106-43 a.C.) condenava o suicídio de uma forma geral, mas aceitava-o como acto de heroísmo, auto-sacrifício ou defesa da honra. Muitas das culturas dominadas pelo Império Romano recorriam ao suicídio para fugir à humilhação e aos abusos, com esperança numa reencarnação favorável (TONDO, 2000).

Sobre o comando do imperador Constantino I (290-337 d.C.), as normas contra o suicídio passaram a ser mais restritas, com confiscação dos seus bens após suicídio, quer como penalização criminal, quer como compensação do Estado por perda do cidadão.

Na Europa, na Idade Média, eram frequentes as visões mistas sobre o suicídio. Este era respeitado quando cometido como um acto heróico, mas a visão dominante via-o como um acto egoísta e criminoso, e por isso os cadáveres de suicidas eram sujeitos a desonrosa mutilação, negados em cemitério públicos ou abandonados nas estradas (MINOIS, 1999; TONDO, 2000).

As propriedades dos suicidas eram normalmente confiscadas pelo Estado, a não ser que o suicida fosse reconhecido como insano ou mentalmente incompetente – prova que era difícil de fazer – face ao interesse da coroa ou da corte em adquirirem e dividirem os bens do suicídio.

O Renascimento trouxe uma reavaliação do suicídio. Dante (1265-1321) apresentou um duplo padrão: «noble souls», almas nobres (que incluíam poetas, filósofos e alguns políticos quando cometiam suicídio) iam para o limbo, mas os políticos impopulares eram condenados às profundezas do inferno, o que levou a que muitos suicídios famosos fossem reinterpretados como expressão de convicções filosóficas. Continuava a existir condenação, mas os intelectuais podiam discutir os assuntos mais livremente. ERASMO (1466-1536) considerou o suicídio como forma de fugir às preocupações da vida, ainda assim considerava-o como um acto insano (TONDO & BALDESSARINI, 2001).

Nos séculos XVII e XIX, em Inglaterra, o suicídio era mais frequente entre o povo que nos aristocratas provavelmente porque estes o viam com um acto vergonhoso (MCDONALD & MURPHY, 1990).



Mesmo entre os clérigos, o suicídio era quase escondido ou ocasionalmente atribuído a insanidade. O suicídio ocorreria provavelmente como resultado das elevadas carências auto-infligidas motivadas pela religiosidade.

Na literatura do séc. XVII, o suicídio era um bem comum, apresentado como resposta à culpa ou ao amor. Shakespeare (1564-1631) incluía o suicídio em muitos dos seus dramas. O padre poeta JOHN DONNE (1572-1631) justificava o suicídio como uma resposta às condições da civilização e como falha das proibições públicas (DONNE, 1982).

Durante os meados do séc. XVII, o termo suicídio começou a ser largamente utilizado em Inglaterra e em toda a Europa. Muitos filósofos dos séculos XVII e XVIII condenavam o suicídio, mas alguns descritores reconhecem já a correlação entre o suicídio e a melancolia ou outro distúrbio mental severo.

Robert Burton (1577-1640), na anatomia da melancolia, oferece-nos a primeira interpretação moderna do suicídio, sugerindo especificamente que o suicídio pode ser a representação de uma expressão de depressão severa. Contudo, as sanções para o suicídio, apesar de continuarem pesadas, eram consideradas irracionais já que a mesma pessoa era considerada simultaneamente vítima e homicida (TONDO *et al.*, 2000).

Ao longo do séc. XVIII, as causas, descritas, da maior parte dos suicídios foram as doenças mentais. A pressão social para a descriminalização do suicídio, seguida pela Revolução Francesa de 1789, permitiu uma nova atitude face ao suicídio (JUANATEY-DOURADO, 1994), mas foi só no séc. XIX que o estudo do suicídio passou a ser visto como um problema. Em Inglaterra, a punição foi abolida em 1870, mas na Irlanda apenas em 1993.

Os maiores contributos para este novo movimento foram dados por Enrico Morselli (1852-1929) em *II Suicidio; Saggio di Statistic morale compareta* (1879) e Émile Durkheim (1858-1917) em *Le Suicide: un étude sociologique* (1951).

Embora a palavra *suicidium* fosse já conhecida desde o século XVI, a sua divulgação tem sido atribuída a Voltaire. A partir de então, muitos enciclopedistas e investigadores se têm debruçado sobre o seu significado. Desfontaines, em 1737, define *suicaedes* como resultado do significado etimologicamente *sui* = si mesmo e *caedes* = a acção de matar, dando-lhe um significado de morte intencional auto-infligida, isto é, quando a pessoa, por desejo de escapar de uma situação de sofrimento intenso, decide tirar a sua própria vida.

Durkheim (1897) define 3 tipos de suicídio: o suicídio egoísta, o altruísta e o anómico. Ao suicídio ligado a uma fraca coesão social, Durkheim chama suicídio egoísta, considerando que,

inversamente, uma coesão social e familiar muito forte podem igualmente favorecer o suicídio. É o caso de quando, animados por um sentimento agudo do seu dever, os soldados se sacrificam pela honra do seu regimento e da sua prática, ou ainda quando, em certas sociedades, os velhos se abandonam à morte ou se matam para não sobrecarregarem os seus descendentes com um peso inútil e para, de acordo com o seu esquema, terminarem assim a sua vida com dignidade. Durkheim define-o então como suicídio altruísta.

Considera, finalmente, uma terceira forma, o suicídio anómico, que resultaria de um enfraquecimento da consciência moral que acompanha frequentemente as grandes crises sociais, económicas ou políticas. Quando as regras morais deixam de funcionar como indicações válidas para estruturar as condutas dos indivíduos, os seus desejos tornam-se ilimitados e não podem ser satisfeitos com os recursos de que dispõem. Este desequilíbrio entre as ambições desenfreadas e os meios para as satisfazer provoca inevitavelmente graves conflitos internos que podem levar ao suicídio.

HALBWACHS (1930) separa sacrifício de suicídio, com base no carácter involuntário da acção, excluindo desta forma a categoria de suicídio altruísta de Durkheim. Contudo, o autor admite que a definição passa pela intenção suicida, reconhecendo por isso a importância dos instrumentos ou meios disponíveis para a acção.

SARAIVA (1999) refere que, depois do sexo, talvez o último tabu do final do século XX seja a morte. Segundo este autor, o questionar sobre a morte é um imperativo do homem desperto, pelo que se compreende que este questionar tenha levado ao aparecimento e imposição definitiva das novas correntes.

As teorias sociais defendem que as causas do suicídio parecem estar fora do sujeito e não dentro dele. Podem, segundo este modelo, derivar de imitação ou contágio, *locus* de controlo externo e desespero.

As teorias comunicacionais postulam o suicídio como uma forma de comunicação; as teorias etiológicas e ecológicas, para as quais os comportamentos suicidários representam o mais forte dos apelos, sendo despoletados por situações críticas do ponto de vista social.

As teorias psicodinâmicas explicam o suicídio por mecanismos inconscientes e intrapsíquicos. A agressividade e a introspecção, bem como a culpabilidade e a vergonha, são os eixos e os processos com que contextualizam o suicídio.

As teorias cognitivas explicam o suicídio pelo sentimento de desesperança, *coping*, pensamento dicotómico e outras distorções cognitivas; as teorias biológicas explicam o suicídio por alterações

bioquímicas, nomeadamente por libertação insuficiente de serotonina, o que representa um factor de vulnerabilidade para o suicídio.

Nos últimos anos, as teorias biológicas renovaram um interesse pela possibilidade de um envolvimento genético para os comportamentos suicidários. E por fim, os modelos integrais, que conjugam as premissas das teorias anteriores para explicar os comportamentos que levam ao suicídio (SARAIVA, 1999).

A OMS definiu suicídio como acto deliberado realizado por um indivíduo que sabe, ou espera, que este lhe seja fatal (EUROTIALS, 2004). No âmbito da Saúde Mental, os actos suicidários não são raros, já que conta com 10% das causas de morte dos pacientes psiquiátricos. A maioria é o resultado de doença psiquiátrica, particularmente distúrbios do humor, psicotismos ou alcoolismo. Só uma pequena parte é causada por eventos de vida stressantes.

O suicídio é considerado como o grande desafio da Saúde Pública, pois é a 3.<sup>a</sup> causa de morte dos adolescentes e jovens adultos, e 8.<sup>a</sup> para todas as idades. No entanto, e apesar deste conhecimento, os sistemas de prevenção têm vindo a falhar consistentemente. Tondo apresenta como um dos motivos o facto de alguns suicídios ocorrerem inesperadamente, e de muitos outros, apesar de previsíveis, parecerem virtualmente "in-preveníveis", o que complica severamente a intervenção e pesquisa sobre o tema (TONDO *et al.*, 2003).

A visão religiosa do suicídio difere consoante o tipo de religião e tem influenciado a forma como as sociedades o entendem. Assim, o suicídio é considerado um sinal contra Deus nas religiões monoteístas incluindo o judaísmo, o cristianismo e o islamismo (DUBEIN, 1963; TONDO, 2000). Os Dez Mandamentos de Moisés não fazem menção ao suicídio, mas proíbem matar. O judaísmo não permite cerimónias fúnebres religiosas ao suicida baseado nos escritos talmúdicos do 2.<sup>o</sup> século. No entanto, e apesar de a condenação do suicídio não ser explícita no Talmude, alguns talmudes escolares referem que o suicídio pode impedir a felicidade eterna. A punição é apenas para os suicídios intencionais, salvaguardando os suicídios em massa dos judeus durante os períodos de perseguição (*idem*). O cristianismo antigo aceitava o suicídio quando era um acto de altruísmo, chamando-lhe «martírio voluntário» ou auto-sacrifício.

Santo Agostinho (354-430 DC) condenou o suicídio como um acto contra Deus estendendo aos suicídios o sexto Mandamento, «*thou shall not kill*», de Moisés (AUGUSTINE, 2000). O segundo conselho católico romano de Orleães (533 d.C.) expressou a primeira desaprovação oficial do suicídio, considerando-o ou como um serviço do diabo ou como uma expressão de insanidade mental.

O conselho de Barga (563 d.C.) proibiu cerimónias fúnebres a todos os suicidas. O suicídio foi condenado não só como um acaso contra a vida e a vontade de Deus, mas também como um defeito ideológico no controlo do livre arbitrio (ZILBOORG, 1996).

São Tomás de Aquino (1225-1274) considerou o suicídio com um acto contra Deus e contra o Estado, afirmando-o como particularmente perigoso pela impossibilidade de arrependimento deste acto fatal. Só no séc. XX é que a Igreja aceitou que existia uma falha na consciência do suicídio, mas a condenação por aquele acto só foi abandonada em 1983. Em 1995, o papa João Paulo II volta a colocá-lo na agenda da Igreja quando refere que o suicídio, a eutanásia e o aborto são crimes contra a vida, idênticos ao homicídio e ao genocídio (JOHN PAUL II, 1995; TONDO, 2000), manifestando-o de novo publicamente em 2004.

O islamismo tem condenado o suicídio de uma forma geral, baseado na crença de que só Alá pode determinar o momento da morte, mas tolera o suicídio como forma de auto-sacrifício, particularmente nas guerras.

O hinduísmo é mais tolerante com o suicídio face à crença da divisão corpo/mente e da reencarnação – o hinduísmo aceita, por exemplo, os rituais de suicídio por uma viúva (Suttee) como forma de se juntar ao marido e para ganhar honra para os filhos. No entanto, actualmente esta prática é rara.

O budismo também acredita na dicotomia mente/corpo, mas condena o suicídio considerando-o uma violação à condenação das vidas anteriores, já que quem se suicida não está a cumprir com o que lhe foi destinado.

## *6.1. Suicídio e Solidão*

AREAL (1999) refere que a solidão é um dos factores mais importantes para o suicídio, já que parece ser aquele que focará o indivíduo para uma decisão final e determinante do acto suicidário. Numa situação de solidão, o indivíduo já não tem ninguém com quem partilhar as suas angústias e tristezas, ficando indefeso à mercê das suas ruminções sobre o desejo de viver e de morrer.

O mesmo autor considera, ainda, como um aspecto determinante para o suicídio o comportamento do idoso que “já não sai de casa, já não procura os amigos, já não vai a sítio nenhum e já nada o distrai... parece que se vai recolhendo intimamente e iludindo a relação social”.

AREAL (sd) recorre a Erich Fromm para se referir aos aspectos que correlacionam a solidão e a morte, citando: “Sentir-se completamente isolado e solitário conduz à desintegração mental, assim como a não comunicação com o mundo conduz à morte (...). O homem tem em geral medo da solidão...”

Para AREAL (sd), é a falta de partilha de laços afectivos, a falta do prazer em si mesmo e a angústia que leva à solidão, e esta é factor essencial para a prática de suicídio. Nomeando Ringel, refere que o abandono da família, a solidão não procurada, a rotura de laços afectivos e o progressivo isolamento serão factores que desempenham um papel destacado na estruturação do acto suicidário.

Segundo KATZ & LAZARFELD (1995), o suicídio é determinado em parte importante pela falta de integração do sujeito no meio envolvente, apresentando uma relação directa entre o suporte social e a capacidade de integração, e entre estas e o suicídio.

## *6.2. Suicídio e Depressão*

Um outro conceito de relevante importância no suicídio é o da depressão. Como já referimos, a depressão é um distúrbio mental que se caracteriza por afectar o estado de humor, deixando o indivíduo com um predomínio anormal de tristeza. No caso dos idosos, as situações de depressão manifestam-se de forma ligeiramente diferente do adulto mais jovem. Com alguma frequência iniciam-se com um quadro de queixas físicas variadas, as quais não são passíveis de ser atribuídas a qualquer doença física. Neste contexto, os idosos recorrem a muitas consultas de clínica geral e de diversas especialidades médicas, sendo polimedicados e sofrendo um arrastamento da sua doença psiquiátrica, que se mantém durante longo tempo sem ser correctamente diagnosticada e medicada.<sup>1</sup>

Em estados mais avançados, há geralmente um agravamento da depressão, sobretudo à custa de uma perda das chamadas funções cognitivas (memória, concentração, atenção, etc.), transformando-se, não raras vezes, a situação clínica num quadro pseudodemencial. A tristeza, um dos sintomas da depressão, também é mais difícil de detectar no idoso, uma vez que este a exprime através de queixas físicas (somatização) e não necessariamente chorando ou isolando-se. São muito frequentes as insónias, embora estas nem sempre sejam confirmadas pela família, uma

---

<sup>1</sup> O tratamento da doença bipolar no idoso. [www.admd.pt/3idade/3idade.htm](http://www.admd.pt/3idade/3idade.htm)

vez que o doente idoso tende a ficar quieto no leito durante as horas que não dorme, ou durante as quais dorme mal.

De facto, a relação entre doença mental e suicídio tem sido objecto de numerosos estudos. Nestes tem sido referido que cerca dos 90% dos suicidas apresentam um transtorno mental no momento da morte (CONCEPCIÓN & ORTIZ, 2001). Esta associação encontra-se também descrita nos pacientes de idade avançada (HENRIKSSON *et al* (1993). Contudo, alguns autores defendem que apesar da doença mental representar um condicionante relevante na conduta suicida, não é por si só suficiente para explicar o processo que está relacionado com outros factores de risco (VOGEL & WOLFERSDORF, 1989).

Num estudo efectuado por VIETA, NIETO, GASTO & CIRERA (1992) em pacientes (257) com intenções suicidas, destacam-se os pacientes deprimidos por serem significativamente mais velhos e apresentarem cumulativamente tentativas mais letais.

O problema da prevenção suicidária é a dificuldade acrescida em fazer o diagnóstico da doença depressiva nos idosos. Esta relaciona-se, sobretudo, com a forma de apresentar o transtorno, que no idoso adquire uma matriz peculiar. Muitas vezes a dificuldade radica na expressão clínica dos sintomas, os quais são referidos frequentemente de forma inespecífica, tais como queixas físicas difíceis de definir, e não como sintomas directamente relacionados com a depressão como por exemplo a ideação delirante. A consideração dos aspectos diferenciais é por isso crucial no diagnóstico da depressão do idoso. Não foi possível, ainda, estabelecer quais os períodos da doença com maior risco suicidário, ainda que existam muitas indicações de que o risco é superior nos estádios precoces da doença (CONCEPCIÓN & ORTIZ, 2001).

Diversos estudos têm assinalado que os sentimentos de desesperança aumentam de maneira significativa o risco de consumir o suicídio, sendo que os idosos com antecedentes de suicídio têm maiores níveis de desesperança, mantendo-se esta como um aspecto relativamente estável nos pacientes deprimidos. Outros transtornos têm sido associados ao suicídio, contudo enfermam quase sempre de depressão, por exemplo, os estados iniciais de demência complicam-se com frequência com um transtorno depressivo, e a sua combinação forma um especial risco suicidário. Também a sintomatologia psicótica delirante ou alucinatória pode aparecer associada à depressão ou outras entidades e ser desencadeante de um acto suicidário impulsivo, violento e de alta letalidade. Outros factores de risco frequentemente citados são: ser do sexo masculino, a deterioração física, a degradação das relações familiares e sociais, as tentativas prévias de suicídio e os acontecimentos de vida adversos em especial a perda recente de uma relação significativa (CONCEPCIÓN & ORTIZ, 2001). Relativamente a uma situação concreta de morte do esposo ou

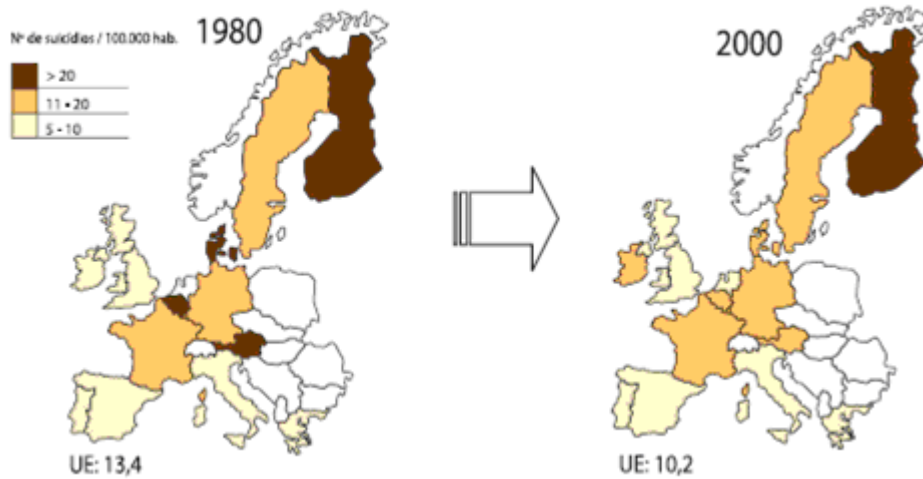
esposa, LI (1995) demonstra, através de um importante estudo de coorte com 3486 viúvos idosos, em que controlou as variáveis sociodemográficas, que a mortalidade por suicídio dos viúvos era 3,3 vezes superior à dos homens casados, e no caso da comparação entre as viúvas e as casadas, a diferença não se mostrou estatisticamente significativa. A associação entre depressão e suicídio está bem documentada tanto na população em geral como nos idosos, sendo sem dúvida o principal factor de risco para o desenlace fatal do suicídio, que apresenta um risco quatro vezes superior relativamente aos outros transtornos psiquiátricos e trinta vezes superior ao risco de suicídio da população geral. O suicídio apresenta uma incidência de 15 a 20% entre as pessoas que sofrem de uma depressão crónica, independentemente da idade, sendo que cerca de 60 a 90% dos idosos que tencionam suicidar-se apresentam sintomas depressivos (SHULMAN, 1978; CONCEPCIÓN & ORTIZ, 2001).

### *6.3. Suicídio: um Problema de Saúde Pública*

De acordo com TONDO *et al.* (2001), cerca de um milhão de pessoas por ano morre por suicídio, dos quais mais de 30 mil nos EUA e 120 mil na Europa. Estima-se que cada suicídio tem um impacto negativo num mínimo de 6 a 7 pessoas da envolvente do suicida (cônjuge, filhos, pais, avós, amigos íntimos, etc.).

Em 1998, nos EUA estimou-se que a cada hora se suicidavam 3 a 4 pessoas (84/dia). Apesar destas estimativas serem baseadas nos estudos da OMS (WHO) e em estatísticas governamentais, presume-se que estão subestimadas provavelmente em metade, já que nem sempre são reportadas (DIEKSTRA, 1993, OMS, 2001).

Em 2004, uma informação da Eurotrials, baseada na OMS e no Center for Disease Control, refere que em média ocorre no mundo 1 suicídio por cada 40 segundos (EUROTRIALS, 2004). A mesma fonte refere que “entre 1980 e 2000 verificou-se um maior número de óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas nos países do Norte e Centro da Europa. Por outro lado, são os países mais a sul (Portugal, Espanha, Grécia e Itália) que registam menor número de óbitos por esta causa. Embora a taxa de suicídio tenha diminuído em alguns países, a Finlândia manteve-se, em 2000, com o valor mais elevado: 21,5 suicídios por cada 100 000 habitantes” (EUROTRIALS, 2004, pag.1).



MAPA-GRÁFICO 1: ÓBITOS POR SUICÍDIO E LESÕES AUTO-INFLIGIDAS POR 100.000 HABITANTES -

Fonte: WHO – Eurotrials, 2004

De um modo global, verificaram-se mais óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas no sexo masculino, em todos os países da Europa, onde o rácio de suicídios entre sexos mostra existirem maiores diferenças na Finlândia, Grécia, Irlanda e Portugal, registando-se quatro suicídios no sexo masculino para um no sexo feminino. Em 2002, registou-se na UE um total de 164.150 óbitos por suicídio e lesões auto-infligidas, em ambos os sexos dos quais 88.412 na classe etária dos 30 aos 59 anos.

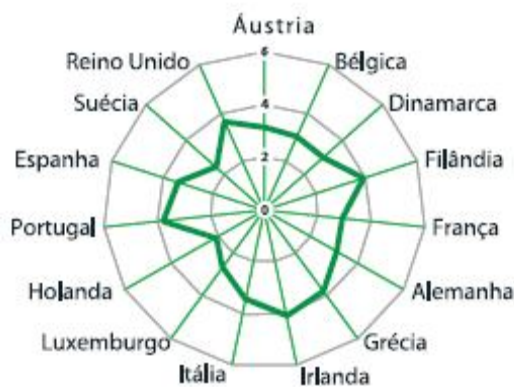


GRÁFICO 2: RÁCIOS DE SUICÍDIO ENTRE SEXOS.

Fonte: WHO – Eurotrials, 2004

Nos últimos 50 anos, as taxas de suicídio reportadas cresceram 60% em todo o mundo. Há maior prevalência entre idosos e jovens, sobretudo na Europa e nos Estados Unidos, mas os países em desenvolvimento também tendem a acompanhar os índices do primeiro mundo.



As taxas médias globais (por 100.000 habitantes) e por sexo da morte por suicídio dão-nos uma panorâmica da gravidade da situação (Quadro 1).

Quadro 1: Taxas médias globais (por 100. 000 habitantes)

País	Global	Sexo masculino	Sexo feminino
Lituânia	42.1	74.3	13.9
Rússia	38.7	69.3	11.9
Bielorrússia	35.1	63.3	10.3
Eslovénia	28.1	45.0	12.0
Hungria	27.7	44.9	12.0
Estónia	27.3	47.7	9.8
Ucrânia	26.1	46.7	8.4
Letónia	26.0	45.0	9.7
Japão	23.8	35.2	12.8
Bélgica	21.1	31.2	11.4
Finlândia	20.6	31.9	9.8
Croácia	19.5	31.4	8.4
Suíça	18.4	26.5	10.6
Áustria	17.9	27.1	9.3
França	17.6	26.6	9.1
Moldávia	17.2	30.6	4.8
República Checa	16.9	27.5	6.8
Polónia	15.5	26.6	5.0
Roménia	14.1	23.9	4.7
Bulgária	14.0	21.0	7.3
Dinamarca	13.6	20.2	7.2
Alemanha	13.5	20.4	7.0
Suécia	13.4	18.9	8.1
Eslováquia	13.3	23.6	3.6
Irlanda	12.7	21.4	4.1
Austrália	12.7	20.1	5.3
Islândia	12.6	19.6	5.6
Nova Zelândia	11.9	19.8	4.2
Canadá	11.9	18.7	5.2
<b>Portugal</b>	<b>11.7</b>	<b>18.9</b>	<b>4.9</b>
Luxemburgo	10.9	18.5	3.5
Noruega	10.9	16.1	5.8
Índia	10.7	12.2	9.1
E.U.A.	10.7	17.6	4.1
Holanda	9.2	12.7	5.9
Espanha	8.2	12.6	3.9
Itália	7.1	11.1	3.3
Reino Unido	6.9	10.8	3.1
Israel	6.3	9.9	2.7
Brasil	4.1	6.6	1.8
Albânia	4.0	4.7	3.3
Grécia	2.9	4.7	1.2
Geórgia	2.2	3.4	1.1
Arménia	1.8	3.2	0.5
Azerbeijão	1.1	1.8	0.5

Fonte: OMS in SPS, 2006

Apesar das taxas globais, existe uma grande variação nacional e regional. Por exemplo, nos EUA, a taxa global é de 11,3 por 100.000 habitantes, no entanto oscila entre os 22,7 no Nevada, 7,2 em New Jersey, e 17,2 nas regiões montanhosas. Na Ásia foram reportados 300 mil suicídios, na China 32,3 por 100 000, aliás o único país onde o suicídio é maior nas mulheres que nos homens

(PHILLIPS *et al.*, 1999). Em Portugal, a taxa global era, no início deste estudo, de 5,1 por 100 000 habitantes, oscilando entre os 0,5 do Grande Porto até 28,4 no Alentejo Litoral com os homens a registar uma taxa de 43 nesta região do Alentejo. Apesar daquela taxa ter sido a nossa referência para este estudo, é importante assinalar que os dados mais actualizados da OMS (2006) revelam que a taxa global subiu para 11,7, fazendo com que Portugal subisse do 40.º lugar para o 30.º no *ranking* do suicídio. Têm-se adiantado muitas explicações possíveis para estas variações, incluindo o clima, a latitude, a luminosidade, os ciclos dia/noite, a etnicidade, a religião, a densidade populacional, as taxas de desemprego, o isolamento geográfico, as políticas de drogas, o consumo alcoólico, os sistemas sociais ou políticos, etc.

Segundo Tondo, um outro factor de indubitável relevância é a variância das atitudes sociais face ao suicídio e a eficiência dos relatos suicidas (TONDO, 2001). O comportamento suicida pode ser caracterizado como um espectro que varia dos pensamentos suicidas passageiros ao suicídio consumado. As ideias suicidas são mais comuns que as tentativas de suicídio ou o suicídio completo, sendo que a ideação suicidária, em muitos dos casos, não é acompanhada pela tentativa do acto; contudo a comunicação de uma ideação suicida não é garantia de que o acto não vai ser cometido (MARZUK, 1991; GLIATTO & RAI, 1999; TONDO *et al.*, 1999).

A observação dos casos de suicídio tentado e consumado mostra que as mulheres tentam o suicídio 4 vezes mais que os homens, mas são estes últimos que mais os consumam (3 vezes mais do que as mulheres). A explicação reside no facto de os homens utilizarem métodos mais agressivos e potencialmente mais letais nas tentativas, tais como armas de fogo ou enforcamento, enquanto que as mulheres tentam o suicídio com métodos menos agressivos (remédios ou venenos) e assim com maior probabilidade de serem ineficazes.

As pessoas tentam ou cometem suicídio por diversos motivos:

- Numa tentativa de se livrarem de uma situação de extrema aflição, para a qual consideram que não há solução.
- Por estarem num estado psicótico, isto é, fora da realidade.
- Por se acharem perseguidas, sem alternativa de fuga.
- Por se acharem deprimidas, considerando que a vida não vale a pena.
- Por se acharem desesperançados com a sua situação.
- Por serem portadores de um transtorno de personalidade e atentarem contra a vida, num impulso de raiva ou para chamar a atenção.

A previsão do suicídio é difícil, mas existem alguns indicadores de risco, e eles são:

- Tentativa anterior ou fantasias de suicídio.
- Disponibilidade de meios para o suicídio.
- Ideias de suicídio abertamente faladas.
- Preparação de um testamento.
- Luto pela perda de alguém próximo.
- História de suicídio na família.
- Pessimismo ou falta de esperança, entre outras.

O risco de suicídio, os factores protectores e suas interacções formam a base empírica para a prevenção do suicídio. Variações substanciais de idade, sexo, etnia e cultura nas taxas de suicídio dão oportunidade para compreender os diferentes papéis de risco e factores protectores entre esses grupos. O risco e os factores protectores englobam características genéticas, neurobiológicas, psicológicas, sociais e culturais dos indivíduos, grupos e factores ambientais, como o fácil acesso às armas de fogo. Essa base em expansão das evidências empíricas gera ideias promissoras sobre o que pode ser mudado ou modificado para prevenir o suicídio (GLIATTO & RAI, 1999).

Os avanços na neurobiologia e nas ciências do comportamento e a sua aplicação no desenvolvimento de tratamentos eficazes para transtornos mentais e por abuso de substâncias psicoactivas têm gerado muita esperança. O conhecimento público mais amplo da ciência do cérebro e do comportamento podem reduzir o estigma associado à busca de ajuda para transtornos mentais e, conseqüentemente, podem contribuir para reduzir o risco do comportamento suicida.

### ***6.3.1. Factores de Risco Suicidário***

Entender os factores de risco pode ajudar a dissipar o mito de que o suicídio seja um acto aleatório ou que resulte unicamente de sofrimento. Algumas pessoas são particularmente vulneráveis ao suicídio e à autolesão suicida porque têm um ou mais transtornos mentais presentes. Podem, também, ser muito impulsivas e/ou agressivas e usar métodos altamente letais para tentar o suicídio. Como já referimos, a importância de certos factores de risco e da sua combinação varia de acordo com a idade, o sexo e a etnia.

O impacto de alguns factores de risco pode ser reduzido por meio de intervenções (como o fornecimento de tratamentos eficazes para a doença depressiva). Factores de risco não alteráveis (como uma tentativa de suicídio prévia) podem alertar para o alto risco de suicídio durante

períodos de recorrência de um transtorno mental, abuso de substâncias psicoactivas ou após um evento stressante.

Os factores de risco incluem: tentativa de suicídio prévia; distúrbios mentais – particularmente transtornos afectivos, como a depressão e o transtorno bipolar; distúrbios mentais associados ao abuso de substâncias psicoactivas de ocorrência concomitante; antecedentes familiares de suicídio; desespero; tendências impulsivas e/ou agressivas; barreiras ao acesso de tratamento de saúde mental; perda relacional, social, de trabalho ou financeira; doença física; fácil acesso a métodos letais, especialmente revólveres; falta de disposição para buscar ajuda, devido ao estigma ligado aos transtornos mentais, abuso de substâncias psicoactivas e/ou aos pensamentos suicidas; influência de pessoas significativas – familiares, celebridades, pares que tenham morrido por suicídio – por meio de contacto pessoal directo ou de representações impróprias nos *media*; crenças culturais e religiosas – por exemplo, a crença de que o suicídio é uma resolução nobre para um dilema pessoal; epidemia local de suicídio que tenha uma influência contagiosa; isolamento ou sensação de estar afastado de outras pessoas; idade – o suicídio nas idades jovens suscita particular interesse entre os investigadores, mas é após os 60 anos que existe maior risco e prevalência suicidária e, talvez porque o envelhecimento seja um fenómeno mundial, o suicídio neste grupo se tenha vindo a transformar num desafio da saúde pública (AAS, 1998; TONDO, 2001); género – o maior número de tentativas de suicídio é no sexo feminino, mas as mais letais são no sexo masculino (TONDO, 2001; HERRMANN, 2003); factores temporais – segundo MINNOIS (1999) E MCDONALD (1999), a ocorrência de suicídio na Inglaterra era, até à Idade Média, superior na Primavera, contando com 53% dos suicídios entre Abril e Julho. Actualmente o mês de Maio está associado aos valores máximos de suicídio em todo o hemisfério norte. Nos EUA, o suicídio é menos comum em Dezembro. Na Finlândia, os homens suicidam-se significativamente mais entre Abril e Julho, e as mulheres em Maio e Outubro, e neste último regista-se também um pico para os idosos. Na Europa, os suicídios descem no Natal e nos períodos dos festejos do Ano Novo, mas aumentam 40% logo a seguir (ALTAMURA, 1999; HAKKO *et al.*, 1999; JENSEN *et al.*, 1999). Segundo MASSING & ANGERMAYER (1985), o suicídio é mais frequente à segunda-feira e ao domingo, mas esta relação tem-se mostrado inconsistente noutros trabalhos (ALTAMURA, 1999).

Algumas listas de sinais de aviso de suicídio têm sido criadas num esforço de identificar e aumentar o encaminhamento de pessoas de risco. No entanto, os sinais de aviso não são necessariamente factores de risco para suicídio e podem incluir comportamentos comuns entre pessoas aflitas, comportamentos que não sejam específicos de suicídio. Se tais listas forem aplicadas de maneira ampla, no ambiente geral de uma classe, por exemplo, podem ser

contraproducentes. Com efeito, esforços indiscriminados de consciencialização sobre o suicídio e listas de triagem excessivamente inclusivas podem promover o suicídio como possível solução para o sofrimento comum ou sugerir que pensamentos e comportamentos suicidas sejam respostas normais ao stress. Devem ser feitos esforços para evitar normalizar, glorificar ou dramatizar o comportamento suicida, relatar métodos de como fazê-lo ou descrever o suicídio como solução compreensível a um evento traumático ou stressante. Abordagens inadequadas poderiam aumentar potencialmente o risco de comportamento suicida em indivíduos vulneráveis.

### *6.3.2. Factores Protectores de Risco Suicidário*

Os factores protectores incluem a composição genética ou neurobiológica de um indivíduo, características de atitudes ou de comportamento e atributos ambientais. Medidas que aumentem a resistência ou os factores protectores são tão essenciais quanto a redução de risco para prevenir suicídios. A resistência positiva ao suicídio não é permanente e, portanto, devem ser contínuos os programas que apoiem e mantenham a protecção contra o suicídio.

Os factores protectores incluem: atendimento clínico eficiente e apropriado para transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicoactivas; fácil acesso a várias intervenções clínicas e apoio para busca de ajuda; acesso restrito a métodos altamente letais de suicídio; apoio à família e à comunidade; apoio constante de relações médicas e de tratamento de saúde mental; aprendizagem de práticas de solução de problemas, resolução de conflitos e manipulação não-violenta de disputas; crenças culturais e religiosas que desincentivam o suicídio e apoiam os instintos de auto-preservação.

Os factores de risco que levam ao suicídio (especialmente os transtornos mentais ou por abuso de substâncias psicoactivas) e os factores protectores, que o afastam dele, formam uma estrutura conceptual para as recomendações de prevenção ao suicídio.

É difícil identificar, em particular, indivíduos com maior risco de comportamentos suicidas ou de perpetrar o suicídio. As medidas para triar o risco de suicídio na população geral não possuem a precisão necessária para identificar, antecipadamente, as pessoas que vão cometer suicídio. Como a triagem para o suicídio, na população geral, não é actualmente exequível, torna-se especialmente importante que os programas de prevenção ao suicídio incluam abordagens mais amplas que beneficiem a população como um todo, bem como os esforços focando subgrupos menores e de alto risco que possam ser identificados. Nesses subgrupos pode ser usada uma abordagem diferente da triagem – programas de triagem para transtornos específicos que se associem ao

suicídio, como a Depressão – para identificar e direccionar pessoas para tratamentos altamente eficientes que possam baixar seu risco de suicídio (GLIATTO & RAI, 1999).

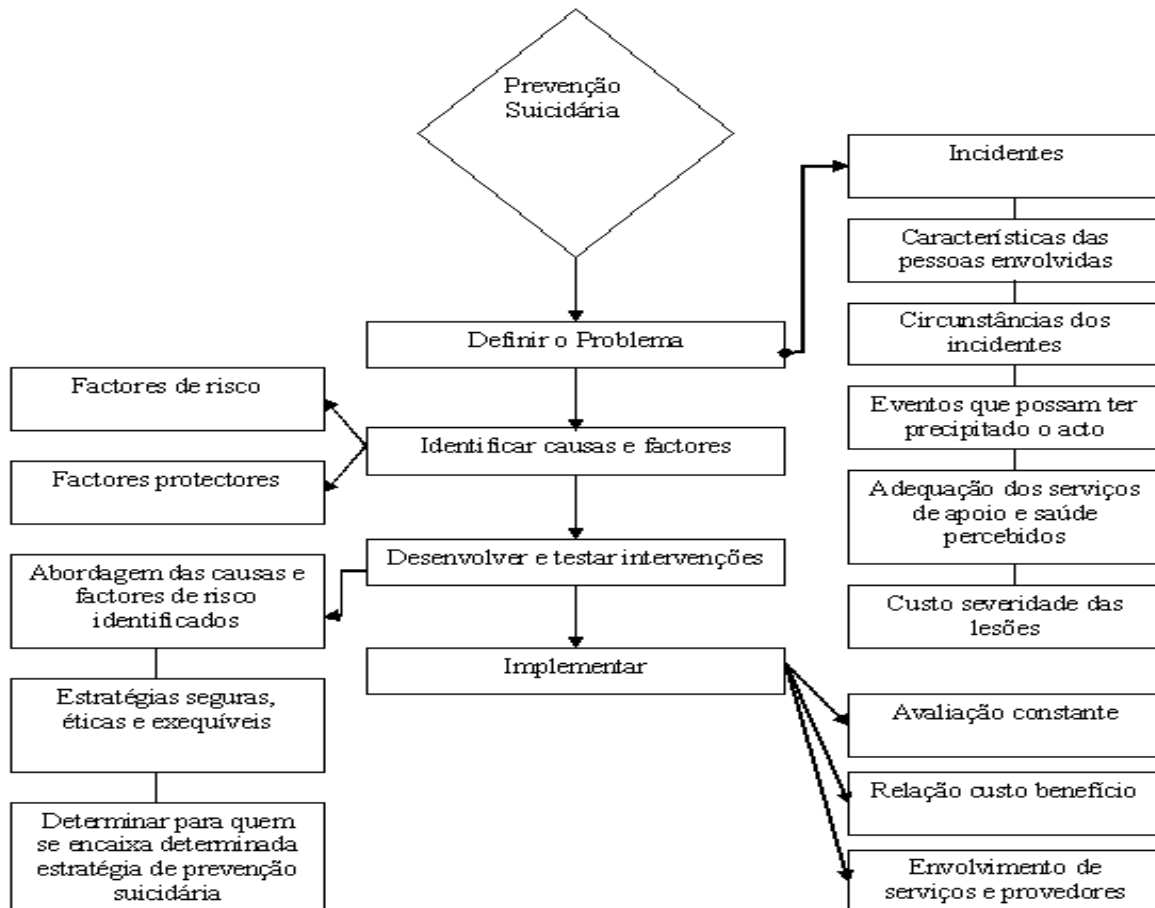
Muitas vezes, os esforços de prevenção do suicídio dirigem-se, primariamente, à melhoria da assistência clínica ao indivíduo que já luta contra ideias suicidas ou ao indivíduo que precise de atendimento médico por tentativa de suicídio. A prevenção do suicídio também exige abordagens que reduzam a probabilidade do suicídio antes que indivíduos vulneráveis alcancem o ponto de perigo. Aplicar a abordagem da saúde pública ao problema do suicídio maximizará os benefícios dos esforços e os recursos para prevenção do suicídio. É disso que trata o próximo ponto.

### ***6.3.3. A Abordagem da Saúde Pública***

O suicídio é um problema de saúde pública, ainda que directamente relacionado com a saúde mental e com os aspectos socioculturais, que requer uma abordagem baseada em evidências para a prevenção. Em conjunto com a abordagem médica clínica, que explora a história e as condições de saúde que poderiam levar um indivíduo ao suicídio, a abordagem da saúde pública focaliza a identificação e a compreensão de padrões de suicídio e de comportamento suicida num grupo populacional. A abordagem da saúde pública define o problema, identifica os factores de risco e as causas do problema, desenvolve intervenções avaliadas para eficiência e implementa tais intervenções em várias comunidades.

Embora essa descrição sugira uma progressão linear do primeiro ao último passo, na realidade, as etapas ocorrem simultaneamente e dependem umas das outras. Por exemplo, sistemas para recolher informações para definir a natureza exacta do problema de suicídio também podem ser úteis na avaliação de programas. De igual forma, as informações obtidas da avaliação e da implementação de programas podem levar a novas e promissoras intervenções. A saúde pública, tradicionalmente, tem usado este modelo para responder a epidemias de doenças infecciosas.

O esquema da abordagem da saúde pública aplicada à prevenção do suicídio pretende ser um algoritmo que inicia com a definição do problema, contando os incidentes mas também identificando as suas causas e factores protectores, bem como, desenvolvendo e testando as estratégias que se afigurem importantes para, finalmente, passar à implementação das intervenções.



Esquema 2: Abordagem da saúde pública aplicada à prevenção de suicídio

Fonte: Adaptado de NeuroPsicoNews, 2005

Para a compreensão do esquema que elaborámos passamos à sua explicação:

1. O primeiro passo inclui a colheita de informações sobre incidentes de suicídio e de comportamento suicida. Mas vai além da simples contagem. São obtidas informações sobre características das pessoas envolvidas, circunstâncias dos incidentes, eventos que possam ter precipitado o acto, adequação dos serviços de apoio e de saúde recebidos, severidade e custo das lesões. Essa etapa abrange quem, o quê, quando, onde, como e o quanto dos problemas identificados.
2. O segundo passo focaliza-se no porquê. Aborda factores de risco, como Depressão, uso de álcool e de outras drogas, luto ou perda de emprego. Esse passo pode ser usado para definir grupos de pessoas com risco mais alto de suicídio. Restam muitas perguntas, contudo, sobre a matriz interactiva de risco e factores protectores no suicídio e no comportamento suicida que, como esta interacção, pode ser modificada.

3. O passo seguinte envolve a abordagem das causas e dos factores de risco identificados. Testar a eficiência de cada abordagem é parte crítica desse passo para assegurar que as estratégias sejam seguras, éticas e exequíveis. O teste-piloto, que pode revelar diferenças entre idade, sexo, etnia e grupo cultural, pode ajudar a determinar para quem se encaixa melhor numa estratégia de prevenção ao suicídio.
4. O passo final é implementar intervenções que tenham demonstrado eficácia em prevenir o suicídio e o comportamento suicida. Essa implementação requer colheita de dados como meio de continuar a avaliar a eficácia de uma intervenção. Isto é essencial, porque uma intervenção que demonstrou eficácia num ensaio clínico ou estudo académico pode ter resultados diferentes noutras situações. A avaliação constante constrói a base de evidências para refinar e estender os programas eficazes de prevenção do suicídio. A determinação da relação custo-benefício da intervenção é outro componente importante dessa etapa. Isso assegura que possam ser usados recursos limitados para obter o maior benefício.

Na medida em que são desenvolvidas e implementadas intervenções para prevenção de suicídio, as comunidades devem considerar vários factores-chave. As intervenções têm muito maior probabilidade de sucesso se envolverem vários serviços e provedores. Isso requer que líderes comunitários construam alianças eficientes entre sectores tradicionalmente separados, como o sistema de oferta de assistência à saúde, o sistema de saúde mental, comunidades religiosas, escolas, serviço social, grupos cívicos e o sistema de saúde pública. As intervenções devem ser adaptadas para apoiar e reflectir a experiência dos sobreviventes e os valores específicos da comunidade, da sua cultura e dos seus padrões.

#### *6.4. O Suicídio em Portugal*

O Algarve e o Alentejo são, há décadas, as regiões com maior índice de suicídios do país, com uma taxa três a cinco vezes mais alta do que em qualquer outro distrito e muito acima da média europeia. Os técnicos designam já o fenómeno de "dualismo do desespero".

A dispersão geográfica, o envelhecimento da população, as alterações sociais e culturais nem sempre fáceis de acompanhar e, sobretudo, a solidão, são denominadores comuns na generalidade dos casos de suicídio.



Num estudo sobre a matéria, levado a cabo por SEABRA (1991), no Algarve, verificou-se que quase 73% da população algarvia com mais de 65 anos se encontrava deprimida, sendo esta a primeira causa identificada para o suicídio na terceira idade, seguida do alcoolismo e da dor crónica. Em apenas cinco anos, entre 1990 e 1995, suicidaram-se no distrito de Faro quase quinhentas pessoas, metade destas tinha mais de 65 anos.

Em 1996, num estudo sobre "Os comportamentos suicidários no Algarve", Seabra chamou a atenção para o "particular dramatismo" que o número de suicídios na população idosa assume na região. Segundo esse trabalho, metade do número de suicídios ocorridos entre 1990 e 1995 verificaram-se na faixa etária superior aos 65 anos e oitenta por cento destes deram-se no sexo masculino. Quanto à forma escolhida para consumir a morte, o enforcamento foi de longe o método mais utilizado, seguido do envenenamento e do afogamento. Só muito depois surgiu o recurso a armas de fogo (SEABRA, nd).

Segundo as estatísticas da Saúde, entre 1993 e 1998, suicidaram-se 4188 indivíduos, entre os quais 3145 homens (75 por cento) e 1043 mulheres (25 por cento). O fenómeno do suicídio afecta sobretudo os indivíduos com mais de 50 anos (64 por cento dos casos), e os indivíduos com idades entre os 30 e os 49 anos (24 por cento dos casos).

No que concerne à distribuição geográfica do fenómeno, a região de Lisboa e Vale do Tejo foi a que registou o maior número de suicídios, com 2052 casos (49 por cento do número total de casos), seguida do Alentejo com 751 casos. O Alentejo, porém, apesar de ter registado menos casos de suicídio do que Lisboa, é a região do país onde a taxa de suicídio é maior, uma vez que é ali que o número de suicídios por cada 100 mil habitantes é o mais elevado. O número de suicídios registado pelo Ministério da Saúde durante estes seis anos é cerca de cinco vezes superior ao número de homicídios (861 casos) contabilizado por este mesmo Ministério no período, referido, contudo, não existe informação acessível, sobre o meio ou arma utilizada.

Apesar das mil razões que se escondem atrás das tentativas de suicídio, é possível desenhar um perfil comum à maioria dos casos: patologia depressiva, conflitos de personalidade, agitação, hostilidade, sentimento de desespero e desamparo, frequente abuso de droga e álcool, utilização de medicamentos em dose excessiva, historial de violência e suicídios na família, que se agravam na Primavera e no Verão, períodos do ano em que mais pessoas decidem por fim à vida (RAMOS, 2000).

O quadro 2 exemplifica, numericamente, para o período de 1996-1999, o que acabamos de referir:

Quadro 2: Taxa de suicídio – Portugal (1996-99)

	Global	Homens	Mulheres
Minho-Lima	3.1	5.2	1.3
Cávado	1.4	2.4	0.5
Ave	1.1	1.8	0.4
Grande Porto	0.5	0.7	0.3
Tâmega	2.1	3.5	0.7
Entre Douro e Vouga	2.4	3.9	1.0
Douro	2.1	4.1	0.2
Alto Trás-os-Montes	3.2	4.7	1.7
Baixo Vouga	2.6	4.3	1.1
Baixo Mondego	3.3	5.8	1.0
Pinhal Litoral	6.3	9.2	3.5
Pinhal Interior Norte	6.8	10.5	3.4
Dão-Lafões	2.0	3.3	0.9
Pinhal Interior Sul	6.9	8.1	5.7
Serra da Estrela	1.4	2.9	0.0
Beira Interior Norte	3.8	6.2	1.6
Beira Interior Sul	2.8	3.9	1.8
Cova da Beira	5.9	9.5	2.6
Oeste	13.2	20.9	5.8
Grande Lisboa	7.5	11.6	3.8
Península de Setúbal	8.4	12.5	4.5
Médio Tejo	8.4	13.0	4.0
Lezíria do Tejo	14.0	20.1	8.1
Alentejo Litoral	28.4	42.8	14.2
Alto Alentejo	17.1	26.4	8.3
Alentejo Central	19.8	30.1	10.1
Baixo Alentejo	19.4	31.3	7.9
Algarve	14.4	22.3	6.6
R. A. Açores	6.0	10.2	1.9
R. A. Madeira	3.0	5.3	0.9

Fonte: INE, 2004 in Sociedade Portuguesa de Suicidologia

Ao analisarmos as taxas mundiais verificamos que ocupamos o 40º lugar com uma taxa de 5,1/100 000 habitantes, muito aquém das taxas da Lituânia, Rússia, Bielorrússia ou Hungria com 44,1; 35,5; 34 e 32,6 respectivamente.

No quadro 1 (pág. 103), referente ao período de 1970-1998, as taxas globais baixaram na maioria dos países, incluindo Portugal, contudo a variação interna é quase inacreditável, com taxas que variam entre os 0,5 (Porto) e os 46,2, como aconteceu em Beja em 1993, onde só o concelho de Odemira contribuiu com 30% dos suicídios, atingindo um taxa de 108,3/100 000 habitantes (AREAL, sd). O mesmo autor refere, ainda, que a visão do suicídio como uma solução para a vida contribui para os actos de desespero daquela população, já fragilizadas pela idade avançada dos seus corpos e pela perda de vitalidade. Cheias de referências de suicídios na comunidade e no seio das suas próprias famílias, fá-los encarar o suicídio como um acto tradicional, um acto de coragem, normal e corrente, enfim uma solução nobre para pôr fim à vida. Para agravamento da situação, nem sequer têm o estigma do pecado a condicionar-lhes o pensamento, como acontece noutras regiões do nosso país, onde a influência da prática religiosa, será talvez determinante na contenção da conduta suicidária, assim como na omissão de múltiplos suicídios, dos livros de registos como causa de óbitos.

Entre 1971 e 1987, a percentagem de suicídios por todas as causas de morte, em Portugal, sofreu mesmo um ligeiro aumento, a partir do qual se registou uma progressiva diminuição, mais acentuada entre 1995 e 2000. O valor mais elevado registou-se em 1984, em que 1,1% das mortes por todas as causas em Portugal foram por suicídio, tendo-se registado o valor mais baixo em 1999 e 2000 (0,5%). Em Portugal, registou-se um decréscimo do número de suicídios e lesões auto-infligidas entre as décadas de 70 e 90 para cerca de metade, em ambos os sexos. Salienta-se, no entanto, que no sexo masculino os números são de ordem muito superior (cerca de 4 vezes mais, comparativamente ao sexo feminino). Em Portugal, foi na classe etária correspondente aos indivíduos com mais de 50 anos que se verificou a maior taxa de suicídios. Em 2001, por cada 100.000 habitantes com idade superior a 50 anos, 13 suicidaram-se. De um modo global, a maior taxa de suicídios registou-se entre os divorciados e solteiros. Considerando os indivíduos do sexo masculino que se suicidaram, em 2001, a maior percentagem verificou-se nos separados judicialmente e nos divorciados e solteiros. Se por outro lado considerarmos apenas os indivíduos do sexo feminino, é entre as divorciadas que se registam maiores percentagens de suicídio.

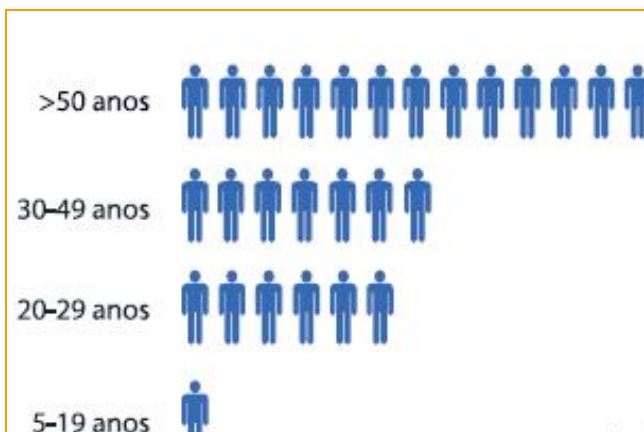
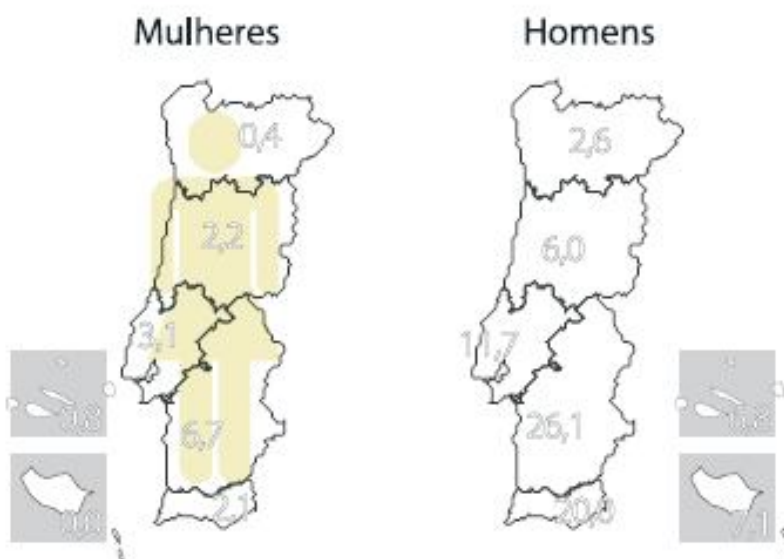


GRÁFICO 3: SUICÍDIO POR CLASSE ETÁRIA.

Fonte: INE, 2001 – Eurotrends, 2004

Em 2000, a maior taxa de suicídios registou-se na região do Alentejo tanto no sexo masculino como no sexo feminino. No sexo feminino, a menor taxa registou-se na região autónoma da Madeira, em que se verificou a inexistência de casos. Salienta-se que nas regiões Norte e Açores ocorreu menos de um suicídio por 100.000 habitantes. De um modo geral, em Portugal registaram-se mais suicídios nos meses de Junho, Julho e Setembro. Janeiro e Fevereiro foram os meses com menor número de registos. Fazendo uma análise do período de suicídio por sexos, não

se verificam grandes diferenças de perfis, registando-se um maior número de suicídios no sexo masculino nos meses de Junho e Setembro e no sexo feminino em Junho e Julho.



MAPA-GRÁFICO 4: TAXA DE SUICÍDIO POR SEXO POR 100.000 HABITANTES - NUTS

INE, 2000 – Eurotrends, 2004



## **CAPÍTULO VII**

### **7. MEDIR O ESTADO DE SAÚDE COM RECURSO A ESCALAS**

Contrastando com outras áreas, a maioria dos diagnósticos de saúde mental baseiam-se na avaliação subjectiva da presença de sintomas e síndromes clínicas. Há maior grau de concordância entre diferentes investigadores quando a atribuição do diagnóstico é orientada por critérios operacionais e entrevistas psiquiátricas padronizadas, possibilitando a comunicação internacional e a comparação de resultados obtidos em diferentes centros.

De facto, os instrumentos diagnósticos, os exames subsidiários e as escalas de avaliação podem transformar-se em medidas extremamente prejudiciais para a clínica e para a pesquisa, quando submetidas ao mau uso por profissionais não treinados que desconhecem os conceitos subjacentes ou que ultrapassam, inadvertidamente, seus limites.

Embora não vise substituir o especialista, a mensuração em Saúde Mental gera grande dicotomia: os que a aceitam, reconhecendo as suas limitações e críticas, e os que a repudiam convictamente. Para estes últimos, as avaliações padronizadas são simplistas, pois, transformam uma dimensão clínica num número ou categoria, relegando para segundo plano o julgamento clínico subjectivo. No entanto, parece-nos uma falsa questão, já que qualquer sistema classificatório, escala de avaliação ou entrevista diagnóstica nada mais é do que uma teoria (um conceito) e uma tecnologia (um instrumento operacional). De facto, o clínico que faz a sua avaliação de forma não padronizada, baseando-se na sua experiência profissional e impressão pessoal, utiliza o mesmo referencial teórico que gerou as entrevistas estruturadas ou semi-estruturadas.

A verdade é que as escalas baseadas nos avanços psicométricos e em critérios de diagnóstico podem oferecer, com um perfil de efeitos colaterais baixos, uma indicação terapêutica adequada. O presente capítulo pretende dar um contributo nesse sentido, definindo e esclarecendo os conceitos subjacentes à medida e aos seus limites.

## *7.1. Psicometria e Clinimetria*

ARMSTRONG *et al.* (1992) definem questionário como uma ferramenta desenhada para obter e documentar exposições, ou para guiar a obtenção e a documentação de exposições, a serem lembradas pelos sujeitos de um estudo epidemiológico.

MCDOWELL & NEWELL (1996a) mostram a importância das medidas do estado de saúde dentro da colheita de dados estatísticos para caracterizar as condições sociais. As medidas de saúde têm sido um componente central dessa preocupação, sendo usadas para indicar os maiores problemas de saúde de uma sociedade, para contribuir para o processo de escolha de políticas públicas e monitorizar a efectividade dos cuidados médicos e de saúde. Outros autores têm enfatizado a explosão, na actualidade, de escalas de medidas de saúde voltadas para avaliação de fenómenos mais complexos e subjectivos, como incapacidade funcional, problemas psicológicos e Qualidade de Vida (WRIGHT & FEINSTEIN, 1992; BOWLING, 1995A; MCDOWELL & NEWELL, 1996C; TAMBURINI, 1998; MARX *et al.*, 1999).

### *7.1.1. Construção de Instrumentos*

Segundo WRIGHT & FEINSTEIN (1992) e MARX *et al.* (1999), há duas técnicas predominantes para o desenvolvimento de escalas multi-itens de medidas de saúde: a clinimétrica e a psicométrica. A primeira, usada na prática clínica, assenta no julgamento de pacientes, médicos e outros profissionais a respeito de fenómenos clínicos, que abrangem várias características ou atributos dos pacientes, não relacionados entre si. A estratégia psicométrica, usada em psicologia e em testes de inteligência, sustenta-se em técnicas estatísticas e tem como objectivo (não exclusivo) desenvolver uma escala (ou escalas múltiplas) que meça características ou atributos únicos do indivíduo.

O desenvolvimento da escala, para ambas as estratégias, é feito em dois estágios: construção e redução de itens, sendo que a diferença se dá no último estágio. A construção de itens, semelhante para as duas, define o conteúdo do instrumento e assegura que todas as variáveis importantes sejam consideradas para inclusão na escala. A partir da base conceptual do que se deseja medir, chega-se aos diferentes domínios ou dimensões que explicam o fenómeno; define-se o conteúdo da escala e garante-se que todos os tópicos importantes sejam incluídos. Os itens são provenientes de múltiplas fontes: julgamento clínico/individual do profissional, pesquisas

anteriores, opiniões de pacientes, consenso de especialistas ou modelos estatísticos. O conteúdo da escala é a primeira etapa, e os itens individuais são seleccionados tendo em vista medir os atributos que podem explicar o fenómeno. No final, o conjunto dos itens deve ser ajustado para se verificar se existe uma representação adequada de todos os aspectos pertinentes do fenómeno em estudo.

A redução de itens elimina itens redundantes ou inapropriados, diminuindo o número a um total que seja praticável de administrar, assegurando, ao mesmo tempo, que a escala meça o constructo ou o fenómeno clínico de interesse. A forma de se proceder à redução é diferente em cada estratégia. Na clinimétrica, as avaliações dos pacientes determinam quais os itens que deverão ser incluídos na escala final; após hierarquização dos itens segundo o seu impacto, serão incluídos na escala final os itens mais importantes e de maior frequência ou severidade, conforme avaliado pelos pacientes, respeitando-se a multidimensionalidade do constructo. Todas as dimensões que ajudam a explicar o constructo (ou o fenómeno clínico que se quer medir) devem estar representadas na escala final. Na psicométrica, são usadas várias técnicas estatísticas para reduzir o número de itens e distribuí-los em dimensões: matriz de correlações, *Alpha* de Cronbach, Análise Factorial e outras.

MCDOWELL & NEWELL (1996c) não defendem essa nomenclatura, preferindo a definição de “princípios psicofísicos” que procuram entender de que modo as pessoas percebem e fazem julgamentos acerca dos fenómenos físicos, tais como comprimento, intensidade, etc., e tentam estabelecer uma relação matemática entre, por exemplo, a intensidade de um estímulo e a sua percepção. Dividem os métodos de construção noutros dois, um psicométrico e outro econométrico. Este último foi desenvolvido para comparar benefícios alcançados em saúde por unidade de custo, em diferentes procedimentos dos serviços de saúde. Relativamente à psicometria, o consenso é geral.

O QALY (*quality-adjusted life year*) faz nove recomendações para o desenvolvimento e construção de medidas de saúde:

1. Fornecer uma descrição completa do propósito do instrumento, especificando a população para a qual foi desenhado e em que populações será testado;
2. Nomear o instrumento de tal forma que descreva acuradamente o seu conteúdo;
3. Apresentar a definição conceptual do constructo a ser medido;
4. Descrever detalhadamente a metodologia escolhida para a construção dos itens e sua redução;

5. Estabelecer o padrão de aplicação e a maneira de se calcular o *score*;
6. Incluir *scores* de referência de várias populações;
7. Apresentar as suas propriedades psicométricas;
8. Proceder a revisões de aperfeiçoamento do questionário;
9. Tornar facilmente disponível a versão definitiva do instrumento.

Uma estratégia de construção de um instrumento de avaliação, mais complexa e sofisticada, é a da “perspectiva transcultural”, utilizada pela OMS na elaboração do seu instrumento de Qualidade de Vida, o WHOQoL. O instrumento foi sendo construído, simultaneamente, em quinze centros de pesquisa dos cinco continentes, centros culturalmente diversos, diferenciando-se em relação ao nível de industrialização, à disponibilidade de serviços de saúde e a outros indicadores relevantes para a Qualidade de Vida, como o papel da família, a percepção do tempo, a autopercepção, a religião dominante, etc. (THE WHOQoL GROUP, 1993; THE WHOQoL GROUP, 1995). O método combinou o desenvolvimento do questionário (construção e redução de itens) com a sua equivalência cultural, através de quatro estágios.

No primeiro, uma comissão internacional de especialistas estabeleceu a clarificação do conceito, chegando a uma definição do constructo, a um consenso das características do mesmo e à metodologia a ser empregada, desenhando um protocolo detalhado.

No segundo, o estudo-piloto qualitativo, o constructo foi trabalhado nas diferentes culturas e línguas, sendo esboçadas as questões e construídas as escalas de resposta. Inicialmente, os principais consultores e investigadores de cada centro esboçaram uma lista provisória de domínios e facetas da Qualidade de Vida: a seguir, utilizaram grupos focais de diferentes populações-alvo (indivíduos saudáveis, indivíduos com doença/dano e profissionais de saúde). Para assegurar a padronização entre os centros, os moderadores dos grupos focais foram treinados em conjunto na sede da OMS. O objectivo dos grupos focais foi o de gerar ideias acerca da Qualidade de Vida, discutindo as definições detalhadas das facetas, de que forma cada faceta interferia com a Qualidade de Vida e qual a melhor forma de se perguntar sobre cada uma delas. A seguir, cada centro realizou painéis para redacção das questões, complementando o trabalho dos grupos focais. As sugestões provenientes de todos os centros foram reunidas, totalizando 1800 questões. A comissão central suprimiu as redundantes, as semanticamente equivalentes e as que não preenchiam critérios prévios, restando, ainda, 1000 questões. A seguir, em cada centro, os investigadores classificaram as questões de cada faceta de acordo com a pergunta: que quantidade de informações fornece sobre a Qualidade de Vida na sua cultura? A combinação do resultado da



classificação das perguntas de todos os centros permitiu seleccionar 235 questões para o estudo-piloto. A geração das escalas de respostas (do tipo Likert de 5 pontos) levou em consideração quatro tipos de escalas: intensidade (nada a extremamente), capacidade (nada a completamente), frequência (nunca a sempre) e avaliação (muito insatisfeito a muito satisfeito; muito mau a muito bom). Estes pontos-âncora foram de fácil tradução em todas as línguas, mas os três pontos intermediários foram escolhidos de acordo com a equivalência semântica.

No terceiro estágio procedeu-se à fase experimental do estudo-piloto, aplicando as 235 questões, que avaliavam 24 facetas da Qualidade de Vida, além de uma faceta geral de avaliação global da Qualidade de Vida, a 300 indivíduos (250 pacientes e 50 pessoas saudáveis), nos quinze centros. Na fase da análise dos dados colhidos examinaram a validade de constructo dos domínios e facetas, seleccionando as melhores questões de cada faceta e estabelecendo a consistência interna e a validade discriminante. Resultou um instrumento com 100 questões.

No quarto estágio deu-se início a um novo teste de campo, em cada centro, onde foram estabelecidas as propriedades psicométricas do instrumento: responsividade (sensibilidade à mudança), fidedignidade teste-reteste e validade de critério (especificamente em relação à validade convergente, à discriminante e à preditiva), tendo sido usada a versão com 100 questões, divididas em seis domínios e 24 facetas.

É indiscutível a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, o que passa pela necessidade de possuírem certas propriedades. MCSWEENEY & CREER (1995) descrevem que as propriedades necessárias a qualquer instrumento são a fidedignidade, a validade e os valores normativos.

A fidedignidade diz respeito à quantidade de erro presente no instrumento de avaliação, sendo que uma medida confiável é aquela que fornece informação consistente e acurada. Existem quatro maneiras de se avaliar a fidedignidade: teste-reteste ou consistência temporal, consistência interna, confiabilidade interjuízes e forma alternativa.

A fidedignidade teste-reteste é uma medida de estabilidade temporal, na ausência de quaisquer alterações nos procedimentos de avaliação, ou no comportamento, ou no estado psicológico dos indivíduos. Um instrumento ou um procedimento é administrado duas vezes a um mesmo grupo de indivíduos, após transcorrido um determinado período de tempo entre as aplicações, e faz-se uma correlação entre os resultados das duas administrações. Se os *scores* obtidos mostram pouca alteração nas duas administrações, o que usualmente é determinado pelas correlações produto-momento de Pearson, o instrumento é considerado estável.

A consistência interna é a correlação entre os itens de uma dimensão ou de um instrumento; é o grau em que os itens individuais se correlacionam com o *score* total. Para haver consistência interna é necessário que os itens do instrumento pareçam medir a mesma dimensão ou constructo. Os métodos tradicionalmente usados para avaliar consistência interna são os coeficientes de Kuder-Richardson (KR20), utilizados como medidas da consistência interna no estudo da fidelidade de escalas dicotómicas [as respostas a todos os itens que integram a escala estão codificados em 0 e 1 (incorrecto vs correcto; discordo vs. concordo; falso vs. verdadeiro, etc.)) e o *Alpha* de Cronbach utilizados como medidas da consistência interna no estudo da fidelidade de escalas ordinais do tipo Likert. A confiabilidade interjuízes é usada para instrumentos que utilizam avaliadores (juízes); quando dois ou mais juízes/avaliadores/entrevistadores administram o instrumento independentemente e obtêm resultados concordantes, o instrumento é confiável. A fidedignidade avaliada pela forma alternativa é usada se existem formas paralelas (alternativas do mesmo instrumento). Se as duas produzem os mesmos resultados ou resultados muito semelhantes, há confiabilidade. É uma forma pouco usada no desenvolvimento de instrumentos em áreas com dimensões subjectivas.

MCSWEENY & CREER (1995) afirmam que há vários índices para a confiabilidade, mas a maioria é similar ao coeficiente de correlação comum e varia de 0 (sem consistência) a 1 (consistência perfeita). Discutem o padrão aceitável de confiabilidade em testes psicológicos e mostram que não há um consenso. Citam YSELDYKE & MARSTON (1988), para quem os coeficientes de fidedignidade devem aproximar-se de 0,90 em tomadas de decisão na área educacional. Mas, na realidade, têm sido usados critérios menos rigorosos para encontrar a fidedignidade adequada para procedimentos e instrumentos de avaliação; a maioria dos autores refere que se a fidedignidade não baixar de 0,70 assegurará que a maior parte da variância no procedimento de avaliação não será devido a erro. MCHORNEY *et al.* (1994) afirmam que os coeficientes *Alpha* de Cronbach que se situem entre 0,50 e 0,70 só devem ser utilizados para o propósito de comparar grupos. Para analisar *scores* de um paciente individual é necessário uma fidedignidade igual ou superior a 0,90.

PESTANA & GAJEIRO (2000) referem que um bom indicador de consistência interna é obtido a partir de 0,8, uma vez que o valor obtido não representa a média da consistência dos itens mas o limite inferior da consistência interna.

Para MCSWEENY & CREER (1995), há uma relação entre fidedignidade e validade que é importante considerar: a fidedignidade é necessária para a validade, mas não é suficiente para estabelecer validade, pois um instrumento também deve ter razoável acurácia.

Validade é outro requerimento psicométrico fundamental. É globalmente definida como o grau em que um teste mede o que tem a intenção de medir (MCDOWEEL & NEWELL, 1996), pelo que um instrumento válido tem de medir a(s) característica(s) que se propõe medir. Para MCSWEENEY & CREER (1995), a validade, tal como a fidedignidade, tem várias estratégias de aferição: validade facial, validade social, validade de conteúdo, validade de critério, validade de constructo e sensibilidade à mudança.

1. Validade facial refere-se à evidência superficial da integridade de uma medida a um instrumento que “parece bom” ou que “faz sentido” às pessoas que o utilizam. É uma validade aparente e não uma forma técnica de validade. Por isso, nunca pode ser tomada como o único critério de julgamento da validade de um instrumento.

2. Validade social é uma forma um pouco mais sofisticada que a validade facial. Preocupa-se em saber se o instrumento mede os comportamentos que os destinatários consideram ser importantes.

3. Validade de conteúdo assegura que os itens de um instrumento cobrem e representam adequadamente o que está a ser medido, assim como permite que qualquer *score* seja interpretado de forma apropriada. Um instrumento tem validade de conteúdo adequada quando inclui um número suficiente de itens que cobrem todas as áreas relevantes do constructo. Como o constructo possui diferentes dimensões, deve haver itens relevantes em todas as dimensões. Os aspectos-chave da validade de conteúdo incluem a adequação dos itens, a abrangência dos itens e a forma como os itens avaliam o conteúdo do instrumento ou procedimento.

4. Validade de critério descreve a relação empírica entre uma medida e um critério confiável, havendo três tipos:

- a. Validade convergente (ou concordante, ou concorrente). Comparam-se valores obtidos por um instrumento de avaliação ou procedimento com valores obtidos por outro instrumento ou procedimento. Quando concordarem, há validade convergente.
- b. Validade divergente. Indica a extensão em que um instrumento pode distinguir grupos diferentes de pessoas.
- c. Validade preditiva. Permite ao investigador predizer os comportamentos ou os resultados futuros do indivíduo, sendo, por isso, necessária a confirmação com um padrão de ouro (*gold standard*).

5. Validade de constructo é mais difícil de ser medida, pois, usualmente, é medida de forma indirecta. Não há um método simples de julgar a validade de constructo de um instrumento; é estabelecida

através de pesquisa hipotético-dedutiva com o instrumento. Assim, reflecte uma tentativa de integrar a *performance* de uma medida dentro de uma estrutura teórica, composta de outros constructos psicológicos. Uma compreensão do constructo levará a expectativas de como o instrumento se deverá comportar, se for válido. Compara-se as medidas realizadas e as características dos pacientes ou de grupos de pacientes e examina-se as relações lógicas que existem entre eles. Portanto, é preciso estabelecer *a priori* um modelo ou estrutura teórica que represente uma compreensão do que os investigadores estão a tentar medir, como o primeiro passo para a validação do constructo. Essa estrutura teórica permite estabelecer hipóteses de como o modelo se deveria comportar em diferentes situações. A seguir, administra-se o instrumento nessas diferentes situações e analisam-se os dados. De acordo com a extensão em que as hipóteses são confirmadas ou refutadas, a validade é reforçada ou enfraquecida. As principais formas usadas para medir a validade de constructo são:

- a. Evidência correlacional, onde são formuladas hipóteses, estabelecendo o grau em que o instrumento se correlacionará (ou não) com outros que medem o mesmo constructo. A primeira é conhecida como validade convergente, equivalente a avaliar sensibilidade; a segunda, validade divergente, equivalente à especificidade;
- b. Validade factorial, que indica a associação entre várias medidas/escalas medindo um mesmo tópico, deverão ficar agrupadas pela técnica de Análise Factorial ou de Componentes Principais dentro do mesmo factor ou dimensão (validade convergente), enquanto escalas medindo tópicos diferentes deverão agrupar-se em factores diferentes;
- c. Diferenças de grupo ou evidência discriminante, usada para verificar se existem diferenças significativas entre categorias de respondentes (por exemplo, doentes e sadios, pré e pós-tratamento, etc.); o instrumento é aplicado a amostras de cada grupo, analisando-se então os *scores* obtidos, para encontrar, ou não, diferenças significativas.

6. A sensibilidade à mudança refere-se à habilidade de um instrumento para detectar qualquer alteração ocorrida. Outros autores denominam essa propriedade como responsividade. Usa-se para saber se determinada situação levou a uma alteração no fenómeno a medir (por ex.: influência de um tratamento eficaz na Qualidade de Vida do paciente). Aplicam o instrumento de medida (Qualidade de Vida) no início da situação e no final ou algum tempo depois (tratamento). O segundo atributo vai mostrar se o instrumento é válido

Quanto à necessidade de existirem valores normativos, ela reside no facto de que instrumentos que têm boa informação normativa permitem ao investigador comparar um dado indivíduo ou

um grupo com a população geral ou com um grupo de particular interesse. As normas, para serem úteis, devem ter algumas características.

Em primeiro lugar, devem ser baseadas em amostras razoavelmente grandes, representativas de um corte transversal, étnico e geográfico, de indivíduos saudáveis, ou de grupos de diagnóstico específico, ou de ambos.

Em segundo, devem ser estratificadas em categorias como sexo, idade e diagnóstico, para permitir comparações de interesse particular.

Em terceiro lugar, devem estar disponíveis na forma de percentis e/ou *scores*-padrão com um sistema métrico comum, como a média e o desvio-padrão, para facilitar a interpretação.

Por fim, é necessário haver normatização para mudanças que ocorram naturalmente com o decorrer do tempo, independentemente de qualquer conduta (por exemplo, um tratamento). Mas, infelizmente, padrões normativos de mudanças naturais não estão disponíveis para a maioria dos instrumentos psicológicos.

Todas essas propriedades psicométricas têm implicações práticas, pois um instrumento sem valores normativos, sem fidedignidade e que não faça referência a algum critério, tem pouco ou nenhum valor prático.

Há inúmeros instrumentos propostos, de tipos e formatos diferentes. Antes de aplicar qualquer instrumento em estudos clínicos e populacionais, é preciso obedecer a alguns princípios.

GUYATT *et al.* (1993a) e GUYATT *et al.* (1996) referem que:

Em primeiro lugar, deve estar claramente estabelecido o propósito para o qual o instrumento será usado;

Em segundo, o instrumento deve ter certos atributos, ou propriedades de medida, também conhecidas como propriedades psicométricas;

Em terceiro, há necessidade de se determinar a categoria geral de instrumento de que se precisa;

Por fim, deve seleccionar-se o formato apropriado para o estudo, se vários formatos estiverem disponíveis.

Os instrumentos devem ser escolhidos conforme o objectivo de estudo: quando se pretende distinguir pessoas quanto ao fenómeno em estudo num determinado ponto do tempo (quem está melhor e quem está pior) devemos utilizar um instrumento discriminativo. Se desejamos medir o quanto determinado fenómeno mudou no decorrer do tempo, precisaremos, então, de um instrumento avaliativo; se pretendemos classificar indivíduos, segundo critérios bem definidos,

quando um padrão de ouro está disponível, ou no momento da medida inicial, ou num momento futuro, devemos recorrer a um instrumento preditivo.

MCDOWELL & NEWELL (1996a) não diferenciam entre tipos de propósitos de instrumentos. Recomendam a validação de constructo, que se inicia com uma definição conceptual do tópico a ser medido. Apresenta-se a estrutura interna dos seus componentes e a relação teórica aos critérios externos. Lançam-se hipóteses, indicando, por exemplo, que correlações deveriam ser obtidas com outros instrumentos, que entrevistados deveriam ter os *scores* mais altos e quais os de *score* mais baixos, ou que outros achados deveriam ser preditores dos *scores*. Nada disto, por si só, prova validade, mas, quando cuidadosamente aplicados, ajudam a adequabilidade da medida. Para especificar esse padrão detalhado de dados e hipóteses, requer-se uma teoria bem desenvolvida, o que não é fácil.

GUYATT *et al.* (1993a) afirmam ainda que a validação não é um processo de tudo ou nada. Ela não termina quando o primeiro estudo é publicado, mas continua com o uso repetido do instrumento. Quanto mais um instrumento é usado e quanto mais amplas as situações de uso, maior a confiança na sua validade. Talvez nunca devêssemos concluir que um questionário foi validado, o melhor é sugerir que há forte evidência de validade que foi obtida num grande número de cenários e em diferentes estudos.

De certa forma, esta é também a opinião de MCDOWELL & NEWELL (1996a) sobre a validação do constructo, referindo que não pode ser provada definitivamente, mas é um processo contínuo, em que a testagem frequente aumenta a nossa compreensão sobre o constructo, mas novas predições devem ser feitas e testadas.

### *7.1.2. Tradução de Instrumentos*

A maioria dos instrumentos de avaliação do estado de saúde e, em particular, de avaliação de Qualidade de Vida tem sido desenvolvida em países de língua inglesa. Mas a necessidade de se medir esses constructos é reconhecida em todo o mundo. São medidas de extrema utilidade para determinar o impacto de intervenções e de políticas, sendo cada vez mais utilizadas em ensaios clínicos e avaliações de resultados (GUILLEMIN *et al.*, 1993; GUILLEMIN, 1995; BULLINGER *et al.*, 1998). No entanto, não é recomendável aplicar instrumentos criados ou adaptados para outra língua sem obedecer a um processo de tradução cientificamente padronizado. GUILLEMIN (1995) faz uma distinção entre língua, cultura e país. Uma realidade cultural não se refere necessariamente a uma língua, nem a um só país. Vários países, com contextos culturais distintos,

podem fazer uso de uma mesma língua, populações pertencentes a uma mesma cultura podem distribuir-se por vários países e dentro de um mesmo país pode haver inúmeros dialectos. Cada cultura tem o seu modo de pensar e de entender o mundo, gerando atitudes e reacções de acordo com esse pensar. Assim, a percepção do processo saúde/doença e a avaliação da vida diferem de uma realidade para outra. As palavras mudam de sentido, dependendo do contexto e da região onde são empregues. Portanto, uma tradução literal pode ser uma grande irresponsabilidade.

Então, como medir estado de saúde e Qualidade de Vida? Uma opção é criar uma medida que preencha as especificidades do idioma e da cultura. GUILLEMIN *et al.* (1993) consideram ser este um processo bastante mais longo e custoso, a mesma opinião sendo expressa por outros autores (GUILLEMIN, 1995; CICONELLI *et al.*, 1999; KIMURA, 1999). Outra opção é usar um instrumento existente, desenvolvido noutra língua, no entanto, uma simples transposição do instrumento através de uma tradução simples não será satisfatória, dadas as diferenças culturais e linguísticas. Para se obter sucesso, é preciso estabelecer um processo de adaptação transcultural, processo complexo, mas capaz de satisfazer os requisitos da necessidade de avaliação. KIMURA (1999) refere que o processo de produzir uma medida equivalente, adaptada a uma outra cultura, é um pré-requisito fundamental para a realização de estudos comparativos sobre um determinado fenómeno em diferentes culturas. Além disso, a adaptação de instrumentos com propriedades psicométricas já consagradas em outras realidades permite também ampliar as possibilidades de pesquisar conceitos ainda pouco explorados numa dada sociedade.

GUILLEMIN *et al.* (1993) propõem um conjunto de directrizes padronizadas para adaptação transcultural de instrumentos de medida de Qualidade de Vida, baseados em pesquisas anteriores nos campos da psicologia e da sociologia. A adaptação transcultural é composta pela tradução *in situ* e pela sua adaptação ao novo idioma e ao novo contexto cultural, levando em conta os seus estilos de vida predominantes. As directrizes propostas incluem cinco passos:

1. Traduções por pessoas qualificadas: dois tradutores independentes, nativos no idioma-alvo e que devem conhecer os objectivos do estudo e os conceitos envolvidos;
2. Retroversão por pessoas qualificadas: consiste em verter para o idioma original o instrumento traduzido. Cada tradução deve ser retrovertida independentemente uma da outra. Isto é mais eficaz se for processado por duas pessoas que sejam fluentes na língua, nas expressões idiomáticas e nas formas coloquiais do idioma de origem. Ao contrário dos tradutores, os “retroversores” não devem, de preferência, conhecer a intenção, nem os conceitos do estudo;
3. Revisão das traduções e retroversões por um júri: deverá ser constituído por 3 a 5 pessoas e produzir uma versão final do instrumento, baseado nas traduções e retroversões e, então, comparar a versão final com o instrumento original. Deve, então, resolver as discrepâncias, modificar as instruções ou o formato, modificar ou rejeitar itens inapropriados, gerar novos itens, caso necessário, e assegurar que a tradução seja totalmente compreensível ao grupo-alvo.

Finalmente, o júri deve verificar a equivalência transcultural das versões original e final. Para empreender tais tarefas adequadamente, recomenda-se que o júri revisor tenha uma composição multidisciplinar;

4. Pré-teste para equivalência cultural: é um procedimento para verificar a equivalência entre as duas versões, original e final. Deve aplicar-se apenas a versão final a uma amostra da população-alvo, ou ambas as versões a um grupo de indivíduos, leigos e bilingues, para detectar possíveis discrepâncias.
5. Ponderação dos *scores*, caso seja relevante. Terminado o processo de adaptação, a qualidade do instrumento adaptado deve ser avaliada, para provar sensibilidade e validade. Há dois procedimentos: ou o julgamento é realizado por especialistas, utilizando as técnicas disponíveis, ou se faz uma abordagem matemática, analisando-se os dados obtidos na amostra do pré-teste através de várias técnicas estatísticas (escala de Guttman, ou Análise Factorial, por exemplo).

Existe uma metodologia um pouco diferente, mas não menos criteriosa, no processo de tradução de instrumentos. É a tradução válida que se desenvolve em três estágios:

1. Tradução do instrumento, incluindo avaliação da qualidade da tradução. Os tradutores, traduzem, apenas, os conceitos-âncora e um grupo de nativos sugere todas as possíveis traduções dos restantes. Os tradutores discutem com o Investigador Principal, que reúne e sintetiza as diversas traduções e (re)administra a tradução-síntese a dois bilingues, nativos na língua original do instrumento; estes avaliam a qualidade da tradução numa escala de 0 (imperfeito) a 100 (perfeito), usando critérios predeterminados. Tal avaliação é discutida pelo Investigador Principal com os tradutores, se a tradução tiver sido modificada. A seguir, dois nativos da língua original fazem uma retroversão, que é revista por uma comissão internacional de investigadores, para exame da equivalência conceptual. Tudo o que precisar ser modificado é discutido com o Investigador Nacional Principal, em conjunto com a comissão internacional de investigadores. Por fim, a tradução resultante, modificada ou não, é submetida a um teste-piloto em grupos focais compostos por 50 pessoas, no máximo, em diferentes estados de saúde;
2. Validação do instrumento, incluindo os critérios psicométricos;
3. Normalização do instrumento, usando amostras nacionais representativas.

Apesar dos argumentos favoráveis à maior facilidade de se traduzir um instrumento quando comparada à opção de se criar um instrumento próprio, a adaptação transcultural e a validação são, também, um processo longo e caro, envolvendo muitas pessoas e consumindo um tempo considerável. Quando já se parte de um instrumento construído, aplicado e validado no idioma de origem, elimina-se o passo da construção. Todos os investigadores deverão obedecer a um desses métodos cientificamente padronizados, caso desejem aplicar um instrumento de avaliação construído num outro idioma, dentro de um contexto cultural distinto daquele que pretendem avaliar.





## **CAPÍTULO VIII**

### **8. O ALENTEJO**

O Alentejo é a mais vasta das regiões de Portugal. Apresenta uma paisagem diferente do resto de Portugal, pois estende-se por uma enorme planície fracamente ondulada, de vastos horizontes sob um céu e um calor imenso. A impressão de planura impera por todo o Alentejo, mas é sobretudo no Baixo Alentejo que este mais se impõe. Mas a paisagem tem gente dentro, com cambiantes internos que não devem ser descurados, sendo que as mutações a que o Alentejo tem sido alvo, têm determinado a actual envolvente.

Foi o Alentejo o “celeiro de Portugal”. Tempos de grande abundância e riqueza houveram. A estratificação social, ainda que de grosso modo, distinguia duas grandes classes: os poderosos latifundiários e o proletariado rural. O proletariado subdividia-se em assalariados contratados (concertados) ao ano, que constituíam uma minoria, e pessoal temporário que trabalhava à empreitada ou à semana nos períodos sazonais das sementeiras, ceifas, apanha da azeitona, da uva, etc. No caso dos assalariados contratados, existia uma hierarquia que ia desde o Feitor aos trabalhadores especializados nas diversas tarefas agrícolas, não esquecendo os criados que constituíam a mais baixa categoria destes assalariados. Uma característica cultural que também os distinguia do resto do país era a sua proverbial resistência a uma prática religiosa continuada e a sua insubmissão perante as organizações profissionais. O Alentejo foi considerado durante muitas décadas pelas autoridades eclesiásticas como “terra de missão”. Este fenómeno de cepticismo religioso contrariava aquilo que se considerava a tradicional propensão do homem rural, isto é, ter uma visão sagrada do mundo. De acordo com Mattoso (1997), este desprendimento pelas práticas religiosas remontam quase ao início da nação. De facto, a difusão das convicções religiosas cristãs tinham terreno privilegiado entre os membros da aristocracia, contudo o desprezo com que tratavam todos os trabalhadores rurais fez com que nada fizessem para tornar os seus súbditos/ dependentes sujeitos activos da prática cristã. Os propagadores da prática sacramental do séc. XVI, construíram muitas igrejas, mas apenas nos terrenos mais povoados, mantendo-se a observância

religiosa como um hábito urbano a que o campesinato alentejano estava alheio. As próprias autoridades eclesiásticas, receosas de contaminação, impediam os párocos de residirem fora das vilas ou cidades. Esquecidos pela civilização, os alentejanos sem terra cultivavam a resistência para poderem sobreviver numa natureza hostil. Aprenderam à sua custa a desconfiar de todas as “salvações” que lhes quiseram impor. Descobriram a dignidade de saber viver sem o auxílio dos poderosos. Treinaram-se a poupar esforços inúteis.

Assim se manteve quando os grandes proprietários foram substituídos por senhores convertidos ao islamismo, quando a estes sucederam os mestres e os comendadores das ordens militares, e a estes, os nobres e conventuais.

Assim se manteve quando aqueles foram substituídos pelos latifundiários da época liberal e mais tarde pelos proprietários absentistas de meados do nosso século.

Assim se manteve com os actuais donos dos intermináveis coutos de caça.

A planura e o céu imenso ensinaram-lhes a observar sempre com o mesmo olhar todas as vicissitudes da vida e a saber que nada há de novo debaixo do sol (MATTOSO, 1997).

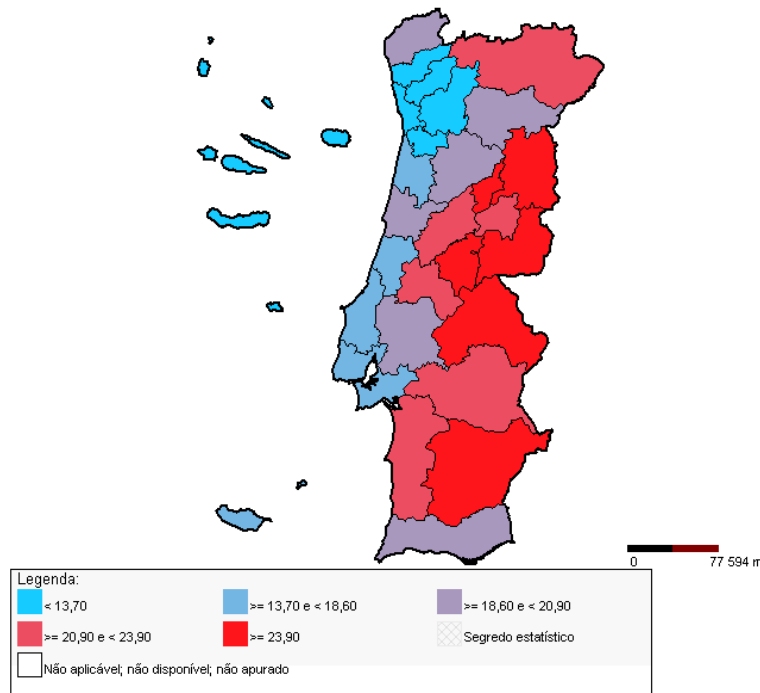
O grande poeta Eugénio de Andrade, na sua obra *Os Afluentes do Silêncio*, dá-nos uma visão romântica do Alentejo quando nos refere “o que me fascina aqui é uma conquista do espírito, sem paralelo no resto do país, uma palavra: um estilo. O melhor do Alentejo é uma liberdade que escolheu a ordem, o equilíbrio. Estas formas puras, sóbrias de linhas de cor que vão da paisagem à arquitectura, do vestuário ao canto, são a expressão de um espírito terreno, cioso de limpidez, capaz da suprema elegância de ser simples.” (pág. 82.)

O desencontro entre esta imagem e a realidade alentejana é por demais evidente. Os montes abandonados, uma população em declínio, e a seca que vai e vem limitam a este povo uma visão de futuro. Para além das terras, os latifundiários, os grandes proprietários, os membros das profissões liberais e os padres controlavam também toda a vida política e social local e regional, com grande influência nacional. Este controlo advinha-lhes, por um lado, do tempo disponível que tinham, face à ausência de participação directa nos trabalhos e na gestão das terras, deixando estas tarefas aos feitores e trabalhadores das suas herdades; por outro, aproveitavam as relações de patrocínio como meio de controlo social. O latifundiário, quer optasse por trabalhar as terras através dos seus feitores, quer arrendasse o conjunto das suas herdades, ou optasse ainda por parcerias, reservava a casa do monte principal para as suas estadas, que podia passar desde a habitação permanente até períodos de férias ou apenas visitas de inspecção. A maioria das vezes viviam nas vilas ou nas cidades mais próximas ou mesmo na capital, com os lucros das rendas ou

de outros negócios, e tinham frequentado as universidades de Coimbra ou de Lisboa, para onde mandavam os seus filhos estudar.

Desta forma controlavam política e socialmente toda a região. Eram os administradores do Concelho, os presidentes das câmaras, os governadores civis, os dirigentes concelhios e distritais da União Nacional, dos grêmios de lavoura, locais, regionais e nacionais, Deputados e mesmo governantes. E quando não o eram, tinham grande influência nas suas nomeações.

Dos 776 585 indivíduos recenseados no Alentejo em 2001, 379 310 são homens e 397 275 são mulheres. Esta região registou um ligeiro decréscimo relativamente aos penúltimos Censos (0,7%), mais acentuado entre a população feminina. O mapa que se segue mostra a tonalidades de azul as regiões de Portugal onde a variação populacional decresceu (valores negativos de crescimento) desde 1991 até 2001.



MAPA-GRÁFICO 5: VARIAÇÃO POPULACIONAL - NUTTS II

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (INE), 2002

O aumento da longevidade reflectiu-se num aumento da idade média da população de quase 3 anos, quer nos homens, quer nas mulheres, passando de 35,5 anos em 1991, para 38,1 anos, em 2001, nos homens, e de 38,2 anos para 40,9 anos nas mulheres.

O progresso do envelhecimento, sobretudo pela base da pirâmide etária, como resultado do desequilíbrio entre longevidade e natalidade está bem evidenciado no traçado que as pirâmides etárias de Portugal assumem em 1991 e 2001 (gráfico 6).

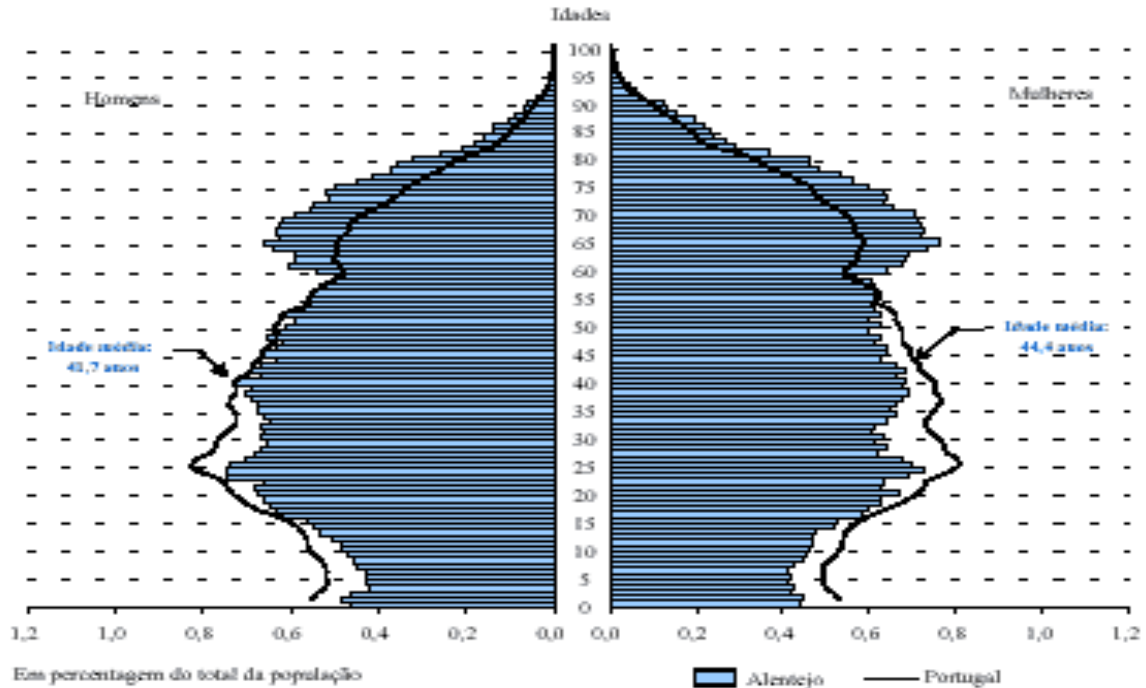


GRÁFICO 6: PIRÂMIDE ETÁRIA, PORTUGAL E ALENTEJO - 2001

Fonte: INE, 2002

O Alentejo constitui a região mais envelhecida de todo o território nacional, registando a maior proporção de idosos: 22,3% e, simultaneamente, a mais baixa de jovens (13,7%).

Apesar do nível de envelhecimento atingido, o Alentejo registou o menor incremento da população idosa do Continente. No entanto, o grupo dos jovens perdeu cerca de 22% entre 1991 e 2001. Deste modo, a idade média dos alentejanos situou-se nos 41,7 anos nos homens e nos 44,4 anos nas mulheres.

Os traços desta pirâmide derivam do excesso dos efectivos populacionais depois dos sessenta anos. A viuvez afecta sobretudo as mulheres: por cada 100 viúvos, 82 são mulheres e 18 são homens (557 883 viúvas para 122 235 viúvos). As maiores percentagens de mulheres viúvas concentram-se no Alentejo (13,3%) e no Centro (11,6%), com valores superiores aos globais (10,4%). Estas são igualmente as regiões que concentram as maiores proporções de idosos. Os homens viúvos distribuem-se geograficamente de modo semelhante, embora com proporções inferiores às das mulheres devido sobretudo à sobremortalidade masculina.

As disparidades regionais, no que respeita à estrutura da população, estão bem visíveis na análise dos diversos índices demográficos, que ajudam a medir o envelhecimento e a juventude de uma população. A amplitude da variação do índice é de 60 para 163.

O Alentejo, tal como o Algarve e o Centro, apresenta índices de envelhecimento acima do valor de Portugal, ou seja, superiores a 102 idosos por cada 100 jovens. Em oposição, as Regiões Autónomas e o Norte assumem valores bem inferiores.

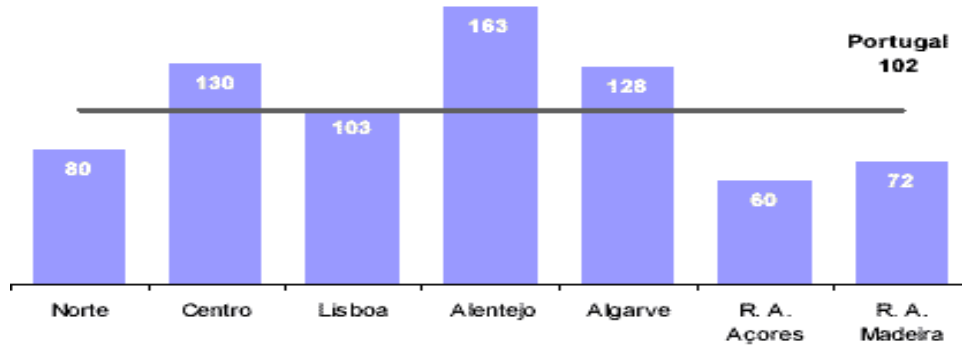


GRÁFICO 7: ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO - PORTUGAL E ALENTEJO - 2001

Fonte: INE, 2002

As assimetrias regionais estão confirmadas no índice de sustentabilidade potencial. Em Portugal, para cada idoso existiam 4 indivíduos em idade activa (15-64 anos). Este indicador sobe para 5 indivíduos nas regiões menos envelhecidas ou com maior proporção de população potencialmente activa, como é o caso de Lisboa.

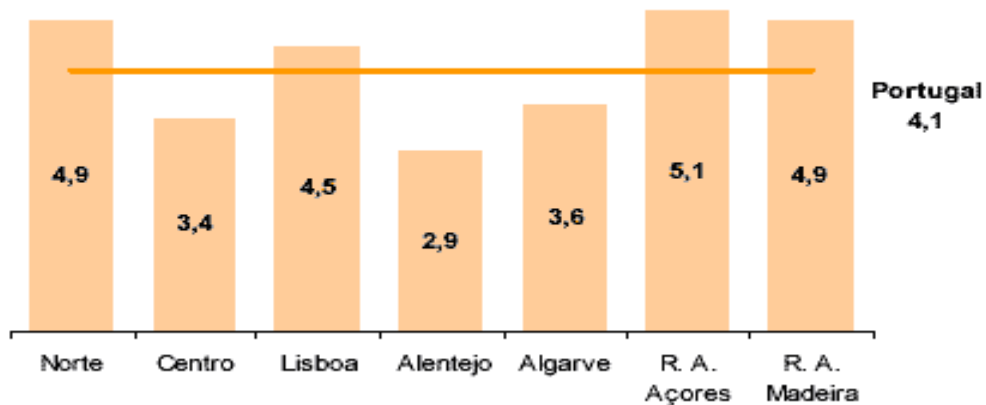


GRÁFICO 8: ÍNDICES DE ENVELHECIMENTO E SUSTENTABILIDADE POTENCIAL, PORTUGAL 2001

Fonte: INE, 2002

A incidência dos que vivem em união de facto (casados sem registo) aumenta à medida que se desce de norte para sul. Pertencem à Região Autónoma dos Açores (2,0%) e ao Norte (2,1%) as menores proporções de indivíduos a viver em união de facto, e, por oposição, ao Algarve (7,3%), Lisboa (6,1%) e Alentejo (4,7%) as percentagens mais elevadas. A atitude mais conservadora nas

regiões Norte e Centro, revelada igualmente por outros indicadores demográficos, contrasta, assim, com a maior informalidade em encarar a conjugalidade, mais a sul.

A observação anterior é confirmada pela análise das proporções de indivíduos em união de facto em relação ao total de casados: o Norte (3,9%) e a Região Autónoma dos Açores (4,0%) detêm as percentagens mais baixas de indivíduos nesta situação, em contraste com o Algarve (13,3%), Lisboa (11,7%) e Alentejo (8,4%) que concentram as maiores proporções.

Entre 1991 e 2001, o analfabetismo reduziu-se em Portugal e a nível regional, principalmente no Alentejo e no Algarve. No entanto, o Alentejo continua a ser a região onde existe a maior taxa de analfabetismo, (15,9%), seguida pela Região Autónoma da Madeira (12,7%).

*Quadro 3: Taxas de Analfabetismo (%), Portugal e NUTSII, 1991 e 2001*

	2001	1991	Diferença
Norte	8,3	9,9	-1,6
Centro	10,9	14,0	-3,1
Lisboa	5,7	6,2	-0,5
Alentejo	15,9	20,2	-4,3
Algarve	10,4	14,2	-3,8
R.A. Açores	9,4	10	-0,6
R.A. Madeira	12,7	15,3	-2,6
Portugal	9,0	11	-2

Fonte: INE, 2002

Tendo em conta a proporção da população com ensino superior concluído numa população com 21 ou mais anos, verificou-se, em Portugal, um aumento significativo da importância deste tipo de ensino, entre 1991 e 2001.

Em 2001, 8,6% da população portuguesa com 21 ou mais anos tinha completado o ensino superior, enquanto que em 1991 só 4,0% detinham este nível completo de ensino.

Entre 1991 e 2001, a proporção de indivíduos com este tipo de ensino duplicou em todas as regiões do País. Lisboa concentrou a maior proporção, tanto em 1991 (7,2%), como em 2001 (13,5%) e registou o maior aumento percentual (6,3%). O Algarve ocupa a segunda posição, por ordem de importância, com 7,3%, e em última posição surge o Alentejo (5,7%).

Relativamente à taxa de emprego, os últimos dois Censos mostraram que o Alentejo foi a região onde se registou a taxa mais baixa. O gráfico 9 mostra as taxas dos censos de 2001.

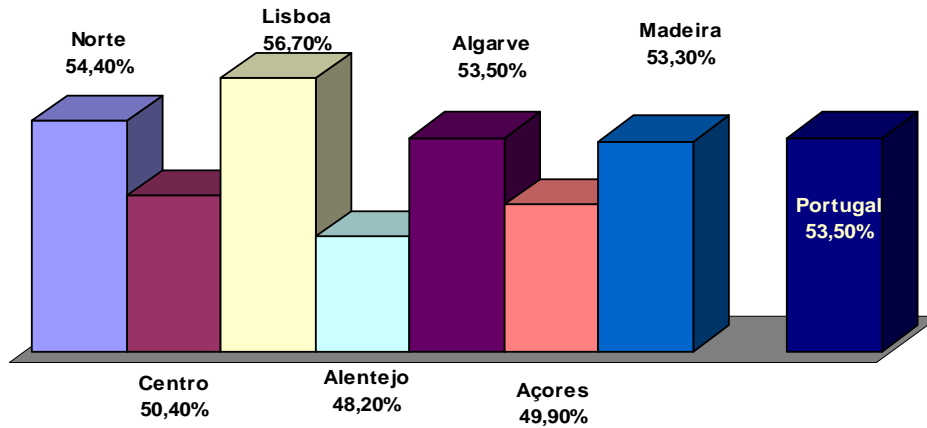


GRÁFICO 9: TAXAS DE EMPREGO (%), PORTUGAL E NUTS II, 2001

Fonte: INE, 2002

Embora se tenha registado um aumento do número de famílias clássicas em todas as regiões, destaca-se o Algarve com a taxa mais significativa (26,4%) e o Alentejo com a taxa de emprego mais baixa (5,8%). Se em Portugal a maior proporção de famílias unipessoais era de idosos, em ambos os momentos censitários, a nível de regiões denotam-se diferentes situações.

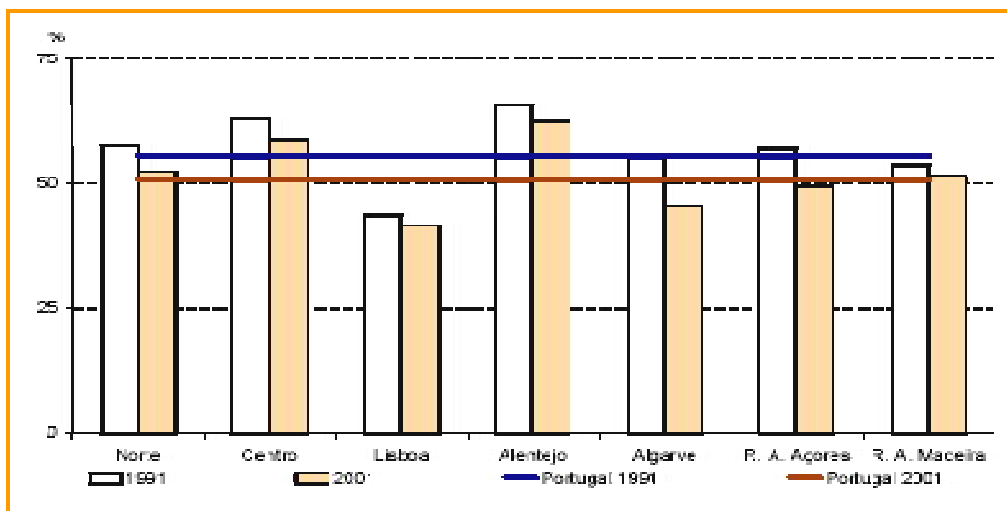


GRÁFICO 10: PROPORÇÃO DAS FAMÍLIAS UNIPESSOAIS DE IDOSOS, PORTUGAL E NUTS II, 2001

Fonte: INE, 2002

De facto, em 1991, apenas Lisboa registava uma proporção de famílias unipessoais de idosos abaixo dos 50% do total de famílias unipessoais. Em 2001, este fenómeno alarga-se também ao Algarve e à Região Autónoma dos Açores, pertencendo o maior valor proporcional ao Alentejo e o menor a Lisboa.

A variação positiva nos núcleos familiares monoparentais verificada em Portugal ocorre também em todas as regiões, sendo mais significativa em Lisboa, Alentejo e Algarve, e de menor expressão no Norte, Centro e Região Autónoma da Madeira (onde a proporção de núcleos familiares monoparentais é mais elevada).

Em resumo, o Alentejo é a região mais envelhecida de todo o território português. Concentram-se nele a maior percentagem de viúvas, com um índice de sustentabilidade pessoal muito baixo, com a maior taxa de analfabetismo e a menor taxa de emprego, e com um dos maiores valores de conjugalidade em união de facto, talvez por este facto uma das mais baixas taxas de famílias clássicas (nucleares e alargadas), e uma das regiões com maior percentagem de núcleos familiares monoparentais.



## **PARTE II**



### **Contribuição Pessoal**





# CAPÍTULO I

## 1. CONSIDERAÇÕES GERAIS

### 1.1. Objectivos e Conceptualização da Investigação

Na primeira parte, desenvolvemos as teorias subjacentes à problemática em estudo. Essas teorias permitiram-nos delinear um corpo de conceitos que, ao mesmo tempo que serviram como enquadramento teórico de todo o estudo, permitiram, também, a compreensão das realidades e ambiguidades vivenciadas pela população em estudo.

Partindo dos pressupostos, e de acordo com o objectivo principal deste estudo – avaliar a interacção dos factores socioculturais e da Depressão na ideação e intenção suicidária *nos idosos alentejanos* –, projectámos conhecer a percepção da população em estudo acerca da sua situação económica, autonomia, suporte social, bem como o nível de satisfação com a vida e com a sua saúde. Projectámos, ainda, analisar de que forma a Depressão se relaciona com a intenção e ideação suicidária e identificar na população-alvo os factores socioculturais que se encontram relacionados com aquelas variáveis. Em termos gerais, intenta-se responder às seguintes questões:

1. Como é que os factores socioculturais se relacionam com a intenção e ideação suicidária?
2. Qual a relação entre religiosidade e intenção e ideação suicidária da população em estudo?
3. Será que os idosos alentejanos diferem dos restantes idosos relativamente aos valores médios da solidão, suporte social, depressão, ideação e intenção suicidária?
4. Qual a relação entre a situação económica percebida e a intenção e ideação suicidária?
5. Qual a relação entre o estado de saúde percebido e a intenção e ideação suicidária?
6. Qual a relação entre a satisfação com a vida e intenção e ideação suicidária?

7. Quais os factores preditivos da intenção e ideação suicidária?
8. Qual a relação entre a história familiar de suicídio e a intenção e ideação suicidária?
9. Qual a relação entre os eventos de suicídio ocorridos na comunidade e a intenção e ideação suicidária dos idosos alentejanos?

Porque é indiscutível a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, o que passa pela necessidade de possuírem as propriedades necessárias a qualquer instrumento (fidedignidade, validade e valores normativos). Cabe, ainda, no âmbito deste estudo, um estudo-piloto para avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação e, quando aplicável, das propriedades diagnósticas. Pretende-se, assim, obter escalas válidas, consistentes e acuradas.

## 1.2. Hipóteses de Investigação

As relações entre as variáveis em estudo que contribuem para a formulação das hipóteses de investigação encontram-se todas intimamente relacionadas com o risco do suicídio, dentro das quais se incluem:

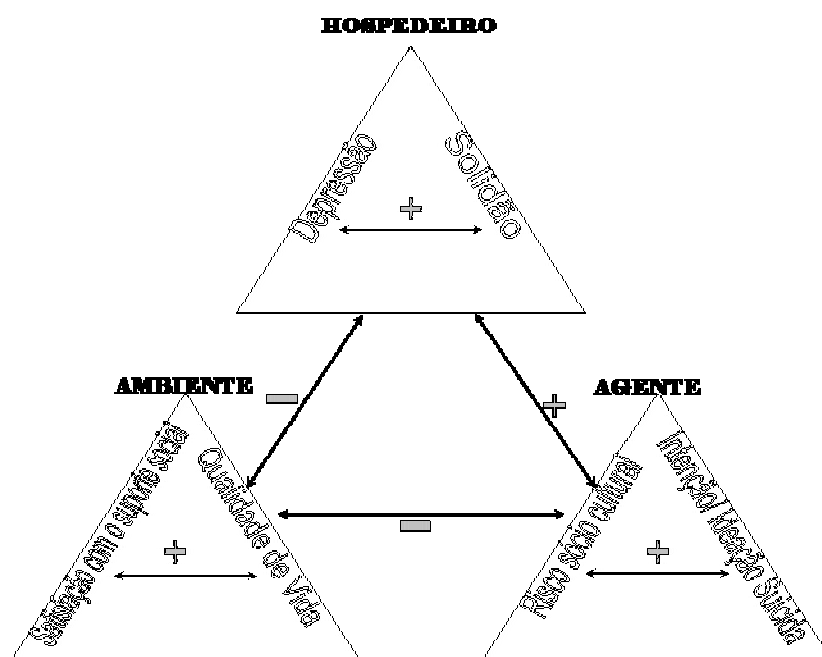
- Álcool;
- Depressão;
- Tipologia Familiar;
- História familiar de suicídio;
- Contágio de suicídio;
- Idade;
- Intenção e/ou Ideação suicidária;
- Sexo;
- Solidão;
- Suporte social;
- Qualidade de vida.

Prevê-se, assim, uma relação significativa entre solidão, tipologia familiar, sexo, idade e Depressão, entre estas e a intenção e/ou ideação suicidária. Julga-se, ainda, encontrar uma percentagem significativa de idosos que, apesar de apresentarem baixos níveis de Depressão, apresentem ideação e intenção suicidária, e que o suporte social e a Qualidade de Vida do idoso com a comunidade exerçam uma influência significativa na intenção suicidária.

Consideramos também que a elevada taxa de intenção suicidária seja influenciada pela ocorrência ordinária de suicídios na região em estudo (epidemia local de suicídio).

Como premissa (hipotética) compreensiva do suicídio do idoso alentejano, construímos o seguinte modelo:

### Modelo Hipotético Compreensivo do Suicídio



Uma das formas de avaliar o grau de exposição a um determinado agente – no nosso caso é o risco sociocultural de suicídio e a intenção/ideação suicida – é através de avaliações ambientais (suporte social e qualidade de vida nas suas dimensões saúde, aspectos socioeconómicos e satisfação com a vida).

A depressão e a solidão, uma vez instaladas no seu hospedeiro, se encontrarem as condições ambientais propícias (insatisfação com o suporte social e má qualidade de vida) minam a vontade de viver; e se esta estiver associada a riscos socioculturais, aumentam o risco *in* agente patogénico, criando-se assim as condições para a consumação do acto suicida.

No ensaio de conceptualização do modelo hipotético que entrecruza aspectos do hospedeiro, ambientais e agente estabelecemos um modelo que permita compreender a cadeia das reacções negativas que conduzem ao suicídio. Assim, as dimensões que consideramos intrínsecas ao hospedeiro são a Depressão e a Solidão que têm uma relação linear positiva. As dimensões ambientais são, para nós, a satisfação com o suporte social e a Qualidade de Vida que também se relacionam positivamente. Quanto às dimensões que compõem o agente

suicidário, considerámos o risco sociocultural e a intenção e ideação suicidária, que como seria de esperar se correlacionam positivamente entre si. No entrecruzamento destas dimensões, verificaremos se existe uma relação negativa entre os factores do hospedeiro e ambientais, isto é, a valores baixos de satisfação com o suporte e com a Qualidade de Vida correspondem níveis de Solidão e Depressão elevados e, conseqüentemente, um risco suicidário elevado. Da mesma forma, existe uma relação positiva entre a dimensão hospedeiro e o agente, o que quer dizer que níveis de Depressão e Solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevados.



## CAPÍTULO II

### 2. MATERIAL E MÉTODOS

#### 2.1. Local de estudo

Os dados necessários para a realização deste estudo serão recolhidos no território português, inquirindo a população idosa ( $\geq 65$  anos).

Para o estudo das escalas (avaliação das propriedades psicométricas dos instrumentos de avaliação) e para a constituição do grupo de controlo foram seleccionadas as zonas Centro e Norte de Portugal, já que apresentam uma taxa de suicídio igual ou inferior às médias nacionais (5,1). Seleccionámos ainda as regiões com taxas superiores como Lisboa, Ribatejo e Açores (taxas de suicídio entre 6 e 8), para esbater o efeito dos dados provenientes do Grande Porto, que tem uma taxa significativamente mais baixa do que a média nacional (0,5).

O local de estudo para a avaliação dos idosos alentejanos será constituído pelos idosos residentes no Alentejo.

#### 2.2. Tipo de estudo

Este estudo, do tipo transversal, é, em termos analíticos, de nível III (correlacional), de múltiplos estádios (mais do que uma variável dependente) e multifactorial (múltiplas variáveis independentes).

### 2.3. Duração do estudo

Este estudo, conducente ao grau de Doutor, teve o seu início em 2002 e *terminus* em 2006, tendo, assim, a duração total de cinco anos civis. Os dados para este estudo foram recolhidos em duas fases e por isso dizem respeito a dois períodos diferentes.

1.<sup>a</sup> fase (pré-testes dos instrumentos de medida para decisão e validação dos mesmos) – anos 2002 e 2003

2.<sup>a</sup> fase (administração dos instrumentos de medida aos idosos alentejanos) – anos 2004 e 2005.

### 2.4. População do estudo

A população do estudo é constituída por dois grupos: um grupo a que chamaremos controlo e um grupo constituído pela população idosa residente no Alentejo.

O grupo de controlo é constituído por idosos portugueses residentes nas zonas Centro e Norte de Portugal com taxa de suicídio iguais ou inferiores às nacionais (5,1). Este grupo será também constituído por idosos de regiões com taxas superiores como Lisboa, Ribatejo e Açores (taxas entre 6 e 8), para contrabalançar os dados provenientes do Grande Porto que tem uma taxa significativamente mais baixa do que a média nacional (0,5).

O grupo dos alentejanos ficou constituído pelos idosos residentes nos três distritos do Alentejo (Portalegre, Évora e Beja), por estas serem as regiões do Alentejo com maior taxa de suicídios.

### 2.5. Tipo, Técnica de amostragem e Dimensão da amostra

A selecção dos idosos alentejanos obedeceu a uma amostragem por cachos em multiestágios. Este tipo de amostragem consiste em retirar de forma aleatória os elementos por cachos em vez de unidades. É útil quando os elementos da população estão naturalmente por cachos e por isso devem ser tratados como grupos ou quando não é possível obter uma listagem de todos os elementos da população-alvo. Para isso, dos 47 concelhos existentes no Alentejo (NUTS II), foram primeiramente seleccionados 14% [média da amplitude classe da variação nacional da taxa de suicídio (0,5-28,4)]. Na etapa seguinte, foi sorteado o nome dos 6

concelhos resultantes deste cálculo (arredondamento por defeito), cujos idosos residentes seriam incluídos na amostra. Para garantir um tamanho representativo, optámos por um  $p=30\%$ , que era a percentagem do suicídio do concelho de Odemira reportado como o de maior contribuição para o fenómeno estudo. Chegámos a uma dimensão mínima de 336 idosos. Pretendíamos que a técnica de recolha de dados fosse probabilística e representativa da população idosa alentejana, pelo que, inicialmente, previmos a heteroadministração aleatória por processos geográficos, mas a falta de mapas actualizados, com números de polícia, e o facto de muitos dos montes, ruas e casas inicialmente identificados não existirem ou estarem completamente abandonados ou desabitados levou-nos a inquirir todos os idosos que se encontravam nas suas habitações e que acederam responder ao questionário. Para garantir a aleatorização (processo de garante probabilístico), o método escolhido foi colocar num caixote cartões com os nomes de todos os lugares por concelho, e todos os dias sorteávamos um cartão para ponto de partida e repúnhamo-lo. Começávamos sempre na 1.<sup>a</sup> habitação de idosos, após a placa informativa da localidade sorteada, excepto se já tivesse sido fruto de inquérito. Quando isto acontecia, passava à seguinte e mantinha o sistema até completar os 336 idosos previstos no cálculo de amostras para populações infinitas (> 100.000 elementos), utilizando para o efeito a fórmula sugerida por Gil (1995):

$$N = \frac{\sigma^2 p \cdot q}{e^2}$$

**Onde:**

$n$  = Tamanho da amostra

$\sigma^2$  = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvios-padrão (2<sup>2</sup>)

$p$  = percentagem do fenómeno (30%)

$q$  = percentagem complementar (100-p)

$N$  = tamanho da população

$e$  = erro máximo permitido (5<sup>2</sup>)

$$n = \frac{\sigma^2 p q}{e^2} = \frac{4 * 30 * 70}{25} = \frac{8400}{25} = 336$$

Assim, para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, a nossa amostra terá de ficar constituída por um mínimo de 336 idosos alentejanos, número que, inicialmente, considerámos muito elevado, tendo em consideração que a entrevista demorava entre 45 minutos e 90 minutos a aplicar. Contudo, após entrevistarmos os 336 idosos previstos, ponderámos o aumento da amostra, com receio de potenciais perdas, face a algumas recusas de resposta, pelo que recolhemos mais 24 casos no distrito de Beja, por este ser aquele que apresenta a maior taxa europeia de suicídio em idosos. Assim, a nossa amostra



ficou constituída por 370 idosos alentejanos, o que baixou o erro de 5% para 4,76%, conforme mostra o cálculo para o erro amostral a seguir apresentado (Gil, 1995):

$$\sigma_p = \sqrt{\frac{pq}{n}} = \frac{30 \cdot 70}{370} = \frac{2100}{370} = 2,38$$

$$2\sigma = 4,76$$

Relativamente ao grupo de controlo, a técnica de amostragem para a selecção dos idosos foi acidental.

## 2.6. Definição das variáveis em estudo

Factores de risco de suicídio:

1. Índice de risco – este índice é constituído pelos seguintes aspectos: ser do sexo masculino, viúvo, reformado, rural, ateu ou católico não praticante, não ter passatempos, ter hábitos alcoólicos reiterados, tipologia familiar unifamiliar, mau relacionamento com a família, perdas recentes, ser polimedicado, tentativas de suicídio prévias, antecedentes familiares de suicídio, comportamentos suicidários de amigos e na comunidade, existirem patologias mentais ou crónicas diagnosticadas, ver o suicídio como uma resolução nobre para um dilema pessoal;
2. Intenção e ideação suicidária;
3. Satisfação com o suporte social;
4. Qualidade de vida (insatisfação);
5. Depressão;
6. Solidão.

Qualquer um dos seis factores de risco supramencionados permite quantificar o risco através do somatório das pontuações atribuídas aos itens. Assim:

O índice de risco resulta do somatório da pontuação dos itens. A pontuação foi dada em função da contribuição que cada item tem para a severidade do risco. Assim, a ausência do factor terá pontuação zero e a presença terá a pontuação um ou dois, consoante represente maior ou menor risco. Este facto pode ser observado no quadro 4, no ponto 2.8, que diz respeito aos instrumentos de medida.

Aos itens da intenção e ideação suicidária foi atribuída a pontuação zero quando há ausência do factor e a presença terá a pontuação um.

A satisfação com o suporte social é avaliada por uma escala de Likert de 6 pontos variando entre «muito insatisfeito» (pontuação 1) e «muito satisfeito» (pontuação 6). O somatório dos itens revela-nos o grau de satisfação em relação ao suporte.

A qualidade de vida é avaliada por uma escala de 4 pontos, variando entre a valorização 1 atribuída às respostas que representam menor qualidade de vida e a valorização 4 para as respostas que representam melhor qualidade de vida (anexo 3). O somatório dos itens revela-nos o grau de satisfação com a qualidade de vida.

Aos itens da depressão geriátrica foi atribuída a pontuação zero quando há ausência do factor, e pontuação um à sua presença, consoante represente maior ou menor risco para a depressão.

A solidão é avaliada por uma escala de 4 pontos, variando entre a valorização 1 atribuída às respostas que representam menor probabilidade de estar num estado de solidão e a valorização 4 para as respostas que representam uma elevada probabilidade de estar em estado de solidão involuntária. O somatório dos itens revela-nos a severidade do estado.

## *2.7. Métodos de recolha da informação*

A recolha de informação é feita através do preenchimento de questionários por parte dos entrevistadores em presença dos inquiridos (heteroadministração).

Com efeito, o método comum foi a heteroadministração, contudo a abordagem diferiu consoante a fase em que nos situávamos no estudo e as escalas utilizadas, pelo que optámos, sempre que os procedimentos de recolha de informação de uma escala fossem específicos, por descrevê-los no ponto que se refere a essa mesma escala.

Numa primeira fase, os questionários foram administrados no norte e interior do país para obter valores médios de população idosa portuguesa, para posterior comparação com os idosos alentejanos.

## *2.8. Instrumentos de Medida*

Neste estudo, como metodologia básica a aplicar, e face à prevista illiteracia, heteroadministrámos as escalas de Depressão Geriátrica (GDS), de Intenção e Ideação Suicidária (ETIIS), de Qualidade de Vida (ETAQV), de Suporte Social (SSQ) e de Solidão (UCLA).

Em conjunto com estes instrumentos, será preenchido um questionário, elaborado por nós, que terá uma dupla função: avaliação dos aspectos sociodemográficos e culturais, e, ainda, a criação de um índice de risco (QASC).

Os instrumentos de medida utilizados e que, no nosso entender, melhor se adequam à pesquisa em questão foram:

A) Para avaliação dos aspectos sociodemográficos e culturais, dos hábitos alcoólicos, da tipologia familiar, dos passatempos habituais, da religiosidade e do índice de risco:

### 2.8.1. Questionário de Avaliação Sociocultural

A construção deste questionário teve como objectivo, para além de obter informações sociodemográficas, criar um índice de risco suicidário dos idosos alentejanos (anexo 1). Assim previa-se, e de acordo com as teorias que versam sobre o tema deste doutoramento, que um índice resultasse da conjugação dos aspectos assinalados com o número 1 e 2 do quadro que se segue, sendo tanto mais severo o risco quanto mais aspectos associados se encontrarem:

Quadro 4: Índice de risco suicidário nos idosos

Sexo	Feminino	1 - Masculino	
Idade (proposta do gabinete de recenseamento dos EUA)	65-74 (idosos jovens)	1 - 75-84 (idosos)	1 - > =85 (muito idosos)
Estado Civil	Casado	1 - Viúvo	Solteiro Divorciado
Fonte principal de rendimento	Trabalho	1 - Reforma	Outro (1 - Inactivo)
Ambiente Social	Urbano	1 - Rural	
Escolaridade			
Religião	Especifique	Católico Praticante	1 - Católico Não praticante/ ateu
Passatempos (dança, desporto, etc.)	Sim	1 - Não	
Tem com quem costuma desabafar, conversar, etc.	Sim	1 - Não	
Tipologia familiar	1 - Unipessoal	Nuclear (n)	Alargada (n)
Relacionamento familiar	Bom	- Razoável	1 - Má
Perdas recentes	1 - Sim	Não	
Hábitos alcoólicos	Não	Ocasional	Às refeições 1 - Às refeições e entre elas
Polimedicados	1 - Sim	Não	
Tentativas de suicídio prévias	1 - Sim	Não	
Antecedentes familiares de suicídio	1 - Sim	Não	
Comportamentos suicidários de amigos	1 - Sim	Não	
Comportamentos suicidários na comunidade	1 - Sim	Não	
Doença mental diagnosticada	1 - Sim	Não	
Como vê o suicídio	2 - Resolução nobre para um dilema pessoal	1 - Mal menor	Situação anormal (pecado, etc.)

Como podemos observar, o valor máximo possível do Índice de Risco Suicidário no Idoso (IRSI) é de 20 (somatório da pontuação dos itens). Uma análise a 668 idosos residentes a

norte do Alentejo (valores mais baixos de suicídio) mostrou-nos quais os valores que deveríamos ter como padrão para comparar os idosos alentejanos. Os resultados podem observar-se no quadro que se segue:

### 2.8.1.2. VALORES NORMATIVOS

*Quadro 5: Valores normativos do índice de risco suicidário nos idosos*

IRSI	Valores
Média ( $\bar{x}$ )	11
Desvio-padrão (S)	2
Mediana	11
Moda	11
Percentil 50	5
Percentil 05	8
Percentil 25	10
Percentil 75	12
Percentil 95	13
Percentil 99	14
Amplitude	8
Erro-padrão	0

Como se pode observar, a média do índice de risco suicidário nos idosos na população idosa em geral é de  $11 \pm 2$  (valores médios entre 9 e 13), valor que corresponde à mediana e à moda. O percentil 75 é de 12, o que corresponde a dizer que pelo menos 75% da amostra tem valores menores ou iguais a 12, o que os situa dentro da média. Assim, considerámos inicialmente que as populações de idosos com valores  $\leq 13$  não apresentavam risco sociodemográfico de suicídio.

O quadro que se segue mostra os resultados dessa divisão.

*Quadro 6: Risco sociodemográfico do suicídio (em função dos pontos de corte)*

	n	%
Ausência de risco suicidário ( $\leq 13$ )	642	96,1
Presença de risco suicidário ( $> 13$ )	26	3,9
Total	668	100,0

Como se pode verificar, 3,9% dos idosos que responderam ao questionário, quando classificados segundo o nosso primeiro padrão, apresentam risco suicidário.

Para validar os pontos de corte em função das médias obtidas pela população idosa em geral, recorreremos à análise discriminante, verificando, assim, a precisão ou o erro da nossa primeira decisão.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 7: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori para grupos iguais*

CORTE		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de risco suicidário	Presença de risco suicidário		
Original	n	Ausência de risco suicidário (valores $\leq 13$ )	564	78	642
		Presença de risco suicidário (valores $> 13$ )	0	26	26
	%	Ausência de risco suicidário (valores $\leq 13$ )	87,9	12,1	100,0
		Presença de risco suicidário (valores $> 13$ )	0,0	100,0	100,0
Validação cruzada(a)	n	Ausência de risco suicidário (valores $\leq 13$ )	564	78	642
		Presença de risco suicidário (valores $> 13$ )	0	26	26
	%	Ausência de risco suicidário (valores $\leq 13$ )	87,9	12,1	100,0
		Presença de risco suicidário (valores $> 13$ )	0,0	100,0	100,0

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 88,3% dos casos correctamente classificados.

c 88,3% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, partindo do princípio de que a probabilidade dos idosos apresentarem risco suicidário é igual à de não ter (0,5/0,5), as nossas pontes de corte foram validadas em 88,3%. Contudo a nossa amostra não tem o mesmo número de indivíduos em cada grupo, mas 96,1% sem risco e 3,9% com risco (0,961 de probabilidade de não ter risco suicidário em 0,039 de probabilidade de ter), pelo que decidimos proceder à probabilidade estimada em função do tamanho do grupo e verificar a correcção da classificação discriminante, face ao nossos pontos de corte iniciais.

Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 8: Pontos de corte- Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo*

CORTE		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de risco suicidário	Presença de risco suicidário		
Validação	n	Ausência de risco suicidário	642	0	642
		Presença de risco suicidário	22	4	54
	%	Ausência de risco suicidário	100,0	0	100,0
		Presença de risco suicidário	84,6	15,4	100,0

<sup>a</sup> 96,7% dos casos correctamente classificados

Como podemos observar, partindo do tamanho da amostra para a validação, a análise discriminante revelou uma precisão quase perfeita (96,7%), pelo que tomaremos o valor 13 como referência para comparar o risco em idosos alentejanos.

B) Para avaliação da Depressão:

### 2.8.2. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)

Escala de heteroadministração constituída originalmente por 30 itens (YESAVAGE, BRINK, ROSE, LUM, HUANG, ADEY, LEIRER, 1983) com duas alternativas de resposta (sim ou não) consoante o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”.

Após contactarmos o Professor Jerôme Yesavage, um dos autores da escala, optámos por fazer a adaptação da GDS desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Ciências Comportamentais da Universidade de Medicina de Stanford na Califórnia por uma equipa de investigadores constituída por Jerôme Yesavage, Brink, Terence Rose *et al.* em 1983, com base numa avaliação prévia aos testes de medida da depressão geriátrica (BRINK, YESAVAGE, LUM, HEERSEMA, ADEY, ROSE, 1982),

Após tradução e retroversão dos itens, fizemos um primeiro pré-teste a 200 idosos. Os resultados mostraram que 3 dos 30 itens que constituíam a escala original não tinham consistência interna (anexo 2-A) nem apresentavam correlação positiva igual ou superior a 0,3 em nenhuma dimensão, quando analisados pelo *Alpha* de Cronbach e Análise Factorial, respectivamente.

Os itens a que nos referimos são o item 27, 29 e 30 da escala original (anexo 2-B) e que traduzimos por «gosta de se levantar de manhã», «toma decisões com facilidade» e «a sua mente (pensamento, raciocínio) está tão clara como antigamente».

Considerámos que podiam ser retirados já que o constructo inerente à criação destes itens está reflectido nos itens 14, 20, 21, 23 e 26. Aliás, aqueles 3 itens também foram retirados por SHEIKH & YESAVAGE (1986) quando elaboraram a versão reduzida desta escala (GDS-SF) que pode ser observada no anexo 2-C.

Após este primeiro pré-teste, passámos a GDS e a Escala de *Hamilton Rating Scale for Depression*, largamente utilizada na clínica, para observar se existia correlação entre ambas. Os resultados mostraram uma correlação de 0,83, o que revela uma correlação de Pearson elevada (BRYMAN & CRAMER, 1993; PESTANA & GAJEIRO, 2000).

Existem algumas linhas matemáticas que referem que a Análise Factorial, pelo método das Componentes Principais, pode não ser a técnica mais adequada quando temos uma escala de medida dicotómica.

Para que não restassem dúvidas sobre a nossa escolha, e porque os nossos dados provêm de uma população normal multivariada, começámos por fazer o Teste de esfericidade de Bartlett que testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz da identidade com determinante igual a 1 (PESTANA & GAJEIRO, 2000). Os resultados podem ser observados no quadro que se segue:

*Quadro 9: Teste KMO e Bartlett - GDS*

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0,932
Teste da esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado (aproximação)	5994,603
	gl	378
	p	0,000

Como podemos observar, o teste Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000, valor inferior a 0,05, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis.

Como referem PESTANA & GAJEIRO (2000), se o nível de significância fosse superior a 0,05, dever-se-ia reconsiderar a utilização deste modelo factorial.

Um outro indicador da força da relação, entre as variáveis, é o Coeficiente de Correlação Parcial. O Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que varia entre zero e um, compara as correlações simples com as correlações parciais observadas entre as variáveis. Sendo que a decisão de uma Análise Factorial com um KMO <0,5 é inaceitável; entre [0,5 – 0,6[ é má; entre [0,6 – 0,7[ pouco razoável, mas aceitável; entre [0,7 – 0,8 [ aceitável; entre [0,8 – 0,9[ boa decisão e de [0,9 a 1] muito boa decisão.

No nosso caso, obtivemos um KMO de 0,932, o que revela que a Análise Factorial tem uma adequação muito boa para usar no GDS.

Após decidirmos sobre o tipo de análise, precisávamos de saber qual dos métodos utilizar. Calculámos a matriz anti-imagem (medida da adequação amostral de cada variável para uso da Análise Factorial, onde pequenos valores na diagonal principal levam à consideração de

eliminar a variável), onde os valores fora da diagonal representam o simétrico da matriz das correlações e deverão ser baixos para aplicação do modelo das Componentes Principais ou ACP.

Os resultados desta análise podem ser observados no quadro 10.

Quadro 10: Matriz anti-imagem - GDS

	GDS1	GDS2	GDS3	GDS4	GDS5	GDS6	GDS7	GDS8	GDS9	GDS10	GDS11	GDS12	GDS13	GDS14	GDS15	GDS16	GDS17	GDS18	GDS19	GDS20	GDS21	GDS22	GDS23	GDS24	GDS25	GDS26	GDS28
gds1	,941	-,061	-,185	-,062	-,131	-,020	-,173	,055	-,113	,002	,006	-,018	-,045	,085	-,209	,036	-,004	-,010	-,107	,043	-,025	-,013	,017	,065	,028	,003	,010
gds2	-,061	,962	-,054	-,089	-,065	-,086	,030	-,079	-,016	-,005	-,020	,005	,003	-,074	,045	-,030	-,121	,012	-,051	-,090	-,030	-,087	,050	-,015	,022	-,006	-,038
gds3	-,185	-,054	,959	-,144	-,079	,049	-,030	-,089	-,030	-,096	,013	-,038	,065	,022	-,009	-,142	-,100	-,090	,021	,003	,005	-,030	-,093	,031	-,060	-,015	-,016
gds4	-,062	-,089	-,144	,949	-,004	-,042	-,069	,106	-,073	-,054	-,130	-,001	-,066	-,028	,098	-,199	,058	,017	-,031	,015	,032	-,036	-,048	-,053	-,162	-,054	-,125
gds5	-,131	-,065	-,079	-,004	,954	-,128	-,077	-,051	-,077	-,015	-,004	-,041	,063	,016	-,146	,091	-,008	,045	-,055	-,047	,009	-,091	-,051	-,002	,025	,005	-,096
gds6	-,020	-,086	,049	-,042	-,128	,941	-,090	-,153	-,005	-,044	-,139	,042	-,042	,025	-,029	,011	-,034	-,110	,041	,063	-,012	,015	-,033	-,096	-,132	-,001	,040
gds7	-,173	,030	-,030	-,069	-,077	-,090	,921	,015	-,433	-,180	,004	,014	-,036	-,113	,049	-,148	,006	,059	-,065	-,005	-,096	-,020	,004	-,020	,073	,048	,035
gds8	,055	-,079	-,089	,106	-,051	-,153	,015	,901	-,044	,068	-,062	-,052	-,174	-,091	,059	,009	,001	-,015	,011	-,079	,010	-,017	-,132	,001	-,162	,007	-,013
gds9	-,113	-,016	-,030	-,073	-,077	-,005	-,433	-,044	,937	,023	-,057	-,050	,021	,054	-,064	-,098	-,031	,016	-,076	,022	-,044	,015	-,012	,035	-,037	-,005	,034
gds10	,002	-,005	-,096	-,054	-,015	-,044	-,180	,068	,023	,951	-,088	-,011	,045	,074	-,153	-,122	-,102	-,073	,002	-,019	,052	-,111	-,062	,081	-,045	,011	-,047
gds11	,006	-,020	,013	-,130	-,004	-,139	,004	-,062	-,057	-,088	,940	-,023	-,114	-,030	,087	-,079	,029	-,085	-,037	-,021	-,011	,056	,016	-,211	-,031	-,080	-,007
gds12	-,018	,005	-,038	-,001	-,041	,042	,014	-,052	-,050	-,011	-,023	,917	,058	-,044	-,022	,035	,022	-,033	-,069	-,154	,078	-,035	,005	-,025	-,110	-,058	-,239
gds13	-,045	,003	,065	-,066	,063	-,042	-,036	-,174	,021	,045	-,114	,058	,893	,007	,035	-,072	-,029	-,047	,069	,019	-,025	-,057	-,103	-,057	-,049	,004	,033
gds14	,085	-,074	,022	-,028	,016	,025	-,113	,091	,054	,074	-,030	-,044	,007	,888	-,067	,003	-,081	,001	,004	-,066	,038	,023	-,087	-,012	-,019	-,185	-,036
gds15	-,209	,045	-,009	,098	-,146	-,029	,049	,059	-,064	-,153	,087	-,022	,035	-,067	,902	-,084	,033	-,144	-,202	,042	,029	-,121	,015	-,028	-,052	-,011	,021
gds16	,036	-,030	-,142	-,199	,091	,011	-,148	,009	-,098	-,122	-,079	,035	-,072	,003	-,084	,954	-,058	,017	,005	-,052	-,010	,021	-,001	,017	-,137	-,039	-,099
gds17	-,004	-,121	-,100	,058	-,008	-,034	,006	,001	-,031	-,102	,029	,022	-,029	-,081	,033	-,058	,925	,060	-,278	-,034	-,057	-,160	-,032	,020	,060	-,060	,039
gds18	-,010	,012	-,090	,017	,045	-,110	,059	-,015	,016	-,073	-,085	-,033	-,047	,001	-,144	,017	,060	,885	,016	-,041	,022	-,017	,017	-,144	-,018	-,064	,039
gds19	-,107	-,051	,021	-,031	-,055	,041	-,065	,011	-,076	,002	-,037	-,069	,069	,004	-,202	,005	-,278	,016	,923	-,031	-,204	,087	-,007	-,009	-,009	,010	,045
gds20	,043	-,090	,003	,015	-,047	,063	-,005	-,079	,022	-,019	-,021	-,154	,019	-,066	,042	-,052	-,034	-,041	-,031	,918	-,244	-,064	-,004	-,019	,015	-,062	-,132
gds21	-,025	-,030	,005	,032	,009	-,012	-,096	,010	-,044	,052	-,011	,078	-,025	,038	,029	-,010	-,057	,022	-,204	-,244	,919	-,045	-,082	,012	-,057	-,122	,048
gds22	-,013	-,087	-,030	-,036	-,091	,015	-,020	-,017	,015	-,111	,056	-,035	-,057	,023	-,121	,021	-,160	-,017	,087	-,064	-,045	,942	-,113	-,010	,022	-,040	,006
gds23	,017	,050	-,093	-,048	-,051	-,033	-,004	-,132	-,012	-,062	,016	,005	-,103	-,087	,015	-,001	-,032	,017	-,007	-,004	-,082	-,113	,955	-,084	-,040	-,032	-,120
gds24	,065	-,015	,031	-,053	-,002	-,096	-,020	,001	,035	,081	-,211	-,025	-,057	-,012	-,028	,017	,020	-,144	-,009	-,019	,012	-,010	-,084	,895	-,180	-,012	,001
gds25	,028	,022	-,060	-,162	,025	-,132	,073	-,162	-,037	-,045	-,031	-,110	-,049	-,019	-,052	-,137	,060	-,018	-,009	,015	-,057	,022	-,040	-,180	,939	-,026	-,003
gds26	,003	-,006	-,015	-,054	,005	-,001	,048	,007	-,005	,011	-,080	-,058	,004	-,185	-,011	-,039	-,060	-,064	,010	-,062	-,122	-,040	-,032	-,012	-,026	,945	-,041
gds28	,010	-,038	-,016	-,125	-,096	,040	,035	-,013	,034	-,047	-,007	-,239	,033	-,036	,021	-,099	,039	,039	,045	-,132	,048	,006	-,120	,001	-,003	-,041	,904

Como podemos observar, os valores da adequação da amostra (MSA) inscritos na diagonal são bastante elevados entre todos os itens, o que, uma vez mais, justifica a Análise Factorial.

Os valores fora da diagonal são baixos, o que nos remete para a aplicação da ACP.

### 2.8.2.1. ANÁLISE FACTORIAL – COMPONENTES PRINCIPAIS

A Análise Factorial, após rotação *varimax*, revelou-nos três factores distintos:

15. O factor 1 explica 20,369% da variância e reflecte bem-estar/mal-estar,
16. O factor 2 explica 12,319% da variância e reflecte humor triste,
17. O factor 3 diz respeito às falhas mentais e físicas e explica 10,666% da variância total.



O quadro 11 mostra o resultado da análise das Componentes Principais (ACP):

*Quadro 11: Matriz das Componentes Principais do GDS – Método Varimax com normalização Kaiser*

	Factores		
	1	2	3
gds1 Está satisfeito com a sua vida actual	,766		
gds7 Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	,752		
gds9 Sente-se feliz a maior parte do tempo	,737		
gds19 Sente-se cheio de interesse pela vida	,667		
gds15 Actualmente sente-se muito contente por estar vivo	,643		
gds10 Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	,634		
gds3 Sente que a sua vida está vazia	,613		
gds5 Encara o futuro com esperança	,606		
gds17 Sente que nas condições actuais é um pouco inútil	,551		,337
gds16 Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	,551	,404	
gds22 Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	,435		,314
gds21 Sente-se cheio de energia	,422		,376
gds2 Abandonou muitas actividades e interesses	,391		,380
gds24 Aflige-se muitas vezes por coisas sem importância		,649	
gds11 Fica muitas vezes inquieto e nervoso		,648	
gds25 Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar		,621	
gds6 Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	,321	,604	
gds13 Anda muitas vezes preocupado com o futuro		,571	
gds8 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má		,492	,362
gds4 Anda muitas vezes aborrecido	,476	,480	
gds18 Preocupa-se muito com o passado		,477	
gds20 Custa-lhe muito meter-se em novas actividades			,674
gds28 Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas			,572
gds14 Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas			,550
gds12 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas			,545
gds26 Sente dificuldade em se concentrar			,532
gds23 Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor		,363	,409

**Selecionámos como critério de output que as correlações inferiores a 0,3 não fossem mostradas**

Finda esta fase da verificação da validade, passámos a avaliar fidedignidade.

### 2.8.2.2. FIDEDIGNIDADE

#### 2.8.2.2.1. CONSISTÊNCIA TEMPORAL – TESTE-RETESTE

Para avaliar a consistência temporal recorreremos ao teste-reteste. Aplicámos o instrumento, duas vezes, a 38 idosos, com um intervalo de 8 dias.

Os scores obtidos pela correlação produto-momento de Pearson, por item, podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 12: Teste-Retestes do GDS – r de Pearson para dados emparelhados*

Teste	&	Reteste	N	Correlação	Sig.
gds1	&	gds1	38	,946	0,000
gds2	&	gds2	38	,947	0,000
gds3	&	gds3	38	,947	0,000
gds4	&	gds4	38	,946	0,000
gds5	&	gds5	38	,854	0,000
gds6	&	gds6	38	,948	0,000
gds7	&	gds7	38	,948	0,000
gds8	&	gds8	38	,893	0,000
gds9	&	gds9	38	,948	0,000
gds10	&	gds10	38	,834	0,000
gds11	&	gds11	38	,948	0,000
gds12	&	gds12	38	,894	0,000
gds13	&	gds13	38	,944	0,000
gds14	&	gds14	38	,942	0,000
gds15	&	gds15	38	,944	0,000
gds16	&	gds16	38	,947	0,000
gds17	&	gds17	38	,948	0,000
gds18	&	gds18	38	,932	0,000
gds19	&	gds19	38	,948	0,000
gds20	&	gds20	38	,946	0,000
gds21	&	gds21	38	,946	0,000
gds22	&	gds22	38	,942	0,000
gds23	&	gds23	38	,948	0,000
gds24	&	gds24	38	,947	0,000
gds25	&	gds25	38	,948	0,000
gds26	&	gds26	38	,948	0,000
gds28	&	gds28	38	,948	0,000
Teste versus Reteste (27 itens) = 0,995					
ICC (Intraclass Correlation Coefficient) Teste versus Reteste (27 itens) = 0,979					
Intervalo de confiança do ICC (95%) = [0,968-0,987]					

Como podemos observar, o GDS tem uma elevada consistência temporal, quer medida pelo coeficiente de correlação de Pearson, quer pelo coeficiente de concordância ICC.

#### 2.8.2.2.2. CONSISTÊNCIA INTERNA – ALPHA DE CRONBACH E KUDER-RICHARDSON

Para avaliar a consistência interna, utilizámos dois métodos: o *Alpha* de Cronbach e o Kuder-Richardson (KR-20). A escolha teve como critérios a comparabilidade e o pressuposto estatístico. A comparabilidade porque a maioria dos estudos que avaliaram a consistência interna do GDS, fizeram-no recorrendo ao *Alpha* de Cronbach. O pressuposto estatístico porque o coeficiente indicado para avaliar escalas com níveis de mensuração dicotómica é o KR20, em especial quando a cotação envolve zero e um como escala de medida. Em termos práticos a sua utilização é indiferente, já que geram coeficientes muito semelhantes, contudo o *Alpha* de Cronbach dá-nos mais informação sobre os itens.

Os resultados dos dois coeficientes podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 13: Consistência interna do GDS – Alpha de Cronbach

	Valores métricos se o item for apagado→	Média	Variância	Correlação corrigida	Alpha
gds1	Está satisfeito com a sua vida actual	9,42	43,379	,540	,902
gds2	Abandonou muitas actividades e interesses	9,20	42,875	,503	,902
gds3	Sente que a sua vida está vazia	9,35	42,514	,635	,900
gds4	Anda muitas vezes aborrecido	9,19	41,932	,654	,899
gds5	Encara o futuro com esperança	9,28	42,853	,534	,902
gds6	Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	9,23	42,872	,511	,902
gds7	Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	9,31	42,182	,661	,899
gds8	Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	9,29	43,577	,417	,904
gds9	Sente-se feliz a maior parte do tempo	9,30	42,256	,644	,900
gds10	Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	9,35	42,841	,577	,901
gds11	Fica muitas vezes inquieto e nervoso	9,09	42,679	,527	,902
gds12	Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	9,18	43,457	,407	,904
gds13	Anda muitas vezes preocupado com o futuro	9,25	44,204	,301	,906
gds14	Acha que tem mais problemas de memória que as outras pessoas	9,32	44,204	,321	,906
gds15	Actualmente sente-se muito contente por estar vivo	9,48	44,182	,448	,904
gds16	Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	9,28	42,098	,661	,899
gds17	Sente que nas condições actuais é um pouco inútil	9,33	43,280	,485	,903
gds18	Preocupa-se muito com o passado	9,32	44,436	,283	,906
gds19	Sente-se cheio de interesse pela vida	9,31	43,012	,522	,902
gds20	Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	9,04	43,198	,450	,903
gds21	Sente-se cheio de energia	9,10	43,131	,455	,903
gds22	Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	9,42	43,810	,453	,903
gds23	Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	9,25	42,846	,522	,902
gds24	Aflige-se muitas vezes por coisas sem importância	9,12	43,754	,357	,905
gds25	Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	9,22	42,559	,559	,901
gds26	Sente dificuldade em se concentrar	9,18	43,391	,418	,904
gds28	Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas	9,23	43,622	,391	,905
<b>Alpha de Cronbach Total (27 itens)</b>		<b>0,906</b>			
<b>Kuder-Richardson (27 itens) = 0,907</b>					

O estudo da fidedignidade global mostrou que esta é muito elevada ( $\alpha=0,906$ ;  $KR=0,907$ ), uma vez que cada item se correlaciona fortemente com os restantes, apesar do item 18 ter uma correlação corrigida baixa, contudo, como no caso da consistência interna estamos a falar de uma correlação corrigida, que se calcula dividindo a correlação entre as variáveis pela raiz quadrada do produto da fidedignidade das duas medidas.

O *Alpha* é importante, mas não é condição suficiente para a aferição, pelo que devemos acompanhá-la de estatísticas de correcção (PEDHAZUR & SCHMELKIN, 1991; YAFFEE R.A., 2003).

A fórmula da correlação corrigida  $\frac{r_{xy}}{\sqrt{r_{xx}r_{yy}}}$  elucida bem por que motivo gera coeficientes menores. Assim, podemos concluir que todos os itens do instrumento parecem medir o mesmo constructo.

#### 2.8.2.2.3. CONSISTÊNCIA INTERJUÍZES – TESTE-RETESTE

A confiabilidade interjuízes foi avaliada recorrendo a 3 administrações efectuadas a 15 idosos, com 12 dias de intervalo, e por entrevistadores diferentes. Os resultados da análise das medidas repetidas podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 14: Confiabilidade interavaliador do GDS – medidas repetidas

Avaliadores	n	Média	Erro-padrão	95% Intervalo de Confiança	
				Limite inferior	Limite superior
1	15	8,800	,200	8,371	9,229
2	15	8,867	,133	8,581	9,153
3	15	8,867	,133	8,581	9,153
Total	45	8,844	,085	8,662	9,027

	Valor	F	gl da hipótese	gl dos idosos	p
Pillai's Trace	,006	,040(b)	2,000	13,000	,961
Wilks' Lambda	,994	,040(b)	2,000	13,000	,961
Hotelling's Trace	,006	,040(b)	2,000	13,000	,961
Roy's Largest Root	,006	,040(b)	2,000	13,000	,961

Como se pode observar, os resultados interavaliadores são concordantes ( $p > 0,05$ ). O valor do Lambda é um bom indicador (valores próximos de zero indicam diferenças), e face ao seu valor (0,961) podemos referir que o instrumento tem boa estabilidade para poder ser administrado por vários investigadores, sem que isso provoque um efeito significativo nos resultados ( $p = 0,961$ ).

O gráfico das médias ilustra o que acabamos de referir.

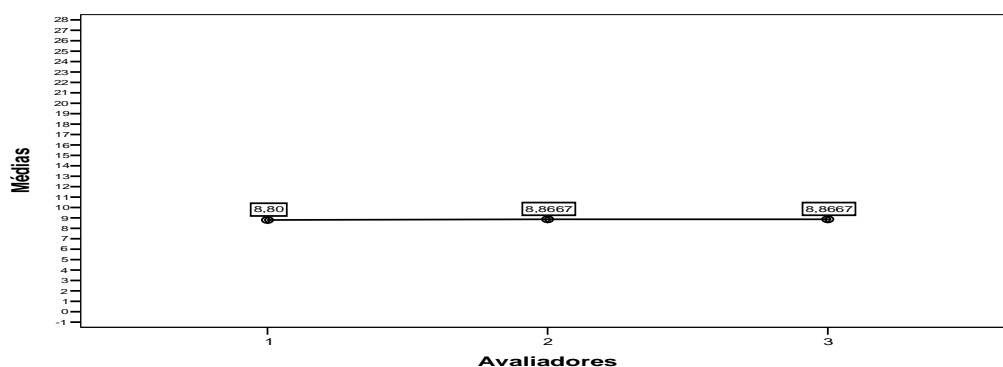


GRÁFICO 11: MÉDIA DA GDS INTERAVALIADOR

Um outro teste que avalia a concordância é o Kappa de Cohen. PESTANA & GAJEIRO (2000) referem que o nível de concordância observado é dado pelo Kappa de Cohen, cuja interpretação é a seguinte:

1. Para valores  $\geq 0,75$  existe uma excelente posição de concordância entre as duas variáveis;
2. Para valores  $0,4 \leq \text{kappa} < 0,75$  existe uma concordância suficiente a boa entre as duas variáveis;
3. Para valores  $< 0,4$  existe uma fraca concordância entre as duas variáveis.

O Kappa atinge o seu valor máximo em 1, quando não existem valores para além dos da diagonal principal, isto é, quando só existe informação concordante.

No entanto, aquando do pré-teste, ainda não tínhamos dados normativos, pelo que só recorreremos ao teste Kappa após a fase da normalização dos dados.

Logo que foi possível estabelecer os primeiros dados normativos, dividimos os resultados pelos pontos de corte 10 e procedemos ao cálculo do Kappa. Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 15: Confiabilidade interavaliador do GDS – Kappa de Cohen

		Reteste		Total	
		Ausência de depressão	Presença de depressão		
Teste	Ausência de depressão	<b>23</b>	<b>2</b>	<b>25</b>	
	Presença de depressão	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>20</b>	
Total		<b>24</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	
		Valor	EP	T	p
Medida de Concordância	Kappa	<b>0,866</b>	<b>0,075</b>	<b>5,813</b>	<b>0,000</b>
Casos Válidos		45			

Como se pode verificar, usando os pontos de corte, a concordância é muito forte entre as duas avaliações, independentemente de quem administrou os instrumentos.

Face à estrutura factorial, às consistências interna, temporal e interjuízes, consideramos que a versão portuguesa do GDS apresenta forte evidência de ser um teste válido e fidedigno para aplicar à nossa cultura.

Assim, após as referidas análises, a escala GDS ficou constituída pelos seguintes 27 itens e respectivas cotações.

Quadro 16: Versão Portuguesa do GDS

GDS	Sim	Não
1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15 - Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21 - Sente-se cheio de energia	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar	1	0
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

### 2.8.2.3. VALORES NORMATIVOS

#### 2.8.2.3.1. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA EXAUSTIVA CHAID

Para obtenção de valores normativos passámos a escala a 660 idosos residentes a Norte do Alentejo. De seguida, classificámos a amostra pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (*Chi-squared Automatic Interaction Detector*). Utilizámos o módulo *Classification Trees* do SPSS 13.0, que permite criar árvores de decisão e classificação para

identificar grupos e descobrir relações entre eles. As árvores de decisão são, quase sempre, usadas em conjunto com a tecnologia de Indução de Regras, mas são únicas no sentido de apresentar os resultados da Indução de Regras num formato hierarquizado. A regra mais importante é apresentada na árvore como o *primeiro nó*, e as regras menos relevantes são mostradas nos nós subsequentes. As vantagens principais das árvores de decisão são que elas tomam decisões levando em consideração as regras que são mais relevantes, além de serem compreensíveis para a maioria das pessoas. Ao escolher e apresentar as regras por ordem de importância, as árvores de decisão permitem aos investigadores ver, na hora, quais os factores que mais influenciam os seus dados.

As árvores, visualmente atractivas, permitem apresentar resultados de modo intuitivo. Permitem explorar os resultados e determinar visualmente como flui o modelo. Pode identificar subgrupos específicos e relações que com outras técnicas estatísticas seriam mais difíceis de detectar. Porque as árvores de classificação dividem os dados em ramos e nós, pode-se facilmente saber onde um grupo termina ou se divide.

Este método é útil na temática da saúde, já que permite identificar grupos de risco e conhecer o seu perfil, conhecer os factores que contribuem para o sucesso ou para o fracasso de determinado tratamento ou política, existindo quatro algoritmos CHAID:

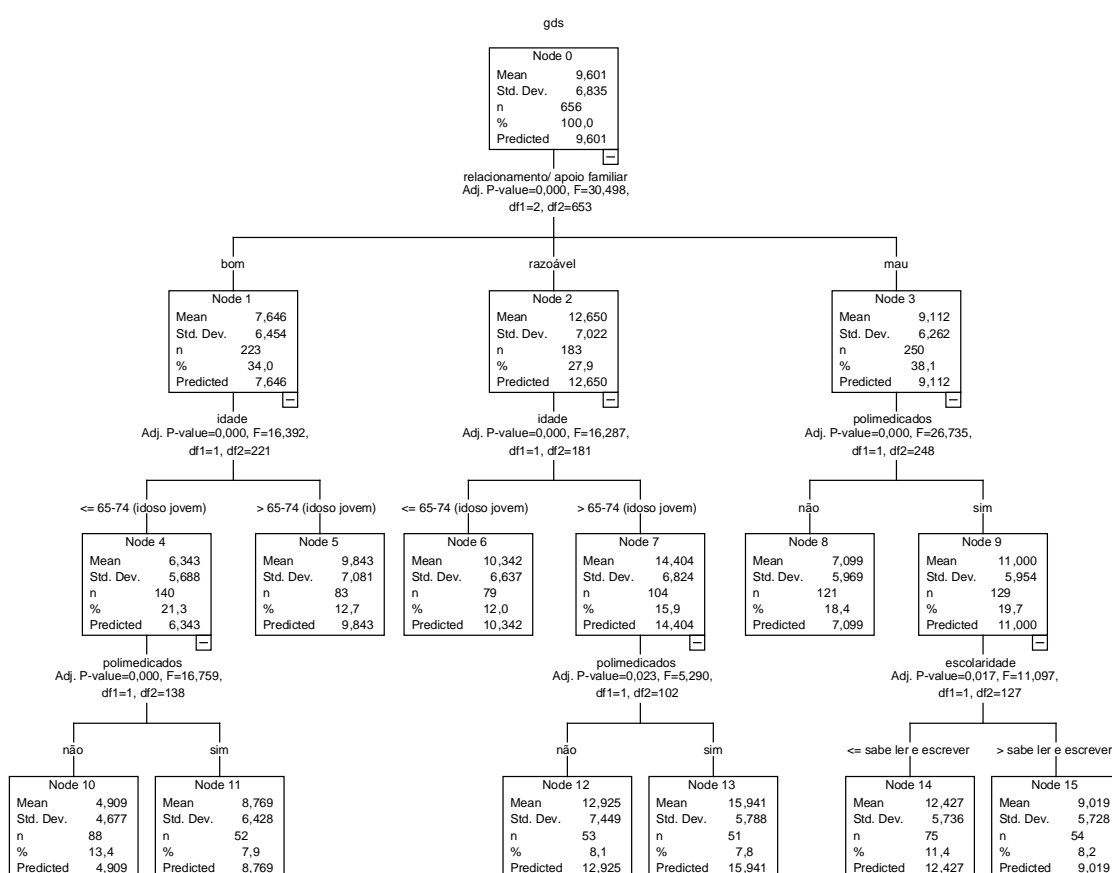
1. CHAID – um algoritmo para exploração rápida dos dados e que identifica segmentos e perfis em relação a uma variável alvo;
2. Exhaustive CHAID – uma modificação do CHAID que examina todas as possibilidades de divisão para cada variável explicativa;
3. Classification & Regression Trees (CRT) – um algoritmo binário que cria partições nos dados e produz subconjuntos homogéneos;
4. QUEST – um algoritmo que selecciona variáveis sem enviesamento e cria árvores binárias. Este último só pode ser utilizado em variáveis categoriais.

Seleccionámos o Exhaustive CHAID e como variável dependente colocamos a GDS. Seleccionámos como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas e a percepção pessoal sobre o suicídio.

No modelo das causas da variação dos valores médios da depressão na população idosa em geral entraram o relacionamento familiar, a polimedicação, a escolaridade e a idade, ficando

de fora, nesta população, o sexo, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, as perdas recentes, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio. Parece-nos bastante coerente esta exclusão, já que seleccionámos uma população de baixo risco suicidário.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como, os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, o valor médio obtido na GDS pela população é de 9,6, no entanto baixa para 4,9 quando três condições se sucedem: o relacionamento familiar é bom, os idosos têm idades inferiores a 74 anos e não são polimedicados. A depressão sobe significativamente e apresenta os valores mais altos (15,9) quando estão associados três outros aspectos: idosos com relacionamentos familiares de maus a razoáveis, com mais de 74 anos e polimedicados.



## 2.8.2.3.2. ANÁLISE DISCRIMINANTE

Começámos por estabelecer pontos de corte em função das médias obtidas pela população idosa em geral (nó zero da análise CHAID), considerando que a presença de 10 ou menos sintomas (9,6) discriminavam entre ausência de depressão e presença, se ultrapassados.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 17: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte*

		n	%	% Válida
Casos Válidos	Ausência de depressão	392	59,4	59,8
	Presença de depressão	264	40,0	40,2
	Total	656	99,4	100,0
Não preencheram todos os itens		4	,6	
Total		660	100,0	

Como podemos observar, 40,2% dos idosos que preencheram completamente o questionário apresentam depressão, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos.

De seguida, recorreremos à análise discriminante da função para verificar a precisão da nossa decisão. O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 18: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori para grupos iguais*

CORTE		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de depressão	Presença de depressão		
Original	N	Ausência de Depressão	392	0	392
		Presença de Depressão	0	264	264
	%	Ausência de Depressão	100,0	,0	100,0
		Presença de Depressão	,0	100,0	100,0
Validação cruzada(a)	N	Ausência de Depressão	392	0	392
		Presença de Depressão	0	264	264
	%	Ausência de Depressão	100,0	,0	100,0
		Presença de Depressão	,0	100,0	100,0

<sup>a</sup> Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

<sup>b</sup> 100,0% dos casos correctamente classificados.

<sup>c</sup> 100,0% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, partindo do princípio de que a probabilidade dos idosos terem depressão é igual à de não terem (0,5/0,5), os nossos pontos de corte de que 10 em 27 sintomas não é depressão foram validados em 100%. Contudo, não nos pudemos contentar com apenas esse princípio e fomos verificar a validação calculando os resultados pela dimensão dos grupos (0,598 de probabilidade de não ter depressão em 0,402 de probabilidade de ter). Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 19: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo

	CORTE	Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de Depressão	Presença de Depressão		
Validação	n	Ausência de Depressão	392	0	392
		Presença de Depressão	24	240	264
	%	Ausência de Depressão	100,0	,0	100,0
		Presença de Depressão	9,1	90,9	100,0

96,3% dos casos correctamente classificados

Como podemos observar, partindo da probabilidade de 59,8% não terem depressão e 40,2% terem (tamanho da nossa amostra em função dos nossos pontos de corte depois de excluídos os valores em falta), a validação é menor, contudo quase perfeita, já que a Análise Discriminante nos revelou que 96,3% foram correctamente identificados. Quisemos conhecer o ponto de corte probabilístico e calculámos a contingência entre os valores preditivos para os grupos e os valores globais da GDS. O quadro que se segue mostra os resultados.

Quadro 20: Contingência dos valores preditivos e GDS.

GDS	Grupo preditivo para análise		Total
	Ausência de Depressão	Presença de Depressão	
0	37	0	37
1	43	0	43
2	32	0	32
3	36	0	36
4	39	0	39
5	38	0	38
6	33	0	33
7	43	0	43
8	31	0	31
9	30	0	30
10	30	0	30
11	24	0	24
12	0	23	23
13	0	24	24
14	0	20	20
15	0	25	25
16	0	20	20
17	0	19	19
18	0	19	19
19	0	20	20
20	0	18	18
21	0	13	13
22	0	11	11
23	0	15	15
24	0	3	3
25	0	6	6
26	0	2	2
27	0	2	2
	416 (63,4%)	240 (36,6%)	656

Como se pode observar o ponto de corte preditivo resultante da Análise Discriminante é de onze (11) sintomas em vinte sete (27). Para uma tomada de decisão o mais coerente possível decidiu-se comparar estes valores com pontos de corte validados clinicamente.

2.8.2.3.3. VALIDAÇÃO CLÍNICA

Assim solicitámos a um psiquiatra que administrasse a GDS nas suas consultas a idosos e que apontassem no instrumento qual o seu diagnóstico clínico relativo à depressão. Os resultados foram calculados recorrendo a dois procedimentos:

O primeiro foi o proposto por Fisher. Assim, após termos em nossa posse os questionários, calculámos as pontuações obtidas na GDS, e obedecendo à fórmula de Fisher para o ponto de corte (P)  $P = \frac{(\bar{x}_1 + s_1) + (\bar{x}_2 - s_2)}{2}$ , obtivemos o ponto de corte 11.

Observe-se:

$$P = \frac{(9,6 + 6,8) + (12,7 - 6,2)}{2} = 11,25$$

O segundo foi proveniente da epidemiologia, sugere que seja clinicamente comprovado e recorre aos seguintes procedimentos:

Quadro 21: Procedimentos para calcular o valor diagnóstico de um teste

		Padrão de ouro (Gold Standard)		
		D+	D-	Σ
Teste	T+	a	b	a+b
	T-	c	d	c+d
Σ		a+c	b+d	(a+c)+(b+d)

Valor diagnóstico	Forma de cálculo	IC-	IC+
S (Sensibilidade do teste):	$p(T+/D+) = a/a+c$	$S-[1,96*RAIZQ((S*(1-S)/(a+c)+(b+d)))]$	$S+[1,96*RAIZQ((S*(1-S)/(a+c)+(b+d)))]$
E (Especificidade do teste)	$p(T-/D-) = d/b+d$	$E-[1,96*RAIZQ((E*(1-E)/(a+c)+(b+d)))]$	$E+[1,96*RAIZQ((E*(1-E)/(a+c)+(b+d)))]$
VPP (Valor preditivo positivo)	$p(D+/T+) = a/a+b$	$VPP-[1,96*RAIZQ((VPP*(1-VPP)/(a+c)+(b+d)))]$	$VPP+[1,96*RAIZQ((VPP*(1-VPP)/(a+c)+(b+d)))]$
VPN (Valor preditivo negativo)	$p(D-/T-) = d/c+d$	$VPN-[1,96*RAIZQ((VPN*(1-VPN)/(a+c)+(b+d)))]$	$VPN+[1,96*RAIZQ((VPN*(1-VPN)/(a+c)+(b+d)))]$
FP (Falso positivo)	$p(T+/D-) = b/b+d$	$FP-[1,96*RAIZQ((FP*(1-FP)/(a+c)+(b+d)))]$	$FP+[1,96*RAIZQ((FP*(1-FP)/(a+c)+(b+d)))]$
FN (Falso negativo)	$p(T-/D+) = c/a+c$	$FN-[1,96*RAIZQ((FN*(1-FN)/(a+c)+(b+d)))]$	$FN+[1,96*RAIZQ((FN*(1-FN)/(a+c)+(b+d)))]$
A (Acurácia)	$p[(T+/D+) \wedge (D-/T-)] / n = a+d/(a+c)+(b+d)$	$A-[1,96*RAIZQ((A*(1-A)/(a+c)+(b+d)))]$	$A+[1,96*RAIZQ((A*(1-A)/(a+c)+(b+d)))]$

ONDE:

- D = Doença
- T = Teste diagnóstico
- + = Presente ou positivo
- = Ausente ou negativo.
- n = total de sujeitos
- IC= Intervalo de Confiança de 95%
- IC-=limite inferior do IC
- IC+=limite superior do IC

<sup>2</sup> Na utilização desta fórmula deve-se ter em conta que  $\bar{\chi}_1 < \bar{\chi}_2$ ; assim no caso vertente  $\bar{\chi}_1$  = média dos indivíduos população em geral e  $\bar{\chi}_2$  = média dos indivíduos deprimidos.

Os resultados foram os seguintes:

Quadro 22: Dados normativos e valor diagnóstico da GDS

		Diagnóstico clínico		Total
		Presença de depressão	Ausência de depressão	
GDS	Presença de depressão (>11 sintomas)	14	1	15
	Ausência de depressão (<=11)	0	5	5
Total		14	6	20

	PE	IC-	IC+
S	100%	1	1
E	83%	0,5	1
VPP	93%	0,8	1
VPN	100%	1	1
FP	17%	0	0,3
FN	0%	0	0
A	95%	0,9	1

Como se pode observar, tomando como ponto de corte o valor 11, a acurácia da GDS é de 95%, apresentando uma capacidade de 100% de detectar doença quando ela existe de facto, e de detectar a ausência de doença quando ela não existe de facto, de 83%.

Face ao exposto, decidimo-nos definitivamente pelo ponto de corte 11.

C) Para avaliação da satisfação com a vida, condições económicas e saúde.

### 2.8.3. Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV)

Reconhecida a importância de se avaliar a qualidade de vida, é necessário discutir como avaliar, o que, num primeiro momento, passa pela construção dos questionários de avaliação. Auquier *et al.* (1997), *apud* MINAYO *et al.* (2000) consideram que a construção dos instrumentos disponíveis de qualidade de vida foi orientada por três correntes: o funcionalismo, a teoria do bem-estar e a teoria da utilidade (preferência). A primeira compara as pessoas com um padrão normal (normativo) para a idade e a função social, medindo o seu desvio ou morbidade; o “normal” é definido por indicadores individuais de capacidade de execução de actividades (habilidade). A teoria do bem-estar busca as percepções e as reacções subjectivas das pessoas, tentando medir o grau de satisfação/insatisfação, felicidade/infelicidade, além de outras dimensões, como autonomia, sentimento de eficácia

pessoal, etc. A última corrente pressupõe a preferência dos indivíduos frente a diferentes cenários de saúde, muito utilizada em estudos de custo-eficácia para o planeamento de serviços e alocação de verbas.

WOOD-DAUPHINEE (1999) mostra que houve atenção redobrada em relação à metodologia de construção e aplicação das medidas de qualidade de vida a partir da década de 80. Houve um aumento no rigor metodológico para o desenvolvimento dos instrumentos, e uma preocupação maior na divulgação das propriedades psicométricas.

Surgiram livros e artigos em periódicos científicos mostrando os passos apropriados para desenvolver e testar novos instrumentos, muitos fazendo revisões detalhadas de medidas, escalas e instrumentos em uso, provendo informação a respeito das suas propriedades psicométricas e sobre as populações em que foram testados, discutindo os seus pontos positivos e negativos.

Outras publicações procuraram discutir as escolhas adequadas de instrumentos para determinada pesquisa clínica. Wood-Dauphinee afirma que essa escolha é dependente de vários factores, como o objectivo do estudo, o tipo de estudo, o público-alvo e as propriedades psicométricas do instrumento. Refere, também, que as agências de financiamento de pesquisas passaram a ser mais rigorosas na atribuição de fundos, exigindo informação detalhada das questões metodológicas e das propriedades psicométricas.

Editores de jornais e revistas científicas também aumentaram as suas exigências para publicação. Essa preocupação crescente em relação a questões metodológicas tem levado a um acréscimo de melhores informações a respeito dos instrumentos.

Aprendeu-se, também, que a avaliação, além de complexa, é dinâmica, isto é, a forma como a pessoa avalia a qualidade da sua vida pode alterar-se de acordo com fenómenos psicossociais, como adaptação e expectativa, o que aumenta as dificuldades na monitorização da qualidade de vida no decorrer do tempo. Um maior conhecimento sobre questões metodológicas tem mostrado vários problemas associados ao uso de medidas em diferentes países, o que levou à utilização de métodos confiáveis de tradução e adaptação cultural. Como a maioria dos instrumentos é desenvolvida em língua inglesa, antes da sua utilização em países de língua e culturas diferentes deve estabelecer-se um rigoroso processo de tradução e adaptação, assim como uma revalidação, para assegurar a equivalência conceptual e cultural. Somente após esse processo, o instrumento pode ser interpretado no novo cenário.

As técnicas de análises dos resultados estão a tornar-se cada vez mais sofisticadas, devido às várias características dos estudos de avaliação da qualidade de vida. Uma variedade de

abordagens estatísticas está hoje disponível para tratar adequadamente essas questões. Embora a análise univariada seja comumente empregue, várias técnicas multivariadas têm sido sugeridas para lidar com o problema de comparações múltiplas. Há, também, técnicas para incorporar tempo de sobrevivência e dados de qualidade de vida, como curvas de sobrevivência modificadas e anos de vida ajustados à qualidade (QALY's). Além disso, a interpretação dos resultados também é complexa e várias estratégias têm sido propostas.

Na construção da **Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV)** [34 itens medem três dimensões: a saúde, as condições socioeconómicas e a satisfação com a vida. Escala de heteroadministração constituída por 34 itens, com quatro alternativas de resposta de quase nunca (1) a quase sempre (4) (anexo 3)], começámos por delinear os procedimentos necessários à elaboração deste instrumento de avaliação da qualidade de vida de idosos, adoptando uma metodologia consagrada na literatura, mas pouco utilizada em Portugal.

Adoptámos uma metodologia (KIRSHNER & GUYATT, 1985; GUYATT *et al.*, 1989; JUNIPER *et al.*, 1997; PASCHOAL, 2002), aplicada com grande reconhecimento em outros países na construção de instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida (GUYATT *et al.*, 1989; JUNIPER *et al.*, 1992; COOK *et al.*, 1993) e composta por três partes: selecção de itens, redução de itens e identificação das dimensões.

Na primeira, o investigador deve gerar um conjunto (*pool*) de itens relevantes para o seu objecto de estudo. Este conjunto de itens passará por um processo de redução para o investigador compor o instrumento final, havendo, actualmente, duas maneiras de o fazer:

1. O Método do Impacto Clínico, pertencente à assim chamada "Clinimetria" (WRIGHT; FEINSTEIN, 1992; MARX *et al.*, 1999);
2. As técnicas psicométricas, método mais antigo e convencional que distribui os itens por dimensões.

### 2.8.3.1. Estudo Preliminar à Construção da Escala

Aplicámos a lista preliminar de itens a 16 idosos, estratificados segundo o sexo, a idade e o estado funcional. A composição foi a seguinte:

Quadro 23: Características da amostra que contribuiu para a diminuição da pool inicial de itens

Sexo	Grupo etário	Capacidade funcional	Idosos
Mulheres	65 - 74	Totalmente independentes	2
Mulheres	< 74	Totalmente independentes	2
Mulheres	65 - 74	Com diminuição da capacidade funcional física	2
Mulheres	< 74	Com diminuição da capacidade funcional física	2
Homens	65 - 74	Totalmente independentes	2
Homens	< 74	Totalmente independentes	2
Homens	65 - 74	Com diminuição da capacidade funcional física	2
Homens	< 74	Com diminuição da capacidade funcional física	2

A mediana da idade foi 79 anos, sendo 76 anos para os homens e 82,5 anos para as mulheres. Nos homens houve predomínio de casados (5/8) e, nas mulheres, de não-casadas (6/8). Os homens tinham escolaridade baixa, sem analfabetismo (a escolaridade mais alta foi o 2.º ciclo completo, com três entrevistas) e as mulheres distribuíram-se desde analfabetas até bacharelato com maior frequência das analfabetas (3/8).

A mediana do rendimento *per capita* foi de €366,00, a menor foi de €115,50 e a maior de €1.197,67. O Salário Mínimo Nacional, à data da recolha dos dados, era de € 374,00. O rendimento familiar *per capita* da maioria (10/16) era de até 2 salários mínimos e apenas quatro tinham rendimento *per capita* acima de 3 salários mínimos.

Os procedimentos durante a relação com os entrevistados consistiram nos seguintes aspectos:

1. Apresentámo-nos e identificámo-nos;
2. Fizemos o convite à participação, com uma explicação mínima sobre o que se tratava;
3. Iniciámos a entrevista, depois do entrevistado ter concordado em participar, após detalharmos os objectivos, a justificação, os riscos, os direitos do entrevistado e o procedimento em si.
4. Explicámos, após agradecer a colaboração, como se realizará a entrevista, detalhando-a tanto quanto possível, como, por exemplo, a existência de três fases:
  - 4.1 Espontânea – identificação espontânea dos itens que o entrevistado considera relevantes para uma boa e para uma má qualidade de vida (momentos separados);
  - 4.2 Estimulada – identificação da relevância dos demais itens da lista preliminar, que não forem identificados espontaneamente na primeira fase e que serão apresentados ao entrevistado;

- 4.3 Avaliação da importância - avaliação, através de escala de Likert de 5 pontos, da importância de todos os itens considerados relevantes para a qualidade de vida (boa ou má), espontânea ou estimuladamente;
5. Explicámos ao entrevistado que alguns itens eram parecidos, semelhantes, mas não eram iguais; têm uma redacção parecida, ou abordam um assunto ou tema já abordado, mas sob um ponto de vista diferente, buscando cambiantes ou diferenças subtis;
  6. Pedimos que, mesmo se considerasse que o item tinha exactamente o mesmo significado, tentasse verificar com o máximo de exactidão possível o que lhe estava a ser solicitado (por exemplo: "A sua família gosta de si e respeita-o" e "está feliz com a família que constituiu");
  7. Anotámos o horário do início da entrevista;
  8. Iniciámos a entrevista;
  9. Verificámos durante a aplicação se o item era de fácil entendimento/compreensão, e quando verificámos que não o era, tentámos perceber porquê (mal redigido? uso de palavras que fogem ao vocabulário do inquirido? dificuldades inerentes ao idoso entrevistado, como: escolaridade baixa? défice cognitivo? regionalismo? timidez? ansiedade? tensão? vergonha? pudor? ...);
  10. Anotámos o horário do término da entrevista;
  11. Pedimos sugestões ao idoso para melhorar a compreensão daqueles itens que não foram bem entendidos (usar nova palavra no lugar de outra que não foi entendida ou fazer nova redacção);
  12. Agradecemos a colaboração.

A duração mediana da entrevista foi de 55 minutos, com duração mínima de 40 minutos e máxima de 80 minutos. Para os mais alfabetizados, a duração mediana foi 50 min., para os menos, de 60 min.

A primeira fase, de fala livre e espontânea, teve duração aproximada de 10 minutos. O número mediano de itens relatados espontaneamente foi 19, tendo variado entre 12, o mínimo, e 34, o máximo. São itens considerados relevantes para uma boa ou má qualidade de vida do idoso. Um entrevistado do sexo masculino de 79 anos considerou que todos os itens tinham relevância para a qualidade de vida do idoso. O número mediano de itens que não foram entendidos foi 3, variando de zero a 6.



## 2.8.3.1.1. ANÁLISE CLINIMÉTRICA

## Método do Impacto

Usámos, inicialmente, uma lista de 40 afirmações gerada por entrevistas realizadas, aliadas a outros itens retirados de outras fontes, o que resultou num questionário com 74 itens, abrangendo as dimensões: satisfação com a vida, aspectos socioeconómicos e saúde. Entrevistámos, então, 16 indivíduos. Num primeiro momento, pedimos que apontassem espontaneamente as afirmações que definiam qualidade de Vida. Quando se esgotaram os itens “espontâneos” mostrou-se a lista e, então, perguntámos, dos itens que não haviam identificado espontaneamente, quais os que representavam problemas para a sua vida (respostas estimuladas). Em seguida, pediu-se que avaliassem a importância de cada item identificado (espontânea e estimuladamente) usando uma escala de Likert de 5 pontos (1 = nenhuma importância; é melhor que isso não apareça/aconteça para que a qualidade de vida seja boa; 2 = pouca importância; 3 = média importância; 4 = muita importância e 5 = extrema importância ou fundamental para uma boa qualidade de vida). Para estabelecer quais os itens que eram mais relevantes, multiplicámos o número de indivíduos que rotulou determinado item como problema (frequência) pela importância média atribuída àquele item (importância). O produto frequência *versus* importância representou o significado de cada item na vida dos indivíduos (impacto). O impacto foi representado numericamente por um *score* [por exemplo, 10 indivíduos assinalaram o item “ser capaz de fazer muitas coisas sozinho” e o resultado da avaliação da importância desse item, resultou num *score* médio de 3,5. O *score* de impacto foi de 35 (10 \* 3,5)].

O produto da proporção de indivíduos que apontaram um determinado item como relevante para a qualidade de vida (frequência) pela importância média dada àquele item (importância) representa o significado daquele item na qualidade de vida dos indivíduos (impacto).

Na primeira fase (espontânea), os entrevistados apontaram determinantes de qualidade de vida na velhice que não constavam da lista previamente elaborada..

SUGESTÃO	Número de idosos que sugeriram o item
Não poder ajudar a família (má QV)	5
Ter capacidade para aprender coisas novas (boa QV)	7
Convivência com amigos e vizinhos (boa QV)	4

Aceitámos a sugestão e acrescentámo-los ao instrumento, embora com uma formulação ligeiramente diferente.

Os itens foram ordenados de acordo com o seu *score* de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram seleccionados os primeiros 34 itens de *score* mais alto.

A seguir, os itens foram agrupados em dimensões por especialistas com experiência clínica e gerontológica. Metodologicamente, deverá haver um mínimo de quatro itens por domínio e uma representação adequada de domínios, de forma a garantir a multidimensionalidade do constructo Qualidade de Vida. Se, aplicados tais critérios, alguma dimensão não atingir o número mínimo de itens, os próximos itens de mais alto *score*, compatíveis com aquela dimensão, serão adicionados. Itens fortemente correlacionados um com o outro teriam de ser combinados num único item.

#### 2.8.3.1.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA

### **Seleção e Redução dos itens – Análise factorial (ACP)**

O objectivo desta parte foi o de identificar os itens que podiam ser relevantes para o assunto em estudo, para constituir uma lista a ser submetida à apreciação da população-alvo. Os itens foram gerados a partir de várias fontes, como entrevistas a idosos, revisão da literatura (estudos clínicos e outros questionários), onde utilizámos essencialmente três métodos de análise: o método do Impacto Clínico (KIRSHNER & GUYATT, 1985) - uma técnica pouco difundida e que, por isso, apresentamos com maior detalhe; a discussão com outros especialistas e a abordagem psicométrica que de seguida pormenorizamos.

A redução dos itens tem como objectivo identificar quais os itens mais importantes para a população-alvo, dentre todos os pertencentes ao conjunto que foi gerado durante a selecção, levando em consideração o objecto de estudo e a população-alvo.

Recorremos às técnicas psicométricas, com destaque para a Análise Factorial, buscando uma redução de dimensionalidade das medidas originais pelo método das Componentes Principais, que é uma abordagem que pode ser usada para analisar inter-relações entre um grande número de variáveis e explicar essas variáveis em termos de dimensões ou factores subjacentes. O objectivo é condensar as informações contidas num número original de variáveis em um menor número de factores, com a mínima perda de informações.

Para McDOWELL & NEWELL (1996a), a Análise Factorial pode ser usada para descrever a estrutura conceptual subjacente de um instrumento, examinando se os itens têm concordância, ou não, para medir um ou mais temas comuns. Usa o padrão de inter-relações entre as respostas aos itens, agrupando as questões em factores que parecem medir temas comuns, cada factor sendo distinto do outro.

É uma metodologia mais complexa do que o Impacto Clínico, cabendo destacar três aspectos da maior complexidade da Análise Factorial: os conceitos desta técnica de análise multivariada, os procedimentos estatísticos utilizados e a interpretação dos resultados.

Passámos o ETAQV a 660 idosos e analisámos as Componentes Principais de 34 itens.

Adoptámos, antes da realização da Análise Factorial pelo método ACP (**A**nálise das **C**omponentes Principais), o procedimento de remover os itens que apresentassem correlação inferior a 0,3 (BRYMAN & CRAMER, 1993) e itens altamente correlacionados (coeficiente de correlação item-item maior do que 0,9), por considerarmos que, se partilham uma relação positiva muito forte com o outro item, o mais provável é que tenham elevada covariância ou que signifiquem exactamente o mesmo para todos, não sendo por isso discriminativo.

Recorremos, então, à rotação *varimax* dos 34 itens restantes dos 74 itens iniciais que tinham sido identificados como problema.

Nenhum item foi eliminado após rotação *varimax*, e seis dimensões foram obtidas com valores próprios superiores a 1. Forçámos rotações *varimax* para três, quatro e cinco factores e mostrámos a dois clínicos que reviram esses agrupamentos e, baseados na sua experiência clínica, gerontológica e metodológica, seleccionaram a rotação a três factores.

A rotação de três factores explicava, no seu conjunto, 46% da variância total.

O primeiro factor diz respeito à satisfação com a vida e explica 33% da variância, o segundo factor representa a saúde percebida (autonomia) e explica 8% da variância, e o terceiro factor reflecte a situação económica percebida e explica 5% da variância.

Quadro 24: Matriz das componentes principais da ETAQV – saturação rodada

	Factores		
	1	2	3
etaqv1 Sente-se só e desamparado na vida	,556		
etaqv2 Sente que a sua vida é aborrecida e monótona	,357	,335	
etaqv3 A sua família ajuda-o a resolver os problemas que se lhe deparam	,534		
etaqv4 Sente-se nervoso ou inquieto	,319		
etaqv5 Consegue expressar à sua família o que sente ou o que pensa	,622		
etaqv6 Sente que as suas crenças lhe dão segurança face ao futuro	,451		
etaqv7 Mantém relações com os seus amigos e vizinhos	,486	,331	
etaqv8 É feliz com a família que constituiu	,707		
etaqv9 Gosta de se distrair ou divertir	,528	,316	
etaqv10 Já teve pensamentos de pôr termo à vida	,391		
etaqv11 A sua família conta consigo para tomar decisões relacionadas com os problemas do lar	,491		
etaqv12 A sua família gosta de si e respeita-o	,730		
etaqv13 É feliz com a vida que leva	,648	,309	
etaqv14 O seu estado de ânimo é favorável	,627		,377
etaqv15 Sente-se confiante e seguro face ao futuro	,508		,435
etaqv16 Sente que com a reforma a vida perde sentido	,446		
etaqv17 Sente que é importante para a sua família	,746		
etaqv18 Consegue realizar as actividades físicas que as outras pessoas da sua idade podem fazer		,713	
etaqv19 Desloca-se ajudado por outra pessoa ou amparado por uma bengala		,721	
etaqv20 Sente que pode aprender coisas novas	,353	,425	
etaqv21 Pode utilizar os transportes públicos quando se desloca		,743	
etaqv22 Sente-se capaz de cuidar de si próprio		,735	
etaqv23 Pode ir às compras		,786	
etaqv24 Sente que pode ajudar no cuidado e atenção dos seus netos ou outras crianças que tivesse por perto	,365	,543	
etaqv25 Considera-se uma pessoa útil	,496	,583	
etaqv26 Pensa que o seu estado de saúde lhe permite desfrutar a vida		,490	
etaqv27 O seu estado de saúde permite-lhe realizar sozinho as actividades quotidianas da vida		,800	
etaqv28 Consegue ler jornais, revistas, livros ou ver televisão		,507	
etaqv29 A sua situação económica permite-lhe resolver os problemas que se lhe deparam			,785
etaqv30 Ao longo da sua vida conseguiu realizar as suas aspirações			,581
etaqv31 Está satisfeito com a sua situação económica			,771
etaqv32 Acha que a sua casa tem boas condições para viver nela		,342	,555
etaqv33 A sua casa é suficiente cómoda para as suas necessidades		,424	,509
etaqv34 Tem aspirações e planos para o futuro	,344	,373	,441

A matriz obtida sugere um agrupamento equilibrado dos itens em torno das três dimensões inicialmente projectadas. A reordenação dos itens em torno de cada uma das dimensões encontradas foi forçada pelo método *varimax*.

## Consistência Interna - Fidedignidade

Com base na nova estrutura factorial, fomos determinar a consistência interna da ETAQV (34 itens), da subescala Satisfação com a Vida (itens 1 a 17), Saúde Percebida (itens 18 a 28) e da subescala Situação Económica Percepcionada (itens 29 a 34) pelo método *Alpha* de Cronbach, indicado para escalas de resposta ordinais. O quadro que se segue mostra o resultado da análise.

Quadro 25: Análise da fidedignidade da ETAQV – Alpha de Cronbach

	Media	Variância	Correlação corrigida	Alpha
Valores métricos se o item for apagado→				
etaqv1 Sente-se só e desamparado na vida	99,15	327,835	,506	,933
etaqv2 Sente que a sua vida é aborrecida e monótona	99,49	326,497	,483	,933
etaqv3 A sua família ajuda-o a resolver os problemas que se lhe deparam	99,47	324,953	,399	,935
etaqv4 Sente-se nervoso ou inquieto	99,70	333,537	,276	,935
etaqv5 Consegue expressar à sua família o que sente ou o que pensa	99,79	324,441	,539	,933
etaqv6 Sente que as suas crenças lhe dão segurança face ao futuro	99,65	328,215	,411	,934
etaqv7 Mantém relações com os seus amigos e vizinhos	99,14	327,004	,559	,933
etaqv8 É feliz com a família que constituiu	99,08	328,618	,499	,933
etaqv9 Gosta de se distrair ou divertir	99,38	323,684	,570	,932
etaqv10 Já teve pensamentos de pôr termo à vida	98,80	336,246	,305	,935
etaqv11 A sua família conta consigo para tomar decisões relacionadas com os problemas do lar	99,89	324,919	,495	,933
etaqv12 A sua família gosta de si e respeita-o	99,06	328,416	,543	,933
etaqv13 É feliz com a vida que leva	99,53	319,805	,711	,931
etaqv14 O seu estado de ânimo é favorável	99,66	320,738	,685	,931
etaqv15 Sente-se confiante e seguro face ao futuro	99,98	321,624	,609	,932
etaqv16 Sente que com a reforma a vida perde sentido	99,32	330,626	,384	,934
etaqv17 Sente que é importante para a sua família	99,24	322,840	,672	,932
etaqv18 Consegue realizar as actividades físicas que as outras pessoas da sua idade podem fazer	99,43	322,777	,576	,932
etaqv19 Desloca-se ajudado por outra pessoa ou amparado por uma bengala	99,09	329,775	,359	,935
etaqv20 Sente que pode aprender coisas novas	100,04	319,398	,570	,932
etaqv21 Pode utilizar os transportes públicos quando se desloca	99,62	321,687	,518	,933
etaqv22 Sente-se capaz de cuidar de si próprio	99,26	321,107	,653	,932
etaqv23 Pode ir às compras	99,35	320,202	,572	,932
etaqv24 Sente que pode ajudar no cuidado e atenção dos seus netos ou outras crianças que tivesse por perto	99,65	318,186	,635	,932
etaqv25 Considera-se uma pessoa útil	99,41	319,245	,712	,931
etaqv26 Pensa que o seu estado de saúde lhe permite desfrutar a vida	99,76	320,105	,508	,933
etaqv27 O seu estado de saúde permite-lhe realizar sozinho as actividades quotidianas da vida	99,31	321,274	,633	,932
etaqv28 Consegue ler jornais, revistas, livros ou ver televisão	99,41	326,672	,447	,934
etaqv29 A sua situação económica permite-lhe resolver os problemas que se lhe deparam	99,67	325,031	,541	,933
etaqv30 Ao longo da sua vida conseguiu realizar as suas aspirações	99,86	329,419	,427	,934
etaqv31 Está satisfeito com a sua situação económica	100,00	325,137	,478	,933
etaqv32 Acha que a sua casa tem boas condições para viver nela	99,32	325,489	,559	,933
etaqv33 A sua casa é suficiente cómoda para as suas necessidades	99,31	325,096	,584	,932
etaqv34 Tem aspirações e planos para o futuro	100,33	319,411	,618	,932
<b>Alpha de Cronbach Total (34 itens)</b>		<b>0,935</b>		

O estudo da fiabilidade dos itens revelou-nos que a ETAQV é uma escala com uma excelente consistência interna. Quanto à fidedignidade das subescalas, o quadro que se segue resume a sua análise.

*Quadro 26: Análise da fidedignidade das subescalas da ETAQV – Alpha de Cronbach*

Dimensões	Itens	Alpha
SV – satisfação com a vida	[1-17]	0,892
SP – saúde percebida	[18-28]	0,894
SEP – situação económica percebida	[29-34]	0,762

Em suma, podemos referir que as suas dimensões SV, SP e SEP apresentam uma boa consistência interna e uma boa fidedignidade. O quadro detalhado do teste de fidedignidade mostrou não ser necessário proceder à exclusão de nenhum item.

### Consistência interjuízes – teste-reteste

*Quadro 27: Confiabilidade interavaliador da ETAQV – medidas repetidas*

Avaliadores	n	Média	Erro-Padrão	95% Intervalo de Confiança	
				Limite inferior	Limite superior
A	15	109,07	3,434	101,701	116,433
B	15	111,80	2,517	106,402	117,198
C	15	106,27	3,054	99,716	112,817

	Valor	F	Gl da hipótese	gl dos idosos	p
Pillai's Trace	,250	2,172(b)	2	13	0,153
Wilks' Lambda	,750	2,172(b)	2	13	0,153
Hotelling's Trace	,334	2,172(b)	2	13	0,153
Roy's Largest Root	,334	2,172(b)	2	13	0,153

Como se pode observar, os resultados interavaliadores são concordantes ( $p > 0,05$ ).

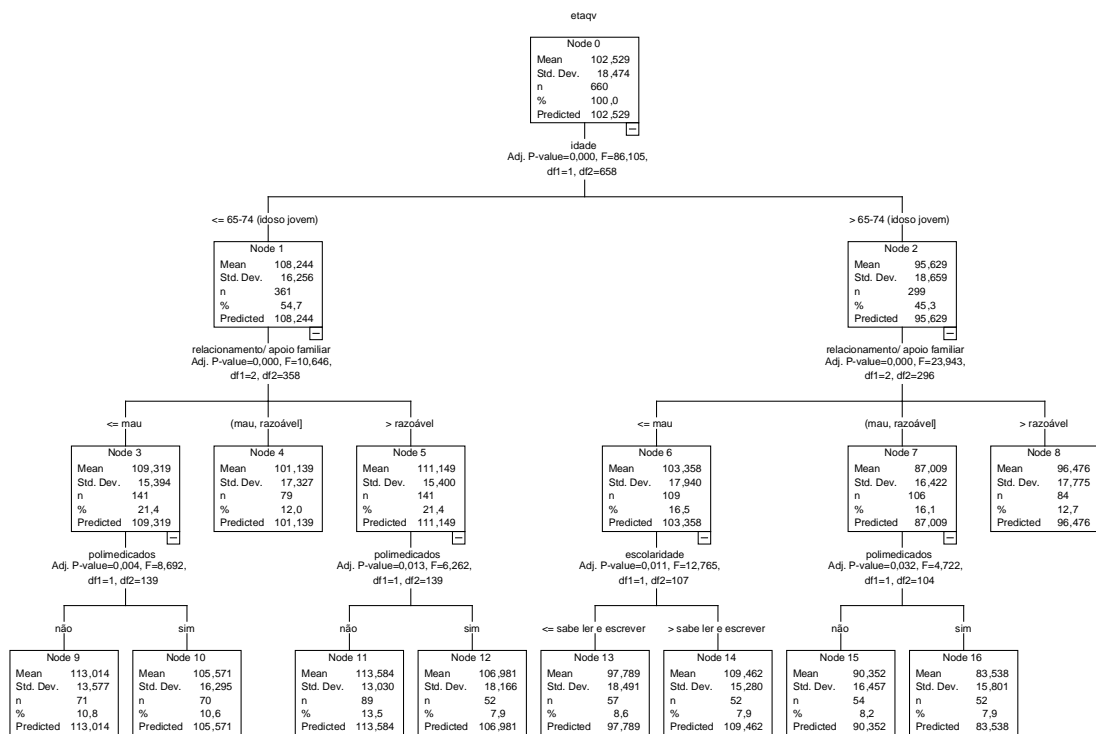
O valor do Lambda é um bom indicador (valores próximos de 1 indicam homogeneidade das médias) e face ao seu valor (0,750) podemos referir que o instrumento tem boa estabilidade para poder ser administrado por vários investigadores, sem que isso provoque um efeito significativo nos resultados ( $p = 0,153$ ).

### 2.8.3.2. Valores Normativos

#### 2.8.3.2.1. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA EXAUSTIVA CHAID

Para a obtenção de valores normativos passámos a escala a 660 idosos residentes no Norte do Alentejo. De seguida, classificámos a amostra pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**). Como variável dependente colocámos o ETAQV. Seleccionámos como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio. No modelo das causas da variação dos valores médios da qualidade de vida na população idosa em geral entraram o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, a tipologia familiar e as perdas recentes.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, o valor médio obtido na ETAQV pela população é de 103, no entanto, a qualidade de vida baixa significativamente (83,5) em idosos que, cumulativamente, têm idade superior a 74 anos, com relacionamentos familiares maus a razoáveis, e polimedicados, por outro lado, aumenta nos idosos com idade inferior a 74 anos, bom relacionamento familiar e sem polimedicação (113,6).

#### 2.8.3.2.2. ANÁLISE DISCRIMINANTE

Começamos por estabelecer pontos de corte em função das medidas de tendência central e de dispersão e da análise das árvores de decisão, considerando que:

Idosos com valores  $\leq$  a 88

Idosos com valores ]88-104]

Idosos com valores ]104-118]

Idosos com valores ]118-129]

Idosos com valores  $\geq$  130

Os resultados desta recodificação podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 28: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte*

	n	%
Péssima Qualidade de Vida	155	23,5
Má Qualidade de Vida	176	26,7
Razoável Qualidade de Vida	179	27,1
Boa Qualidade de Vida	129	19,5
Excelente Qualidade de Vida	21	3,2
Total	660	100,0

Como podemos observar, 50% dos idosos, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, apresentam uma qualidade de vida inferior ao aceitável, 27% apresenta-se dentro dos níveis de razoabilidade, 20% tem boa qualidade de vida e apenas 3% excelente.

De seguida, recorreremos à análise discriminante da função, em função do tamanho do grupo, para validar a nossa escolha.

O quadro que se segue mostra os resultados.



Quadro 29: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo

	COORTE	Elementos do grupo preditivo					Total	
		Péssima Qualidade de Vida	Má Qualidade de Vida	Razoável Qualidade de Vida	Boa Qualidade de Vida	Excelente Qualidade de Vida		
Original	n	Péssima Qualidade de Vida	135	20	0	0	0	155
		Má Qualidade de Vida	0	176	0	0	0	176
		Razoável Qualidade de Vida	0	0	179	0	0	179
		Boa Qualidade de Vida	0	0	0	129	0	129
		Excelente Qualidade de Vida	0	0	0	17	4	21
	%	Péssima Qualidade de Vida	87,1	12,9	,0	,0	,0	100,0
		Má Qualidade de Vida	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
		Razoável Qualidade de Vida	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
		Boa Qualidade de Vida	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Excelente Qualidade de Vida	,0	,0	,0	81,0	19,0	100,0
Validação cruzada(a)	n	Péssima Qualidade de Vida	135	20	0	0	0	155
		Má Qualidade de Vida	0	176	0	0	0	176
		Razoável Qualidade de Vida	0	0	179	0	0	179
		Boa Qualidade de Vida	0	0	0	129	0	129
		Excelente Qualidade de Vida	0	0	0	17	4	21
	%	Péssima Qualidade de Vida	87,1	12,9	,0	,0	,0	100,0
		Má Qualidade de Vida	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
		Razoável Qualidade de Vida	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
		Boa Qualidade de Vida	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Excelente Qualidade de Vida	,0	,0	,0	81,0	19,0	100,0

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 94,4% dos casos correctamente classificados.

c 94,4% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, a Análise Discriminante revelou-nos que 94,4% foram correctamente classificados. Fomos conhecer o ponto de corte probabilístico, e através do cálculo da contingência entre os valores preditivos para os grupos e os valores globais do ETAQV verificámos que a diferença entre o ponto de corte preditivo e o que escolhemos foi a seguinte:

Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Péssima Qualidade de Vida	Idosos com valores $\leq$ a 88	Idosos com valores $\leq$ a 87
Má Qualidade de Vida	Idosos com valores ]88-104]	Idosos com valores ]87-104]
Razoável Qualidade de Vida	Idosos com valores ]104-118]	Idosos com valores ]104-118]
Boa Qualidade de Vida	Idosos com valores ]118-129]	Idosos com valores ]118-134]
Excelente Qualidade de Vida	Idosos com valores $\geq$ 130	Idosos com valores $\geq$ 135

Optámos então pelos valores preditivos, supra-referidos. Os resultados da análise da amostra em função dos pontos de corte aceites podem observar-se no quadro 30.

Quadro 30: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte preditivos

	n	%	% Valida	% Acumulada
Péssima Qualidade de Vida	148	22,4	22,4	22,4
Má Qualidade de Vida	183	27,7	27,7	50,2
Razoável Qualidade de Vida	179	27,1	27,1	77,3
Boa Qualidade de Vida	146	22,1	22,1	99,4
Excelente Qualidade de Vida	4	,6	,6	100,0
Total	660	100,0	100,0	

Como podemos observar, 50% dos idosos, tal como quando avaliados segundo os pontos de corte anteriormente estabelecidos, classificam a sua vida com uma qualidade de vida inferior ao aceitável, da mesma forma que 27% se apresenta dentro dos níveis de razoabilidade, contudo passam de 20 para 22% os que têm uma boa qualidade de vida e de 3 para 0,6% os que apresentam excelente qualidade de vida.

Da mesma forma, fomos estabelecer os pontos de corte para as subescalas da qualidade de vida.

Começámos por estabelecer os pontos de corte para a Satisfação com a Vida (SV), considerando que:

Idosos com valores  $\leq$  a 36

Idosos com valores ]36-42]

Idosos com valores ]42-54]

Idosos com valores ]54-67]

Idosos com valores  $>$  67

Os resultados desta recodificação podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 31: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte da subescala SV

	n	%	% acumulada
Nenhuma Satisfação com a Vida	34	5,2	5,2
Pouca Satisfação com a Vida	68	10,3	15,5
Razoável Satisfação com a Vida	241	36,5	52,0
Boa Satisfação com a Vida	311	47,1	99,1
Satisfação com a Vida muito elevada	6	,9	100,0
Total	660	100,0	

Como podemos observar, 16% dos idosos, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, apresentam uma qualidade de vida inferior ao razoável, 37% apresentam-se dentro dos níveis de razoabilidade, 47% tem boa satisfação com a vida e apenas 0,9% elevada.

De seguida recorreremos à análise discriminante, em função do tamanho do grupo, para validar a nossa escolha.

O quadro que se segue mostra os resultados.

Quadro 32: Validação dos pontos de corte da Satisfação com a Vida

	Satisfação com a vida	Elementos do grupo preditivo				Satisfação com a Vida muito elevada	Total	
		Nenhuma Satisfação com a Vida	Pouca Satisfação com a Vida	Razoável Satisfação com a Vida	Boa Satisfação com a Vida			
Original	n	Nenhuma Satisfação	28	6	0	0	34	
		Pouca Satisfação	0	68	0	0	68	
		Razoável Satisfação	0	0	241	0	241	
		Boa Satisfação	0	0	0	311	311	
		Satisfação muito elevada	0	0	0	5	6	
		%	Nenhuma Satisfação	82,4	17,6	,0	,0	100,0
			Pouca Satisfação	,0	100,0	,0	,0	100,0
			Razoável Satisfação	,0	,0	100,0	,0	100,0
			Boa Satisfação	,0	,0	,0	100,0	100,0
			Satisfação muito elevada	,0	,0	,0	83,3	16,7
Validação cruzada(a)	n	Nenhuma Satisfação	28	6	0	0	34	
		Pouca Satisfação	0	68	0	0	68	
		Razoável Satisfação	0	0	241	0	241	
		Boa Satisfação	0	0	0	311	311	
		Satisfação muito elevada	0	0	0	5	6	
		%	Nenhuma Satisfação	82,4	17,6	,0	,0	100,0
			Pouca Satisfação	,0	100,0	,0	,0	100,0
			Razoável Satisfação	,0	,0	100,0	,0	100,0
			Boa Satisfação	,0	,0	,0	100,0	100,0
			Satisfação muito elevada	,0	,0	,0	83,3	16,7

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 98,3% dos casos correctamente classificados.

c 98,3% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, a análise discriminante revelou-nos que 98,3% foram correctamente classificados.

Fomos conhecer o ponto de corte probabilístico, e através do cálculo da contingência entre os valores preditivos para os grupos e os valores globais da satisfação com a vida verificámos que a diferença entre o ponto de corte preditivo e o que escolhemos foi a seguinte:

<b>Classificação</b>	<b>Valores Provisórios</b>	<b>Valores preditivos</b>
Nenhuma Satisfação	Idosos com valores $\leq$ a 36	<i>Idosos com valores <math>\leq</math> a 34</i>
Pouca Satisfação	Idosos com valores ]36-42]	<i>Idosos com valores ]34-42]</i>
Razoável Satisfação	Idosos com valores ]42-54]	<i>Idosos com valores ]42-54]</i>
Boa Satisfação	Idosos com valores ]54-67]	<i>Idosos com valores ]54-68]</i>
Satisfação muito elevada	Idosos com valores $>$ 67	<i>Idosos com valores <math>&gt;</math> 68</i>

Optámos então pelos valores preditivos, supra-referidos. Os resultados da análise da amostra em função dos pontos de corte aceites podem observar-se no quadro 33.

*Quadro 33: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte preditivos da SV*

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Nenhuma Satisfação	28	4,2	4,2
Pouca Satisfação	74	11,2	15,5
Razoável Satisfação	241	36,5	52,0
Boa Satisfação	316	47,9	99,8
Satisfação muito elevada	1	,2	100,0
<b>Total</b>	<b>660</b>	<b>100,0</b>	

Face a estes valores, podemos observar que 16% dos idosos, tal como quando avaliados segundo os pontos de corte anteriormente estabelecidos, classificam a sua satisfação com a vida inferior ao aceitável, da mesma forma, 37% apresentam-se dentro dos níveis de razoabilidade, contudo passam de 47 para 48% os que têm uma boa satisfação, e de 0,9 para 0,2% os que a referem muito elevada.

Relativamente à subescala que avalia a Saúde Percebida (SP), os pontos de corte provisórios foram:

Péssimo estado de saúde

Idosos com valores  $\leq$  a 17

Estado de saúde mau

Idosos com valores ]17-26]

Estado de saúde satisfatório

Idosos com valores ]26-34]

Bom estado de saúde

Idosos com valores ]34-42]

Excelente estado de saúde

Idosos com valores  $>$  42

Os resultados desta recodificação podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 34: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte da subescala SP*

	n	%	% acumulada
Péssimo estado de saúde	36	5,5	5,5
Estado de saúde mau	91	13,8	19,2
Estado de saúde satisfatório	197	29,8	49,1
Bom estado de saúde	266	40,3	89,4
Excelente estado de saúde	70	10,6	100,0
Total	660	100,0	

Como podemos observar, 19% dos idosos, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos, percebem um estado de saúde muito fraco, 30% definem-no como satisfatório, 40% consideram-no bom e 11% excelente.

De seguida recorreremos à análise discriminante da função, pelo critério do tamanho do grupo, para validar a nossa escolha.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 35: Validação dos pontos de corte da subescala SP*

	Saúde Percebida	Elementos do grupo preditivo					Total		
		Péssimo estado de saúde	Estado de saúde mau	Estado de saúde satisfatório	Bom estado de saúde	Excelente estado de saúde			
Original	n	Péssimo estado de saúde	36	0	0	0	0	36	
		Estado de saúde mau	0	91	0	0	0	91	
		Estado de saúde satisfatório	0	0	197	0	0	197	
		Boa estado de saúde	0	0	0	266	0	266	
		Excelente estado de saúde	0	0	0	0	70	70	
		%	Péssimo estado de saúde	100,0	,0	,0	,0	,0	100,0
			Estado de saúde mau	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
			Estado de saúde satisfatório	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
			Boa estado de saúde	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
			Excelente estado de saúde	,0	,0	,0	,0	100,0	100,0
Validação cruzada(a)	n	Péssimo estado de saúde	36	0	0	0	0	36	
		Estado de saúde mau	0	91	0	0	0	91	
		Estado de saúde satisfatório	0	0	197	0	0	197	
		Boa estado de saúde	0	0	0	266	0	266	
		Excelente estado de saúde	0	0	0	0	70	70	
		%	Péssimo estado de saúde	100,0	,0	,0	,0	,0	100,0
			Estado de saúde mau	,0	100,0	,0	,0	,0	100,0
			Estado de saúde satisfatório	,0	,0	100,0	,0	,0	100,0
			Boa estado de saúde	,0	,0	,0	100,0	,0	100,0
			Excelente estado de saúde	,0	,0	,0	,0	100,0	100,0

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 100,0% dos casos correctamente classificados.

c 100,0% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, a análise discriminante revelou-nos uma contingência de 100% de valores correctamente classificados, tornando-se deste modo definitivos os pontos de corte provisórios.

Sobre os pontos de corte para a Situação Económica Percepcionada (SEP), considerámos:

<b>Péssima situação económica</b>	<b>Idosos com valores <math>\leq</math> a 8</b>
Má situação económica	Idosos com valores ]8-10]
Razoável situação económica	Idosos com valores ]10-15]
Boa situação económica	Idosos com valores ]15-23]
Excelente situação económica	Idosos com valores $>$ 23

Os resultados desta recodificação podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 36: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte da subescala SEP*

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>% Acumulada</b>
Péssima situação económica	11	1,7	1,7
Má situação económica	23	3,5	5,2
Razoável situação económica	234	35,5	40,6
Boa situação económica	355	53,8	94,4
Excelente situação económica	37	5,6	100,0
Total	660	100,0	

Como podemos observar, 5% dos idosos, quando agrupados segundo os pontos de corte estabelecidos, apresentam uma situação económica inferior ao razoável, 36% apresentam-se dentro dos níveis de razoabilidade, 54% tem boa satisfação com a vida e 6% elevada.

De seguida, para validar a nossa escolha, recorreremos à análise discriminante, optando pelo critério que avalia os pontos de corte em função do tamanho do grupo.

O quadro que se segue mostra os resultados.

Quadro 37: Validação dos pontos de corte da SEP

	Satisfação Económica Percebida	Elementos do grupo preditivo				Total	
		Péssima situação económica	Má situação económica	Razoável situação económica	Boa situação económica		
Original	Péssima situação económica	6	5	0	0	11	
	Má situação económica	0	11	12	0	23	
	Razoável situação económica	0	0	234	0	234	
	Boa situação económica	0	0	0	331	331	
	Excelente situação económica	0	0	0	0	37	
		Péssima situação económica	54,5	45,5	,0	,0	100,0
		Má situação económica	,0	47,8	52,2	,0	100,0
		Razoável situação económica	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Boa situação económica	,0	,0	,0	93,2	100,0
		Excelente situação económica	,0	,0	,0	,0	100,0
Validação cruzada(a)	Péssima situação económica	6	5	0	0	11	
	Má situação económica	0	11	12	0	23	
	Razoável situação económica	0	0	234	0	234	
	Boa situação económica	0	0	0	331	331	
	Excelente situação económica	0	0	0	0	37	
		Péssima situação económica	54,5	45,5	,0	,0	100,0
		Má situação económica	,0	47,8	52,2	,0	100,0
		Razoável situação económica	,0	,0	100,0	,0	100,0
		Boa situação económica	,0	,0	,0	93,2	100,0
		Excelente situação económica	,0	,0	,0	,0	100,0

a Validação cruzada para todos os casos em análise, em que cada caso é classificado em comparação com todos os outros.

b 93,8% dos casos correctamente classificados.

c 93,8% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, a análise discriminante revelou-nos que 93,8% foram correctamente classificados. Fomos conhecer o ponto de corte probabilístico, e através do cálculo da contingência entre os valores preditivos para os grupos e os valores globais da situação económica verificámos que a diferença entre o ponto de corte preditivo e o que escolhemos foi a seguinte:

Classificação	Valores Provisórios	Valores preditivos
Péssima situação económica	Idosos com valores $\leq 8$	<i>Idosos com valores <math>\leq 7</math></i>
Má situação económica	Idosos com valores ]8-10]	<i>Idosos com valores ]7-9]</i>
Razoável situação económica	Idosos com valores ]10-15]	<i>Idosos com valores ]10-15]</i>
Boa situação económica	Idosos com valores ]15-23]	<i>Idosos com valores ]15-22]</i>
Excelente situação económica	Idosos com valores $> 23$	<i>Idosos com valores <math>&gt; 22</math></i>

Optámos então pelos valores preditivos, supra-referidos. Os resultados da análise da amostra em função dos pontos de corte aceites podem observar-se no quadro 38.

Quadro 38: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte preditivos da SEP

	n	%	% Acumulada
Péssima situação económica	6	,9	,9
Má situação económica	16	2,4	3,3
Razoável situação económica	246	37,3	40,6
Boa situação económica	331	50,2	90,8
Excelente situação económica	61	9,2	100,0
Total	660	100,0	

Face a estes valores, podemos observar que 3% dos idosos classificam a sua situação económica inferior ao aceitável, da mesma forma 37% apresentam-se dentro dos níveis de razoabilidade, contudo baixam de 54% para 50% os que consideram ter uma boa situação económica, e 9% os que a percebem como muito elevada.

D) Para avaliação da Intenção e Ideação Suicidária.

#### 2.8.4. Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS)

##### 2.8.4.1. ESTUDO PRELIMINAR A CONSTRUÇÃO DA ESCALA

A ETIIS é uma escala de heteroadministração constituída inicialmente por 15 itens, com duas alternativas de resposta, cotando com um ponto as respostas que revelam intenção e/ou ideação suicidária e com zero pontos as que não revelam (anexo 4). A criação da ETIIS seguiu os mesmos procedimentos que a ETAQV, pelo que não apresentaremos aqui explicações sobre o método, mas apenas os resultados do estudo preliminar.

Apresentámos uma lista preliminar de 35 itens a 24 idosos, estratificados segundo o sexo, a idade e o estado emocional. A composição foi a seguinte:

Quadro 39: Amostra para aplicação do Método do Impacto clínico na ETIIS

Sexo	Grupo etário	Estado emocional	Idosos
Mulheres	65 - 74	Normal	3
Mulheres	< 74	Normal	3
Mulheres	65 - 74	Deprimida	3
Mulheres	< 74	Deprimida	3
Homens	65 - 74	Normal	3
Homens	< 74	Normal	3
Homens	65 - 74	Deprimido	3
Homens	< 74	Deprimido	3



A mediana da idade foi 75 anos, sendo 78 anos para os homens e 80 anos para as mulheres. Nos homens houve predomínio de viúvos (9/12), e nas mulheres casadas (8/12). Os homens tinham escolaridade baixa, sem analfabetismo (a escolaridade mais alta foi o 1.º ciclo completo, com nove entrevistas) e as mulheres distribuíram-se desde analfabetas até 2.º ciclo com maior frequência das analfabetas (5/12).

A mediana do rendimento *per capita* foi de €376,00, sendo a menor de €225,50 e a maior de €900,67. O salário mínimo nacional era, à data, de € 374,00. O rendimento familiar *per capita* da maioria (10/24) era de até 2 salários mínimos, e apenas duas tinham rendimento *per capita* acima de 4 salários mínimos.

A duração mediana da entrevista foi 35 minutos, com duração mínima de 20 minutos e máxima de 60 minutos. Para os mais alfabetizados, a duração mediana foi 25 minutos, e para os menos alfabetizados foi de 45 minutos.

#### 2.8.4.1.1. ANÁLISE CLINIMÉTRICA

### Método do Impacto

Usámos, inicialmente, uma lista de 20 afirmações gerada por entrevistas realizadas, aliadas a outros itens retirados de outras fontes, o que resultou num questionário com 35 itens, abrangendo as dimensões: intenção e/ou ideação suicidária. Entrevistámos, então, 24 indivíduos. Num primeiro momento, pedimos que apontassem espontaneamente as afirmações que definiam intenção e ideação suicidária. Não foram sugeridos nenhuns itens pelos entrevistados.

Os itens foram ordenados de acordo com o seu *score* de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram seleccionados os primeiros itens de *score* mais alto.

#### 2.8.4.1.2. ANÁLISE PSICOMÉTRICA

### Seleção e Redução dos itens – Análise factorial (ACP)

Administrámos a ETIIS a 600 idosos e fizemos a ACP dos 15 itens restantes forçando a 2 factores (intenção e ideação suicida) pelo método *varimax*. O quadro 40 mostra os resultados.

Quadro 40: Matriz das componentes principais da ETIS – saturação rodada 15 itens

	Factores	
	1	2
eiis13 Mais valia estar morto	0,796	
eiis10 Vale a pena viver	0,718	
eiis6 Se pudesse estava sempre a dormir, que era para não pensar em nada	0,710	
eiis5 Apetece-me desaparecer daqui para fora	0,702	
eiis11 Estou cansado da vida	0,700	
eiis12 Às vezes tenho ideias de suicídio	0,527	0,409
eiis14 O suicídio parece-me uma solução possível para acabar com o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida	0,527	0,426
eiis4 Só pondo fim à minha vida acabam os meus problemas		
eiis2 Já fiz planos e tomei providências por antecipação à minha morte		
eiis15 Tenho planos claros de suicídio caso surja ocasião		0,754
eiis7 Logo que surja ocasião, vou comunicar a minha intenção de cometer um suicídio		0,747
eiis9 Tenho planos para a morte		0,652
eiis8 Converso frequentemente sobre suicídio		0,579
eiis3 Não tenho projectos nem intenções precisas de suicídio		
eiis1 Quero, rapidamente, fazer o meu testamento, seguro ou uma doação		

Seleccionámos como critério de *output* que as correlações inferiores a 0,25 não fossem mostradas.

A análise do quadro precedente mostra que os itens 1, 2, 3 e 4 não saturam com nenhum factor acima de 0,25 e decidimos retirá-los, já que o item 9, o item 13 e o item 15 reflectem o mesmo constructo.

Renumerámos os itens e procedemos a nova ACP. Os resultados foram os inscritos no quadro 41.

Quadro 41: Matriz das componentes principais da ETIS – saturação rodada 11 itens

		Factores	
		1	2
ETIS6	Mais valia estar morto	0,787	
ETIS1	Apetece-me desaparecer daqui para fora	0,720	
ETIS4	Estou cansado da vida	0,716	
ETIS2	Se pudesse estava sempre a dormir, que era para não pensar em nada	0,711	
ETIS3	Vale a pena viver	0,703	0,364
ETIS5	Às vezes tenho ideias de suicídio	0,489	0,460
ETIS11	Tenho planos claros de suicídio caso surja ocasião		0,773
ETIS8	Logo que surja ocasião, vou comunicar a minha intenção de cometer um suicídio		0,763
ETIS10	Tenho planos para a morte		0,666
ETIS9	Converso frequentemente sobre suicídio		0,641
ETIS7	O suicídio parece-me uma solução possível para acabar com o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida		0,497

Seleccionámos como critério de *output* que as correlações inferiores a 0,25 não fossem mostradas.

Como se pode observar, a ACP revelou um padrão de itens distribuídos por dois factores. Contudo, os itens 3 e 5 saturam nos 2 factores. BRYMAN & CRAMER (1993) referem que quando isto acontece podemos tomar uma de duas decisões:

1. Retirar os itens, para obtenção de uma medida mais pura. Este método é especialmente adequado quando os instrumentos medem propriedades inversas de um mesmo constructo (ausência/presença).
2. Manter os itens optando por colocá-los onde saturaram mais.

Optámos pela decisão de manter, colocando-os no factor 1, ficando a escala e respectivas subescalas compostas pelos seguintes itens.

Quadro 42: ETIIS e respectivas subescalas

Dimensões	Itens
Ideação e/ou Intenção suicidária (ETIIS)	{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}
Ideação Suicidária (IDS)	[1-6]
Intenção Suicidária (INS)	[7-11]

## Consistência Interna – Fidedignidade

### Kuder-Richardson (KR20)

Para avaliar a consistência interna recorreremos ao coeficiente de Kuder-Richardson, face ao pressuposto estatístico de que é o coeficiente indicado para avaliar escalas com níveis de mensuração dicotómica, em especial quando a cotação envolve zero e um como escala de medida. Este é um teste um pouco complicado de calcular no SPSS, por não existir em nenhum menu. A sintaxe utilizada foi:

```

COMPUTE ESC_TOT=SUM (EIIS1 TO EIIS11).
SUMMARIZE/TABLES=EIIS1 TO ESC_TOT/FORMAT=NOLIST TOTAL
/TITLE='ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS'/CELLS=COUNT MEAN STDDEV VAR.
SAVE OUTFILE=DADOS.
CORRELATIONS VARIABLES=EIIS1 TO ESC_TOT/MATRIX OUT(*).
COMPUTE M_TOT=SQR (LAG(ESC_TOT,1)).
DO REPEAT X=EIIS1 TO ESC_TOT.
COMPUTE X=X**2.
END REPEAT.
COMPUTE SOMA_VAR=SUM (EIIS1 TO ESC_TOT)-ESC_TOT.

COMPUTE K = 11.

COMPUTE N= 660.
COMPUTE VAR_TOT=ESC_TOT.
COMPUTE KR_20=(K/(K-1))*(1-SOMA_VAR/VAR_TOT).
COMPUTE KR_21=(K/(K-1))*((VAR_TOT-K*(M_TOT/K))*((K-M_TOT)/K))/VAR_TOT.
COMPUTE V_TOT_N=VAR_TOT*(N-1)/N.
COMPUTE S_VAR_N=SOMA_VAR*(N-1)/N.
COMPUTE KR_20N=(K/(K-1))*(1-S_VAR_N/V_TOT_N).
COMPUTE KR_21N=(K/(K-1))*((V_TOT_N-K*(M_TOT/K))*((K-M_TOT)/K))/V_TOT_N.
FORMATS K(F8.0) SOMA_VAR VAR_TOT KR_20 KR_21
S_VAR_N V_TOT_N KR_20N KR_21N(F8.4).

```

\*\* OUTPUT: VARIÂNCIAS = SQ/N-1 (OPÇÃO RELIABILITY NO SPSS).  
LIST K SOMA\_VAR VAR\_TOT KR\_20 KR\_21/CASES FROM 2 TO 2.

\*\* OUTPUT: VARIÂNCIAS = SQ/N (TRADIÇÃO PSICOMÉTRICA).  
LIST K S\_VAR\_N V\_TOT\_N KR\_20N KR\_21N/CASES FROM 2 TO 2.  
GET FILE=DADOS.

Fizemos o mesmo para as subescalas Intenção e Ideação Suicidária. Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 43: Análise da fidedignidade das subescalas da ETIIS – KR20*

Dimensões	Itens	Kuder-Richardson
ETIIS	{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11}	0,846
Ideação Suicidária (IDS)	[1-6]	0,819
Intenção Suicidária (INS)	[7-11]	0,729

Como se pode observar, a ETIIS tem elevada consistência interna, embora quando partilhada por subescalas perca alguma consistência na subescala intenção suicidária.

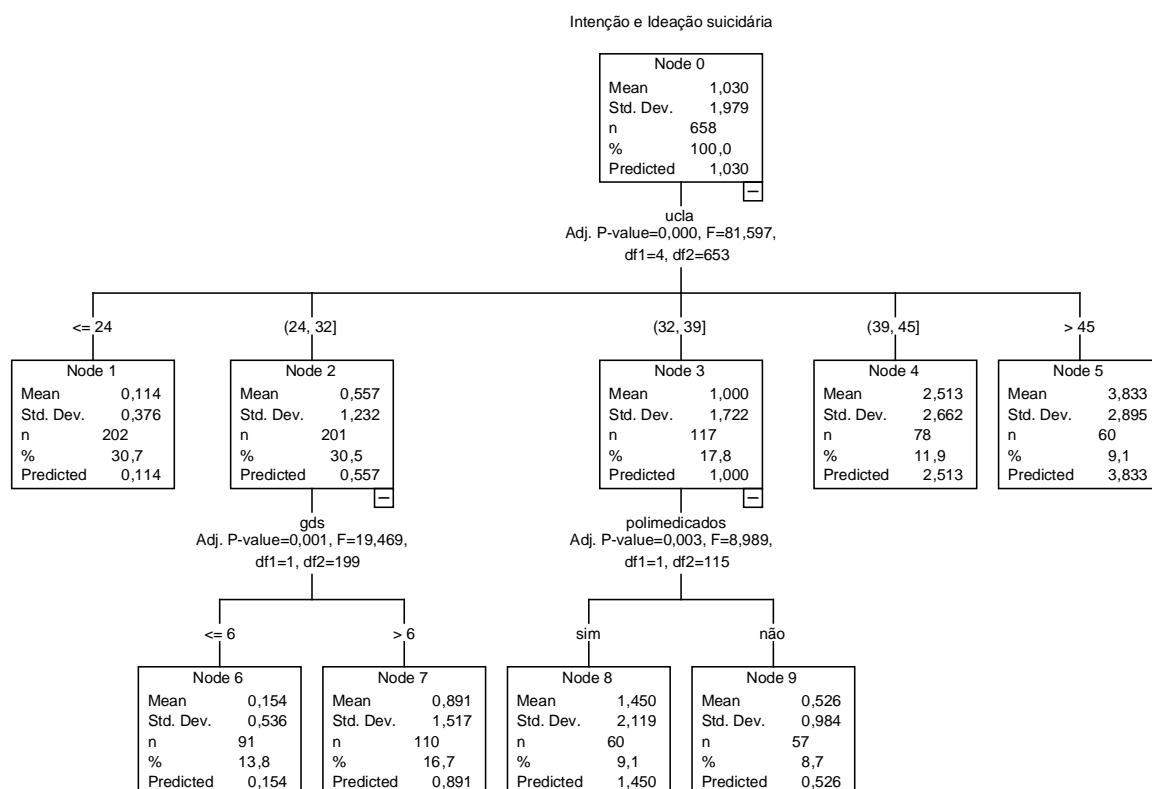
## 2.8.4.2. Valores Normativos

### 2.8.4.2.1. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA EXAUSTIVA CHAID

Para obtenção de valores normativos passámos a escala a 668 idosos residentes acima da Cova da Beira, onde o suicídio é apenas residual. Responderam a esta escala 658 idosos. De seguida, classificámos a amostra pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (*Chi-squared Automatic Interaction Detector*). Como variável dependente colocámos a ETIIS. Seleccionámos como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio, solidão, depressão, qualidade de vida e suporte social.

No modelo das causas da variação dos valores médios da intenção e ideação suicidária (ETIIS) na população idosa em geral entraram a solidão, a polimedicação e a depressão.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, o valor médio obtido na ETIIS pela população é de 1, no entanto, quando a solidão não está presente, a intenção e/ou ideação são também quase inexistentes. Situação inversa acontece quando a solidão passa a ter valores de necessária atenção, sendo esta a variável que mais explica a intenção e ideação suicidária na população idosa geral. As medidas de tendência central, distribuição e dispersão desta população de idosos podem ser observadas no quadro que se segue.

Quadro 44: Valores médios da Intenção e/ou Ideação Suicidária

	ETIIS	IDS	INS
Média ( $\bar{x}$ )	1	0,8	0,2
Desvio-padrão (S)	2	1,5	0,7
Mediana	0	0	0
Moda	0	0	0
Maximo	11	6,0	5,0
Minimo	0	0	0
Percentil 05	0	0	0
Percentil 25	0	0	0
Percentil 75	1	1,0	0
Percentil 95	6	4,0	2,0
Percentil 99	9	6,0	4,0

Como se pode verificar, a população idosa portuguesa tem em média apenas 1 dos 11 sintomas característicos da intenção e/ou ideação suicidária sendo que mais de metade da população observada não apresenta qualquer sintoma, 25% apresentam pelo menos 1 sintoma de ideação, enquanto que apenas 5% apresentam sintomas de intenção.

#### 2.8.4.2.2. ANÁLISE DISCRIMINANTE

Começámos por estabelecer pontos de corte em função do número de sintomas referidos pela população idosa em geral, considerando que valores superiores a 2 sintomas discriminavam entre ausência e presença de intenção e/ou ideação suicida.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 45: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte iniciais*

ETIS		n	%	% acumulada
Casos Válidos	Ausência de intenção e ideação suicida	557	84,7	84,7
	Presença de intenção e ideação suicida	101	15,3	100,0
	Total	658	100,0	

Como podemos observar, 15% dos idosos apresentam sintomas de intenção e/ou ideação suicida quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos.

De seguida recorreremos à análise discriminante da função para verificar a precisão da nossa decisão, partindo do princípio da proporcionalidade.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 46: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo*

ETIS		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de intenção e ideação suicida	Presença de intenção e ideação suicida		
Validação	n	Ausência de intenção e/ou ideação suicida	557	0	557
		Presença de intenção e/ou ideação suicida	23	78	101
	%	Ausência de intenção e/ou ideação suicida	100,0	,0	100,0
		Presença de intenção e/ou ideação suicida	22,8	77,2	100,0

96,5% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, a análise discriminante revelou-nos que 96,5% foram correctamente identificados. Fomos conhecer o ponto de corte probabilístico e verificámos que o **ponto de corte preditivo resultante da análise discriminante é de 3 sintomas** para a ausência de intenção e/ou ideação suicida, e superior a 3 sintomas para a presença destes. Na mesma linha do que temos vindo a fazer, aceitámos o ponto de corte preditivo.

Assim, o valor a considerar como ponto de corte é o **3**, e o resultado desta divisão pode ser observado de seguida.

*Quadro 47: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte preditivos da ETIS*

ETIS	n	%	% acumulada
Ausência de intenção e/ou ideação suicida	580	88,1	88,1
Presença de intenção e/ou ideação suicida	78	11,9	100,0
Total	658	100,0	

Como podemos verificar, 12% dos idosos apresentam sintomas de intenção e ideação suicidária.

Executámos os mesmos procedimentos para as subescalas intenção suicidária (INS) e ideação suicidária (IDS).

Os resultados foram:

*Quadro 48: Distribuição da amostra em função: pontos de corte iniciais e preditivos da INS e IDS*

			n	%	% Acumulada
<b>INS</b> [98,0% dos casos correctamente classificados]	Original (ponto de corte 2)	Ausência de intenção suicida	633	96,6	96,6
		Presença de intenção suicida	22	<b>3,4</b>	100,0
		Total	655	100,0	
	Valores preditivos	Ausência de intenção suicida	620	94,7	94,7
		Presença de intenção suicida	35	<b>5,3</b>	100,0
		Total	655	100,0	
<b>IDS</b> [100,0% dos casos correctamente classificados]	Original (ponto de corte 2)	Ausência de intenção suicida	575	87,4	87,4
		Presença de intenção suicida	83	12,6	100,0
		Total	658	100,0	
	Valores preditivos	Ausência de intenção suicida	575	87,4	87,4
		Presença de intenção suicida	83	12,6	100,0
		Total	658	100,0	

A análise discriminante considera que mais de um sintoma assinalado na dimensão intenção suicida já merece atenção cuidada, contudo preferimos manter a nossa decisão de 2 sintomas já que, por um lado a concordância é elevada (98%), por outro parece-nos que 5,3% de idosos com intenção suicida é um valor um pouco elevado para as regiões onde colhemos os nossos dados (acima da Cova da Beira). Quanto ao ponto de corte da ideação (2), a concordância foi perfeita.

E) Para avaliação da Solidão.

### 2.8.5. Escala da Solidão – UCLA – Russel

A UCLA é uma escala de heteroadministração constituída originalmente por 20 itens, todos elaborados no sentido do constructo da solidão com quatro alternativas de resposta variando entre o nunca e frequentemente. Foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjectivos de solidão ou isolamento social. Os itens da versão original foram criados com frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever sentimentos de solidão (RUSSEL, REPLAU & FERGUSON, 1978). As questões estavam todas apresentadas na direcção negativa ou dirigidas à solidão, às quais os indivíduos indicavam com que frequência tinham sentimentos de solidão, numa escala de medida que variava entre nunca (1) e frequentemente (4).

Desde a sua criação, a versão original tem sido revista, estando actualmente na sua 3.<sup>a</sup> versão devido à assunção de que as frases não deveriam ter todas a mesma direcção, já que poderia afectar o *score*. Num estudo exploratório, heteroadministrámos ambas as escalas e questionámos os idosos sobre a simplicidade da escala.

O Q de Cochran mostrou que a heteroadministração da escala que tem os itens da solidão todos na direcção negativa mostrou ser significativamente mais simples. Assim, optámos por utilizar esta versão.

Para dar consistência a esta nossa opção, enviámos os nossos resultados a Daniel Russel, autor da escala, que referiu “Your results look consistent with my expectations from previous work I did with this version of the scale. You have my permission to use the scale, in what ever version you choose”. Partimos então para uma adaptação da escala da solidão UCLA com os 20 itens originais.

Numa primeira fase, aplicámos a escala de solidão UCLA a uma amostra de 660 idosos residentes a norte da Cova da Beira, onde as taxas de suicídio são mais baixas (< 4%), no sentido de encontrar valores médios da população idosa. Após as entrevistas, analisámos as características psicométricas e apurámos uma versão de 16 itens. Os quadros que se seguem mostram as razões que levaram à nossa escolha final.



### 2.8.5.1. Análise Psicométrica

#### 2.8.5.1. ANÁLISE FACTORIAL – COMPONENTES PRINCIPAIS

O quadro 48 mostra os valores próprios da matriz de 20 itens da UCLA.

Quadro 49: Valores próprios da matriz da UCLA - Versão 20 itens

	Total	Variância explicada (%)	Variância explicada acumulada (%)
1	7,247	36,235	36,235
2	1,495	7,475	43,710
3	1,077	5,384	49,093
4	1,013	5,066	54,159
5	0,936	4,682	58,841
6	0,876	4,380	63,221
7	0,831	4,156	67,377
8	0,797	3,986	71,363
9	0,728	3,641	75,004
10	0,687	3,436	78,439
11	0,618	3,089	81,528
12	0,570	2,852	84,380
13	0,561	2,805	87,185
14	0,481	2,407	89,592
15	0,442	2,210	91,801
16	0,420	2,098	93,900
17	0,406	2,030	95,929
18	0,365	1,827	97,757
19	0,256	1,279	99,036
20	0,193	0,964	100,000

Como podemos observar, existem 4 dimensões com valores próprios superiores a 1 onde a primeira dimensão explica 36% da variância total, baixando drasticamente a capacidade de explicação das restantes dimensões.

O quadro 50 mostra os resultados da Análise das Componentes Principais (ACP), quer da matriz inicial, quer pela rotação *varimax* com a normalização de Kaiser.

Quadro 50: Matriz das componentes principais da UCLA – saturação inicial e rodada

	Inicial			Rodada		
	1	2	3	1	2	3
UCLA16 – Sente-se isolado (a) das outras pessoas	0,818			0,804		
UCLA10 – Sente-se abandonado (a)	0,815			0,817		
UCLA11 – Sente-se completamente só	0,787			0,774		
UCLA19 – Sente-se posto (a) à margem e excluído (a) das outras pessoas	0,772			0,781		
UCLA17 – Sente-se infeliz por estar tão afastado dos outros	0,742			0,709		
UCLA7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	0,731			0,740		
UCLA2 – Sente que não tem alguém com quem falar	0,708			0,639	0,364	
UCLA5 – Sente-se como se realmente ninguém o (a) compreendesse	0,708			0,644	0,335	
UCLA18 – É-lhe difícil fazer amigos	0,674			0,695		
UCLA1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho (a)	0,637	0,302		0,543	0,449	
UCLA15 – Considera que na realidade ninguém o (a) conhece bem	0,627			0,599		
UCLA9 – Sente que os que o (a) rodeiam já não partilham os seus interesses	0,603			0,632		
UCLA4 – Sente que tem falta de companhia	0,547	0,448		0,425	0,560	
UCLA12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o (a) rodeiam	0,518			0,553		
UCLA8 – Não se sente íntimo (a) de qualquer pessoa	0,418			0,450		
UCLA13 – As suas relações sociais são superficiais	0,349		-0,329	0,384		-0,301
UCLA6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone		0,660			0,681	
UCLA14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia		0,644			0,666	
UCLA3 – Sente que é insuportável estar só			0,824			0,823
UCLA20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	0,301		0,404	0,330		0,446
<b>Extração</b>	<b>ACP - Solução Inicial</b>			<b>ACP - Varimax with Kaiser Normalization</b>		

Como podemos observar pela 1.<sup>a</sup> ACP rodada, o item 3, 6, 14 e 20 não apresentavam correlação significativa com o 1.<sup>o</sup> factor (dimensão da solidão) e embora todos representem isolamento, estão dispersos pelos outros factores.

### 2.8.5.2. Fidedignidade

#### Consistência interna – Alpha de Cronbach

O estudo da fidedignidade global mostrou-se que esta é elevada; no entanto, a observação do quadro que se segue dá-nos uma leitura mais objectiva, já que o faz correlacionando cada item com as restantes, e nos dá, para além da correlação corrigida, o *Alpha*, se o item for eliminado.

Quadro 51: Análise da fidedignidade da UCLA – Alpha de Cronbach da versão de 20 itens

Valores métricos se o item for apagado→	Média	Variância	Correlação corrigida	Alpha
UCLA1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho (a)	38,74	99,666	0,578	0,868
UCLA2 – Sente que não tem alguém com quem falar	38,89	98,645	0,656	0,865
UCLA3 – Sente que é insuportável estar só	38,43	111,161	<b>0,012</b>	0,886
UCLA4 – Sente que tem falta de companhia	38,68	97,603	0,497	0,871
UCLA5 – Sente-se como se realmente ninguém o (a) compreendesse	38,88	99,026	0,655	0,865
UCLA6 – Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	38,22	108,879	<b>0,117</b>	0,883
UCLA7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	39,22	100,127	0,660	0,866
UCLA8 – Não se sente íntimo (a) de qualquer pessoa	38,96	104,320	0,356	0,875
UCLA9 – Sente que os que o (a) rodeiam já não partilham os seus interesses	39,03	102,962	0,524	0,870
UCLA10 – Sente-se abandonado (a)	39,29	98,516	0,729	0,863
UCLA11 – Sente-se completamente só	39,30	98,941	0,705	0,864
UCLA12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o (a) rodeiam	39,14	103,098	0,437	0,872
UCLA13 – As suas relações sociais são superficiais	38,64	103,537	0,294	0,879
UCLA14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia	38,03	108,395	<b>0,158</b>	0,881
UCLA15 – Considera que na realidade ninguém o (a) conhece bem	38,85	100,996	0,569	0,868
UCLA16 – Sente-se isolado (a) das outras pessoas	39,16	98,587	0,749	0,863
UCLA17 – Sente-se infeliz por estar tão afastado dos outros	39,12	99,335	0,664	0,865
UCLA18 – É-lhe difícil fazer amigos	39,15	100,706	0,605	0,867
UCLA19 – Sente-se posto (a) à margem e excluído (a) das outras pessoas	39,28	100,017	0,702	0,865
UCLA20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	39,23	105,355	<b>0,246</b>	0,880
<b>Alpha de Cronbach Total (20 itens)</b>			<b>0,877</b>	

Como podemos observar, a estatística do item total mostra-nos uma vez mais que os itens 3, 6, 14 e 20 têm uma correlação muito fraca e retirá-los seria vantajoso para a fidedignidade global, já que passaríamos de 0,88 para 0,91 (vide versão 16 itens).

Apesar da ausência de correlação dos 4 itens já referidos, fomos verificar se, subdivididos pelas subescalas Afiliação, Afinidade e Isolamento Social, apresentadas por GUADALUPE (1995), os resultados melhoravam.

Os quadros que se seguem mostram os resultados.

Quadro 52: Análise da fidedignidade das subescalas - UCLA – Alpha de Cronbach

SUBESCALAS		Média se o item for apagado	Variância se o item for apagado	Correlação corrigida se o item for apagado	Alpha se o item for apagado	Alpha de Cronbach por subescala
Afinidades	<b>UCLA6</b>	<b>3,74</b>	<b>2,253</b>	<b>-0,002</b>	<b>0,513</b>	0,267
	UCLA7	4,74	1,897	0,246	-0,010	
	UCLA8	4,48	1,723	0,224	0,006	
Afiliação	<b>UCLA3</b>	<b>13,11</b>	<b>18,170</b>	<b>0,023</b>	<b>0,775</b>	0,728
	UCLA5	13,56	14,222	0,574	0,668	
	UCLA9	13,73	15,283	0,517	0,684	
	<b>UCLA20</b>	<b>13,93</b>	<b>15,532</b>	<b>0,278</b>	<b>0,736</b>	
	UCLA10	13,98	14,290	0,613	0,662	
	UCLA12	13,83	15,353	0,411	0,702	
	UCLA15	13,54	14,875	0,502	0,684	
	UCLA18	13,84	14,658	0,560	0,673	
Isolamento Social	UCLA1	14,24	21,603	0,610	0,811	0,836
	UCLA2	14,38	21,365	0,665	0,804	
	UCLA4	14,18	20,302	0,530	0,829	
	UCLA11	14,81	21,969	0,664	0,805	
	<b>UCLA14</b>	<b>13,53</b>	<b>25,667</b>	<b>0,192</b>	<b>0,860</b>	
	UCLA16	14,67	21,878	0,702	0,801	
	UCLA17	14,63	21,912	0,652	0,806	
	UCLA19	14,78	22,776	0,619	0,812	

Como se pode verificar, a subescala Afinidades, constituída pelos itens 6, 7 e 8, não apresenta uma consistência interna inaceitável (0,27), sendo que mais uma vez o item 6 se correlaciona negativamente com os restantes. Este primeiro resultado confirma a opção pela retirada deste item.

Da mesma forma, podemos observar pela correcção corrigida e pelo *Alpha* se o item apagado, retirados os itens 3 e 20 da dimensão Afiliação, que a consistência melhora, o que nos reforça a decisão inicial de os retirar da escala.

Relativamente ao item 14 da dimensão Isolamento Social, se retirado também melhora a consistência interna de subescala, devido à sua baixa correlação com a sua subescala o que, tal como nas anteriores, nos motiva à sua exclusão.

Retirámos então os 4 itens, e já com a versão de 16 itens pudemos observar os seguintes resultados.

O quadro 53 mostra os valores próprios da matriz de 16 itens relativos à UCLA.

Quadro 53: Valores próprios da matriz da UCLA - Versão 16 itens

	Total	Variância explicada (%)	Variância explicada acumulada (%)
1	7,147	44,672	44,672
2	1,096	6,848	51,520
3	0,939	5,867	57,387
4	0,853	5,329	62,716
5	0,747	4,672	67,388
6	0,725	4,533	71,921
7	0,702	4,386	76,307
8	0,609	3,808	80,116
9	0,582	3,634	83,750
10	0,516	3,228	86,978
11	0,447	2,795	89,772
12	0,425	2,659	92,432
13	0,394	2,460	94,892
14	0,366	2,285	97,177
15	0,254	1,590	98,767
16	0,197	1,233	100,000

A análise precedente indica-nos uma escala de 2 factores com valores próprios superiores a 1, que em conjunto explicam 51% da variância total da UCLA.

A matriz da ACP a 2 factores pode ser observada no quadro seguinte

Quadro 54: Matriz de duas Componentes Principais da UCLA-16 – Saturação inicial e rodada

	Inicial		Rodada	
	1	2	1	2
			Isolamento Social	Afinidades
UCLA19 Sente-se posto (a) à margem e excluído (a) das outras pessoas	0,780		0,654	0,446
UCLA16 Sente-se isolado (a) das outras pessoas	0,824		0,649	0,514
UCLA18 É-lhe difícil fazer amigos	0,677		0,636	0,317
UCLA7 Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	0,729		0,589	0,440
UCLA10 Sente-se abandonado	0,815		0,578	0,574
UCLA13 As suas relações sociais são superficiais	0,350	0,463	0,574	
UCLA12 É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	0,521	0,285	0,572	
UCLA15 Considera que na realidade ninguém o conhece bem	0,630		0,556	0,332
UCLA17 Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	0,746		0,555	0,499
UCLA8 Não se sente íntimo de qualquer pessoa	0,428	0,264	0,491	
UCLA9 Os seus interesses ou as suas ideias são partilhados por aqueles que o rodeiam	0,598		0,472	0,372
UCLA1 Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho (a)	0,634	-0,442		0,759
UCLA4 Sente que tem falta de companhia	0,544	-0,524		0,755
UCLA2 Sente que não tem com quem falar	0,709	-0,362	0,256	0,754
UCLA5 Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	0,709		0,416	0,589
UCLA11 Sente-se completamente só	0,785		0,526	0,586

Extracção

ACP - Varimax com Normalização Kaiser

O quadro anterior revela-nos 2 dimensões que parecem representar Isolamento Social e Afinidades.

Optámos também por fazer uma ACP a 3 factores para analisar se a sua distribuição era coerente com as dimensões apresentadas por GUADALUPE (1995).

Quadro 55: Matriz de três Componentes Principais da UCLA-16 – saturação inicial e rodada

	Inicial			Rodada		
	1	2	3	1	2	3
				Isolamento	Afinidades	Afiliação
UCLA16 – Sente-se isolado (a) das outras pessoas	0,824			0,736	0,349	
UCLA19 – Sente-se posto (a) à margem e excluído (a) das outras pessoas	0,780			0,727	0,281	
UCLA18 – É-lhe difícil fazer amigos	0,677			0,703		
UCLA10 – Sente-se abandonado (a)	0,815			0,684	0,425	
UCLA17 – Sente-se infeliz por estar tão afastado dos outros	0,746			0,671	0,342	
UCLA11 – Sente-se completamente só	0,785			0,667		
UCLA12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o (a) rodeiam	0,521	0,285	0,317	0,651	0,441	
UCLA7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	0,729			0,588	0,329	0,294
UCLA9 – Sente que os que o (a) rodeiam já não compartilham os seus interesses	0,598			0,470	0,286	
UCLA4 – Sente que tem falta de companhia	0,544	-0,524	0,324		0,804	
UCLA1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho (a)	0,634	-0,442		0,307	0,711	
UCLA2 – Sente que não tem alguém com quem falar	0,709	-0,362		0,385	0,693	
UCLA5 – Sente-se como se realmente ninguém o (a) compreendesse	0,709			0,409	0,540	0,287
UCLA13 – As suas relações sociais são superficiais	0,350	0,463	0,507			0,759
UCLA8 – Não se sente íntimo (a) de qualquer pessoa	0,428	0,264	0,448			0,635
UCLA15 – Considera que na realidade ninguém o (a) conhece bem	0,630		0,299	0,356	0,319	0,528
<b>Extracção</b>	<b>ACP - Solução Inicial</b>			<b>ACP - Varimax</b>		

O quadro precedente mostra-nos através de saturação inicial efectuada pelo método de extracção ACP que a UCLA é uma escala de estrutura unidimensional cujos itens têm uma correlação significativa com o factor principal: a solidão. Contudo, a rotação *varimax* mostra-nos 3 dimensões medidas pela UCLA que parecem representar Isolamento Social, Afinidades e Afiliação.

Para nos ajudar a decidir sobre qual a melhor saturação, recorreremos à análise da fidedignidade, quer para a escala globalmente, quer por subescalas.

Decidiremos em função dos valores de *Alpha* de Cronbach.

Quadro 56: Análise da fidedignidade da UCLA-16 – Alpha de Cronbach

Valores métricos se o item for apagado→	Média	Variância	Correlação corrigida	Alpha
UCLA1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho (a)	28,76	85,333	0,576	0,899
UCLA2 – Sente que não tem alguém com quem falar	28,91	84,367	0,660	0,897
UCLA4 – Sente que tem falta de companhia	28,69	83,569	0,485	0,905
UCLA5 – Sente-se como se realmente ninguém o (a) compreendesse	28,90	84,717	0,656	0,897
UCLA7 – Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	29,23	85,608	0,668	0,897
UCLA8 – Não se sente íntimo (a) de qualquer pessoa	28,99	89,233	0,379	0,906
UCLA9 – Sente que os que o (a) rodeiam já não partilham os seus interesses	29,05	88,201	0,535	0,901
UCLA10 – Sente-se abandonado (a)	29,30	83,914	0,752	0,894
UCLA11 – Sente-se completamente só	29,32	84,456	0,721	0,895
UCLA12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o (a) rodeiam	29,16	88,174	0,454	0,903
UCLA13 – As suas relações sociais são superficiais	28,67	88,503	0,308	0,911
UCLA15 – Considera que na realidade ninguém o (a) conhece bem	28,86	86,421	0,574	0,899
UCLA16 – Sente-se isolado (a) das outras pessoas	29,18	84,101	0,766	0,894
UCLA17 – Sente-se infeliz por estar tão afastado dos outros	29,14	84,906	0,677	0,896
UCLA18 – É-lhe difícil fazer amigos	29,17	86,097	0,617	0,898
UCLA19 – Sente-se posto (a) à margem e excluído (a) das outras pessoas	29,29	85,379	0,718	0,895
<b>Alpha de Cronbach Total (16 itens)</b>			<b>0,905</b>	

O quadro da consistência interna da versão de 16 itens da UCLA revela uma consistência interna muito boa. Os quadros que se seguem pretendem clarificar qual o número de factores a reter.

Quadro 57: Análise da fidedignidade da UCLA – 3 factores

	Alpha de Cronbach	n.º de itens
Isolamento Social	0,898	9
Afinidades	0,772	4
Afiliação	0,486	3

Quadro 58: Análise da fidedignidade da UCLA – 2 factores

	Alpha de Cronbach	n.º de itens
Isolamento Social	0,867	11
Afinidades	0,806	5

Em virtude dos resultados, optámos pela saturação de dois factores, já que acrescentar uma terceira dimensão se revelou ineficaz ( $\alpha=0,486$ ), pelo que os itens desta dimensão farão parte da dimensão global da solidão, uma vez que saturam significativamente no factor global (factor 1 na solução não rodada).

Assim, tal como se pode observar no quadro síntese que se segue, a versão UCLA-16 passa a ter uma variação possível de 16 a 64 pontos, avaliando o Isolamento Social e as Afinidades, sendo que quanto maior for a pontuação maiores serão os Sentimentos de Solidão.

Quadro 59: Análise da fidedignidade da UCLA-16 e suas subescalas – Alpha de Cronbach

UCLA	Itens	Alpha
UCLA-16 – Escala de Solidão-Versão Portuguesa UCLA	[UCLA1 UCLA2 UCLA4 UCLA5 UCLA7 UCLA8 UCLA9 UCLA10 UCLA11 UCLA12 UCLA13 UCLA15 UCLA16 UCLA17 UCLA18 UCLA19]	0,905
IsoS – Isolamento Social	[UCLA7 UCLA8 UCLA9 UCLA10 UCLA12 UCLA13 UCLA15 UCLA16 UCLA17 UCLA18 UCLA19]	0,867
Afin – Afinidades	[UCLA1 UCLA2 UCLA4 UCLA5 UCLA11]	0,806

## Consistência interjuízes – teste-reteste

Quadro 60: Confiabilidade interavaliador da UCLA – medidas repetidas

Avaliadores	Média	n	Desvio-padrão	95% Intervalo de Confiança	
				Limite inferior	Limite superior
A	35,605	38	12,04168	31,647	39,563
B	36,395	38	12,99176	32,124	40,665
C	36,632	38	12,25279	32,604	40,659

	Soma quadrática	gl	Média quadrática	F	Sig.
Linear	20,013	1	20,013	2,101	0,156
Quadrática	1,934	1	1,934	0,105	0,748

Avaliadores		A	B	C
Correlação	A	1,000	0,832	0,936
	B	0,832	1,000	0,966
	C	0,936	0,966	1,000

Como se pode observar, os resultados interavaliadores são concordantes com elevadas correlações entre eles, não apresentando diferenças significativas entre as médias ( $p > 0,05$ ).

### 2.8.5.2. Valores Normativos

#### 2.8.5.2.1. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA EXAUSTIVA CHAID

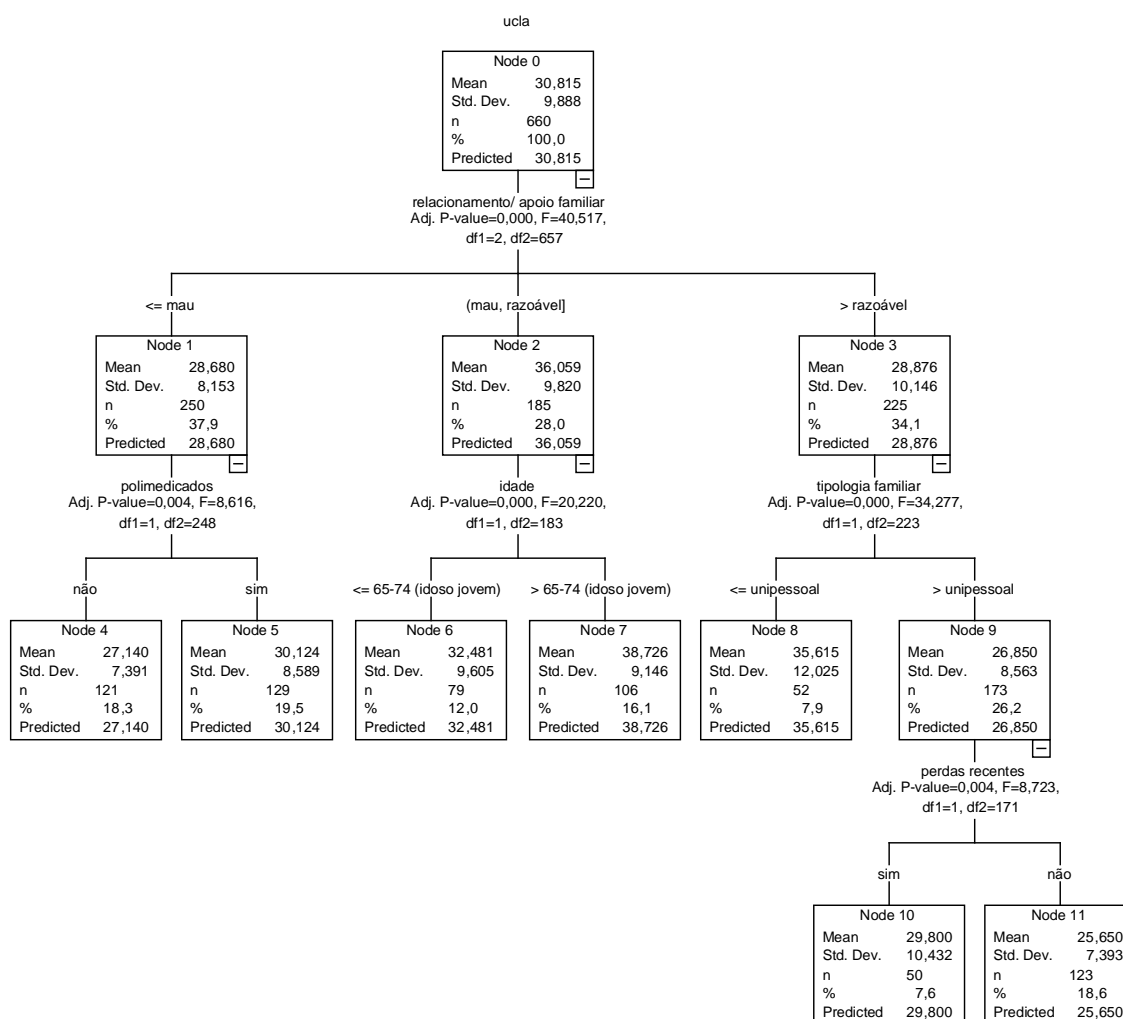
Para obtenção de valores normativos passámos a escala a 660 idosos residentes a norte do Alentejo. De seguida, classificámos a amostra pelo Método de Classificação Hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**). Como variável dependente colocámos a UCLA-16. Seleccionámos como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes



familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas e a percepção pessoal sobre o suicídio.

No modelo das causas da variação dos valores médios da solidão na população idosa em geral entraram o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, a tipologia familiar e as perdas recentes.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, o valor médio obtido na UCLA-16 pela população é de 30,8, no entanto baixa para 25,7 quando três condições se sucedem: o relacionamento familiar é bom, a tipologia familiar é unipessoal e não se verificaram perdas recentes. A solidão sobe significativamente e apresenta os valores mais altos (38,7) quando estão associados dois outros aspectos: idosos com relacionamentos familiares de maus a razoáveis e com mais de 74 anos.

Podemos ainda observar que a situação mais preditiva da solidão é o mau relacionamento familiar já que é o primeiro nó deste modelo hierárquico.

As medidas de tendência central, distribuição e dispersão desta população de idosos podem ser observados no quadro que se segue.

*Quadro 61: Valores médios da UCLA - 16*

UCLA	Valores
Média ( $\bar{x}$ )	31
Desvio-padrão (S)	10
Mediana	29
Moda	34
Percentil 50	29
Percentil 05	17
Percentil 25	23
Percentil 75	37
Percentil 95	49
Percentil 99	56
Amplitude	58

Como se pode verificar, a média da UCLA-16 para a população idosa portuguesa tem um score de 31 pontos e 75% da população observada apresenta valores iguais ou inferiores a 37.

#### 2.8.5.2.2. ANÁLISE DISCRIMINANTE

Começámos por estabelecer pontos de corte em função das médias obtidas pela população idosa em geral, considerando que valores superiores a 31 discriminavam entre ausência de a presença de solidão.

O quadro que se segue mostra os resultados.

*Quadro 62: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte iniciais*

		n	%	% Válida
Casos Válidos	Ausência de solidão	377	57,1	57,1
	Presença de solidão	283	42,9	42,9
	Total	660	100,0	100,0

Como podemos observar, 42,9% dos idosos apresentam estados de solidão, quando avaliados segundo os pontos de corte estabelecidos.

De seguida recorreremos à análise discriminante da função para verificar a precisão da nossa decisão, partindo do princípio de que a probabilidade dos idosos apresentarem estados de solidão é igual à de não apresentar (0,5/0,5). O quadro que se segue mostra os resultados.

Quadro 63: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori para grupos iguais

COORTE		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de Solidão	Presença de Solidão		
Original (a)	n	Ausência de Solidão	377	0	377
		Presença de Solidão	0	283	283
	%	Ausência de Solidão	100,0	,0	100,0
		Presença de Solidão	,0	100,0	100,0
Validação Cruzada (b)	n	Ausência de Solidão	377	0	377
		Presença de Solidão	25	258	283
	%	Ausência de Solidão	100,0	,0	100,0
		Presença de Solidão	8,8	91,2	100,0

a 100,0% dos casos correctamente classificados. b 96,2% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, partindo da probabilidade 50/50, os nossos pontos de corte de que 31 em 64 possíveis foram validados em 96,2%. De seguida fomos verificar a validação calculando os resultados pela dimensão dos grupos (0,571 de probabilidade de não ter solidão em 0,429 de probabilidade de ter). Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 64: Pontos de corte - Probabilidade estimada a priori em função do tamanho do grupo

COORTE		Elementos do grupo preditivo		Total	
		Ausência de solidão	Presença de solidão		
Validação	n	Ausência de solidão	377	0	377
		Presença de solidão	25	258	283
	%	Ausência de solidão	100,0	,0	100,0
		Presença de solidão	8,8	91,2	100,0

96,2% dos grupos em validação cruzada correctamente classificados.

Como podemos observar, partindo da probabilidade de 57,1% para 42,9% (tamanho da nossa amostra em função dos nossos pontos de corte depois de excluídos os valores em falta), a validação é igual ao obtido pelo método de classificação anterior, já que a análise discriminante nos revelou que 96,2% foram correctamente identificados. Fomos conhecer o ponto de corte probabilístico e verificámos que o ponto de corte preditivo resultante da Análise Discriminante é de 32. Aceitámos o ponto de corte preditivo por duas razões: a primeira, porque também considerámos que uma prevalência de 43% dos idosos com

sentimentos de solidão era capaz de ser um valor muito elevado, e segunda, porque corresponde exactamente a metade do valor máximo possível da UCLA-16.

Assim, o valor a considerar como ponto de corte é o 32, e o resultado desta divisão pode ser observado de seguida.

*Quadro 65: Distribuição da amostra em função dos pontos de corte iniciais*

		n	%	% Válida
Casos Válidos	Ausência de solidão	402	60,9	60,9
	Presença de solidão	258	39,1	39,1
	Total	660	100,0	100,0

Como podemos verificar, 39% dos idosos apresentam sentimentos de solidão.

F} Para avaliação do Suporte Social.

### 2.8.6. Escala de Suporte Social (SSQ)

Para medir a percepção do Suporte Social utilizámos a versão portuguesa do *Social Support Questionnaire – SSQ6 - Short Form* de Sarason, Sarason, Shearin & Pierce (1987), adaptada por PINHEIRO & FERREIRA em 2002. O processo de adaptação do SSQ6 iniciou-se com a tradução do instrumento original, acautelando a gramática (sintaxe e semântica) e as subtilezas da língua portuguesa.

Como não foi encontrada incompatibilidade entre a tradução e a estrutura dos itens nas duas versões, os autores portugueses mantiveram todos o que deram origem ao SSQ6- *Short Form*.

Cada item do SSQ divide-se em duas partes: uma que avalia o n.º de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem numa determinada situação, e varia entre 0 (ninguém) e 9 (nove pessoas).

Outra que mede o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido nessa mesma situação, que varia entre o 1 (muito insatisfeito) e o 6 (muito satisfeito).

O conjunto dos itens permite assim obter um índice de percepção do suporte disponível (SSQ6N) e um índice de satisfação (SSQ6S).

A versão portuguesa de PINHEIRO & FERREIRA (2000) revelou bons índices de consistência interna (0,90 para o SSQ6S e 0,90 para o SSQ6N). Apesar de terem apresentado uma correlação positiva muito fraca entre a percepção do número de entidades de suporte e a

percepção de satisfação ( $r=0,2$   $p=0,002$ ), apresentou uma correlação negativa com a Escala da Solidão ( $r=-0,42$  para o SSQ6N e  $r=-0,33$  para SSQ6S ambas para  $p < 0,001$ ).

A Análise Factorial em Componentes Principais (com a rotação *varimax*) apresentou uma solução de dois factores com valores próprios superiores a 1, que no seu conjunto explicaram 67% da variância (34% e 33%, respectivamente) sendo que a distribuição dos itens corresponde de forma exacta às dimensões definidas pelo autor da escala (Sarason e cols., 1987 in PINHEIRO & FERREIRA, 2000), cada item apresentando saturações significativas num só factor, onde se destacam os itens respeitantes à dimensão número cujas saturações oscilaram entre 0,77 e 0,86.

Estes resultados, juntamente com os de validade convergente e discriminante, permitiram-nos concluir que o SSQ6 – Versão Portuguesa apresentou boas qualidades psicométricas.

Assim, atendendo a estas características e ao facto de integrar uma concepção bidimensional da percepção de Suporte Social que valoriza tanto a percepção da disponibilidade do suporte como a percepção da satisfação em relação a essa disponibilidade, sendo que esta última é classificada como a tradução da percepção de adequação do Suporte Social às necessidades e expectativas pessoais, decidimos incluir aquela escala no estudo.

Uma outra vantagem desta escala é o facto de permitir diferenciar os apoios que são esperados dos diferentes subsistemas que o rodeiam (família, amigos, etc.), podendo ser um indicador das relações positivas com os outros e de integração social versus isolamento social (PINHEIRO & FERREIRA, 2000), já que os resultados evidenciavam que quanto mais elevados os níveis de percepção do Suporte Social mais baixos tendiam a ser os níveis de solidão.

Relativamente à heteroaplicação desta escala à nossa população, os resultados foram animadores, já que mantiveram as características psicométricas da versão auto-administrada de PINHEIRO & FERREIRA (2000) como podemos observar no quadro que se segue.

Quadro 66: Fidedignidade do SSQN6 – Alpha de Cronbach da Percepção da Disponibilidade do Suporte

Valores métricos se o item for apagado→	Média	Variância	Correlação corrigida	R <sup>2</sup>	Alpha
SSQ6n1 Com quem pode contar quando precisa de ajuda	12,92	83,685	0,763	0,604	0,938
SSQ6n2 Com quem é que pode realmente contar para o ajudar a sentir-se mais relaxado quando está tenso ou sob pressão	13,95	84,273	0,835	0,718	0,929
SSQ6n3 Quem é que o aceita totalmente, incluindo os seus maiores defeitos e virtudes	13,64	84,559	0,789	0,630	0,934
SSQ6n4 Com quem é que pode realmente contar para se preocupar consigo, independentemente do que lhe possa estar a acontecer	13,40	83,793	0,840	0,713	0,928
SSQ6n5 Com quem é que pode realmente contar para o ajudar a sentir-se melhor quando se sente mesmo em baixo	13,84	83,952	0,860	0,780	0,926
SSQ6n6 Com quem é que pode realmente contar para o consolar quando está muito preocupado	13,90	84,038	0,859	0,783	0,926
<b>Alpha de Cronbach (6 itens)</b>		<b>0,941</b>			

Quadro 67: Fidedignidade do SSQS6 – Alpha de Cronbach da Satisfação com o Suporte

Valores métricos se o item for apagado→	Média	Variância	Correlação corrigida	R <sup>2</sup>	Alpha
SSQ6s1 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n1	25,13	24,318	0,753	0,591	0,934
SSQ6s2 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n2	25,39	21,809	0,793	0,656	0,930
SSQ6s3 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n3	25,31	22,456	0,809	0,662	0,927
SSQ6s4 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n4	25,15	23,455	0,823	0,703	0,926
SSQ6s5 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n5	25,30	22,028	0,867	0,769	0,919
SSQ6s6 Qual o seu grau de satisfação em relação à globalidade de n6	25,31	21,991	0,858	0,747	0,920
<b>Alpha de Cronbach (6 itens)</b>		<b>0,938</b>			

Como podemos observar, o instrumento mantém uma consistência elevada na nossa população.

## 2.9. Estratégia utilizada para o tratamento estatístico dos dados

Para o tratamento estatístico dos dados foi utilizado o programa informático SPSS, versão 13 do Windows. Os dados foram submetidos ao seguinte tratamento estatístico:

Inspeção prévia dos dados, para ver se havia desvios significativos em relação à normalidade nas distribuições das variáveis estudadas.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios-padrão das variáveis sociodemográficas e socioculturais, dos controlos e dos idosos alentejanos.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios-padrão das variáveis relacionadas com a qualidade de vida dos controlos e dos idosos alentejanos.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios-padrão das variáveis relacionadas com a depressão dos controlos e dos idosos alentejanos.

Cálculo das frequências, percentagens, médias e respectivos desvios-padrão das variáveis relacionadas com a intenção e ideação suicida dos controlos e dos idosos alentejanos.

Cálculo dos índices e valores normativos que separam a ausência da presença dos fenómenos em estudo dos controlos e dos idosos alentejanos, através da análise discriminante da função, árvore de decisões e, no caso específico da escala de depressão geriátrica, screening tests.

Cálculo das contingências, percentagens e respectivos coeficientes de significância, entre os índices e as variáveis consideradas importantes no estudo da intenção e ideação suicidária.

Testes *t* de Student (médias), para conhecer o comportamento de dois grupos seleccionados, relativamente a cada uma das variáveis em análise.

Análises de variância, para analisar os dados dependentes de vários efeitos ou condições externas (ANOVA) com o objectivo de testar a existência de diferenças significativas entre as médias obtidas pelos grupos em análise. Sempre que existiram diferenças significativas procedemos às comparações múltiplas, para identificar essas mesmas diferenças.

Recorremos ainda à classificação hierárquica pelo método das árvores, com o objectivo de encontrar as variáveis preditivas, quer da intenção e ideação suicidária, quer dos aspectos com elas inter-relacionados. A escolha deste procedimento teve como critério a sua adequação ao

estudo e a clareza do *output* gerado, já que os resultados, apresentados hierarquicamente, permitem uma leitura fácil e rápida, não obrigando o leitor a ter um conhecimento aprofundado dos algoritmos que estão presentes no cálculo.

Para análise psicométrica dos resultados obtidos pela administração dos instrumentos de medida foram calculados, para cada item, a média, respectivos desvios-padrão e correlações com o total da escala. Foi também realizada a análise da dimensionalidade das escalas, através da Análise Factorial dos itens e da correlação entre os factores encontrados. O método utilizado na análise da dimensionalidade da escala foi a Análise das Componentes Principais (ACP), após verificação do teste de Bartlett, de Kaiser e da matriz anti-imagem. Procedemos, ainda, à determinação dos coeficientes de consistência interna (*Alpha* de Cronbach) para todas as escalas e subescalas. A vantagem desse método é que não há a pressuposição da normalidade das variáveis envolvidas. Tecnicamente, os factores são obtidos a partir de uma decomposição da matriz de correlação ou de covariância. As saturações factoriais indicam-nos quão associada está determinada variável ao factor, bem como os valores próprios associados a cada um dos factores envolvidos, mostrando assim a importância de determinado factor na escala. A comparabilidade e a adequação dos testes foram, com efeito, os critérios para a escolha destes métodos.

Para análise clinimétrica, recorreremos ao método do impacto (MIC).

O nível de significância escolhido para evitar o erro de tipo I (rejeitar a  $H_0$  quando ela é verdadeira) foi de 0,05.





## CAPÍTULO III

### 3. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Finalizadas as considerações gerais deste estudo, bem como a apresentação e interpretação do estudo-piloto, é chegado o momento da apresentação e análise dos resultados. Começamos por apresentar as características gerais do grupo de controlo já definido no ponto que se refere à população. De seguida, caracterizamos o grupo experimental, constituído por idosos alentejanos. Por fim, comparamos ambos os grupos e sintetizamos as três análises.

#### 3.1. Grupo de controlo

O quadro que se segue mostra as características do grupo de controlo (n=660).

Quadro 68: Características gerais do grupo de controlo

Grupo de Controlo		n	%
<b>Sexo</b>	Feminino	396	60,0
	Masculino	264	40,0
<b>Total</b>		660	100
<b>Região</b>	Centro	378	57,3
	Norte	192	29,1
	Lisboa e Ribatejo	79	12,0
	Açores	11	1,7
<b>Idade</b>	65-74 (idoso jovem)	361	54,7
	75-84 (idoso)	250	37,9
	>= 85 (muito idoso)	49	7,4
<b>Total</b>		660	100,0
<b>Estado civil</b>	Casado	368	55,8
	Viúvo	241	36,5
	Solteiro	28	4,2
	Divorciado	22	3,3
<b>Subtotal</b>		659	99,8
<b>Sem informação</b>		1	0,2
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>100</b>
<b>Ambiente social</b>	Urbano	234	35,5
	Rural	426	64,5
<b>Total</b>		660	100
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	103	15,6
	Sabe ler e escrever	227	34,4
	1º Ciclo EB	219	33,2
	2º Ciclo EB	44	6,7
	3º Ciclo EB	23	3,5
	Ensino secundário	21	3,2
<b>Subtotal</b>		655	99,2
<b>Sem informação</b>		5	0,8
<b>Total</b>		660	100

Como se pode observar, a distribuição relativa do nosso grupo de controlo não apresenta diferenças substanciais às inscritas nos Censos de 2001, isto é, a maioria dos idosos portugueses são mulheres, têm idades compreendidas entre os 64 e 74 anos, são maioritariamente casados ou viúvos e tem escolaridade igual ou inferior ao actual 1.º ciclo do ensino básico.

*Quadro 69: Caracterização dos hábitos dos idosos portugueses*

Grupo de controlo		n	%
Religião	Nenhum/ateu	33	5,0
	Católico praticante	424	64,2
	Católico não praticante	189	28,6
	Outro credo cristão	13	2,0
<b>Subtotal</b>		659	99,8
<b>Sem informação</b>		1	,2
<b>Total</b>		660	100,0
Passatempos habituais	Nenhum	120	18,2
	Passatempos individuais/solitários	338	51,2
	Passatempo colectivo	202	30,6
	Total	660	100,0
Hábitos alcoólicos	Nenhuns	324	49,1
	Ocasionais	113	17,1
	Às refeições	187	28,3
	Às refeições e entre elas	36	5,5
Total		660	100,0
Tipologia familiar	Unipessoal	174	26,4
	Nuclear	433	65,6
	Alargada	52	7,9
<b>Subtotal</b>		659	99,8
<b>Sem informação</b>		1	,2
<b>Total</b>		660	100,0
Relacionamento/apoio familiar	Mau	252	38,2
	Razoável	182	27,6
	Bom	220	33,3
<b>Subtotal</b>		654	99,1
<b>Sem informação</b>		6	,9
<b>Total</b>		660	100,0

A maioria dos idosos refere ser católico, ter passatempos individuais/solitários, citando como exemplos, ver televisão, ouvir rádio, passear em jardins sem companhia, estar sentados em praças a ver passar pessoas e carros, etc., não ter hábitos alcoólicos frequentes, viver em famílias nucleares (com as esposas ou companheiras) e classificam maioritariamente os relacionamentos familiares de maus a razoáveis.

Quadro 70: Características específicas da população idosa portuguesa

Grupo de controlo		n	%
Perdas recentes	Não	430	65,2
	Sim	230	34,8
<b>Total</b>		660	100,0
Polimedicados	Não	340	51,5
	Sim	320	48,5
<b>Total</b>		660	100,0
Tentativas de suicídio prévias	Não	641	97,1
	Sim	19	2,9
<b>Total</b>		660	100,0
Antecedentes familiares de suicídio	Não	622	94,2
	Sim	38	5,8
	<b>Total</b>	660	100,0
Comportamentos suicidários de amigos	Não	612	92,7
	Sim	47	7,1
<b>Subtotal</b>		659	99,8
<b>Sem informação</b>		1	,2
<b>Total</b>		660	100,0
Comportamentos suicidários na comunidade	Não	498	75,5
	Sim	162	24,5
<b>Total</b>		660	100,0
Patologias mentais diagnosticadas	Não	538	81,5
	Sim	122	18,5
<b>Total</b>		660	100,0

Como se pode verificar, a maioria dos inquiridos não refere tentativas de suicídio prévias, antecedentes familiares ou comportamento de amigos ou na comunidade, nem patologias mentais diagnosticadas, sendo que quando as refere, as mais citadas são a depressão e a ansiedade.

Quadro 71: Visão pessoal acerca do suicídio da população idosa portuguesa

Grupo de controlo		n	%
Auto-avaliação do suicídio	Resolução nobre para um dilema pessoal	58	8,8
	Mal menor	82	12,4
	Situação anormal/ pecado	519	78,6
<b>Subtotal</b>		659	99,8
<b>Sem informação</b>		1	,2
<b>Total</b>		660	100,0

O quadro que precede este comentário mostra que a maioria dos inquiridos consideram o suicídio como uma situação anormal e/ou de pecado.

Quadro 72: Variáveis consideradas preditivas do suicídio

	Risco sociocultural (IRSI)	Solidão (UCLA)	Intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS)	Ideação suicidária (IDS)	Intenção suicidária (INS)	Depressão (GDS)	Quantidade de Suporte (SSQ-N6)	Qualidade de Suporte (SSQ-S6)
Média ( $\bar{x}$ )	11	31	1	0,8	0,2	10	2,73	5,06
Desvio-padrão (S)	2	10	2	1,5	0,7	7	1,83	,95
Mediana	11	29	0	0	0	8	2,33	5,00
Moda	11	34	0	0	0	1	1,00	5,00
Máximo	15	64	11	6,0	5,0	27	9,00	6,00
Mínimo	7	6	0	0	0	0	,00	1,00
Percentil 05	8	17	0	0	0	0	,67	3,00
Percentil 25	10	23	0	0	0	4	1,50	5,00
Percentil 75	12	37	1	1,0	0	15	3,50	5,83
Percentil 95	13	49	6	4,0	2,0	22	6,64	6,00
Percentil 99	14	56	9	6,0	4,0	25	9,00	6,00
Ausência	634 (96%)	405 (61%)	572 (87%)	567 (86%)	625 (95%)	419 (64%)		
Presença	26 (4%)	255 (39%)	78 (12%)	83 (13%)	22 (3%)	237 (36%)		
Casos em falta	0	0	10	10	13	4	20	43

O quadro precedente mostra que, embora em termos médios nenhum dos parâmetros ultrapasse os pontos de corte estabelecidos para as variáveis em análise, a solidão e a depressão são as situações-problema de maior relevância na população idosa, com uma prevalência de 39% e 36%, respectivamente.

Quadro 73: Qualidade de vida global percebida pelos idosos portugueses

	N	%	% Acumulada	
<b>Qualidade de vida (ETAQV)</b>	Péssima Qualidade de Vida	146	22,1	22,1
	Má Qualidade de Vida	184	27,9	50,0
	Razoável Qualidade de Vida	181	27,4	77,4
	Boa Qualidade de Vida	146	22,1	99,5
	Excelente Qualidade de Vida	3	0,5	100,0
Total	660	100,0		

Como se pode observar, metade dos idosos inquiridos (50%) consideram que têm uma qualidade de vida má e muito má, havendo apenas 23% a considerá-la superior ao razoável.

O quadro que se segue mostra a qualidade de vida percebida nas suas dimensões mais específicas.

Quadro 74: Dimensões da Qualidade de Vida dos idosos portugueses

		n	%	% Acumulada
<b>Situação económica percecionada (ETAQV-SEP)</b>	Péssima situação económica	6	0,9	0,9
	Má situação económica	27	4,1	5,0
	Razoável situação económica	231	35,0	40,0
	Boa situação económica	335	50,8	90,8
	Excelente situação económica	61	9,2	100,0
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>100,0</b>	
<b>Saúde percebida (ETAQV-SP)</b>	Péssimo estado de saúde	35	5,3	5,3
	Estado de saúde mau	92	13,9	19,2
	Estado de saúde satisfatório	195	29,5	48,8
	Bom estado de saúde	269	40,8	89,5
	Excelente estado de saúde	69	10,5	100,0
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>100,0</b>	
<b>Satisfação com a vida (ETAQV-SV)</b>	Nenhuma Satisfação com a Vida	29	4,4	4,4
	Pouca Satisfação com a Vida	73	11,1	15,5
	Razoável Satisfação com a Vida	240	36,4	51,8
	Boa Satisfação com a Vida	318	48,2	100,0
	Excelente Satisfação com a Vida	0	0	100,0
<b>Total</b>		<b>660</b>	<b>100,0</b>	

Das dimensões da qualidade de vida em análise, é o estado de saúde e a satisfação com a vida aquelas que reflectem um maior número de insatisfeitos, com 19% e 16%, respectivamente, a apresentarem níveis inferiores ao razoável.

Quadro 75: Correlação entre as variáveis consideradas preditivas de suicídio dos idosos portugueses

	<b>ETAQV</b>					
<b>IRSI</b>	r	-0,360(**)				
	p	0,000				
	n	660				
<b>UCLA</b>	r	-0,689(**)				
	p	0,000				
	n	660				
<b>GDS</b>	r	-0,712(**)	0,690(**)			
	p	0,000	0,000			
	n	656	656			
<b>ETHS</b>	r	-0,516(**)	0,543(**)	0,540(**)		
	p	0,000	0,000	0,000		
	n	650	650	650		
<b>SSQ-N6</b>	r	0,201(**)	-0,188(**)	-0,233(**)	-0,153(**)	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	640	640	640	636	
<b>SSQ-S6</b>	r	0,477(**)	-0,537(**)	-0,475(**)	-0,408(**)	0,322(**)
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	617	617	617	613	610

\*\* p< 0,01 (bi-caudal)

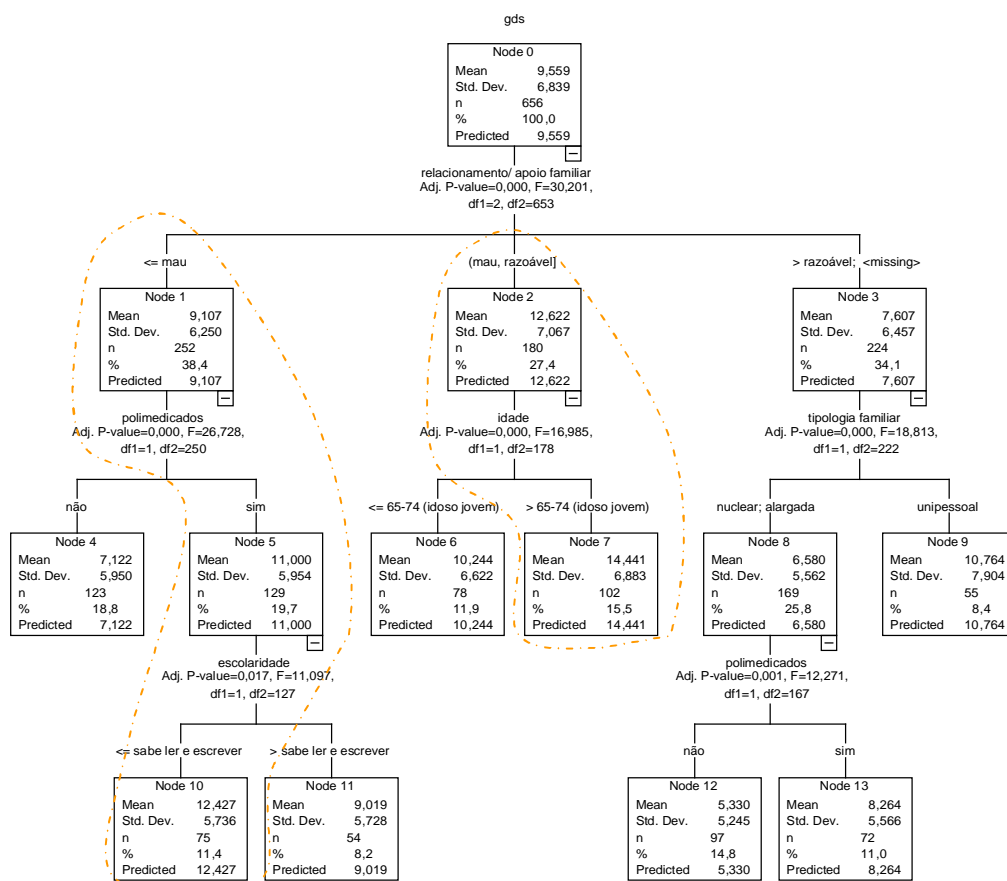
O quadro anterior mostra que existe uma relação entre as variáveis em estudo. Assim, a uma menor qualidade de vida (ETAQV) corresponde mais solidão (UCLA), mais depressão (GDS), maior risco suicidário (ETIIS) menos satisfação com o suporte social e maior índice de risco suicidário (IRSI).

A análise CHAID que se segue faz uma classificação mais fina das variáveis dependentes que entram no modelo. Assim, classificámos o grupo de controlo, pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**).

Como variável dependente colocamos a depressão (GDS) e como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio.

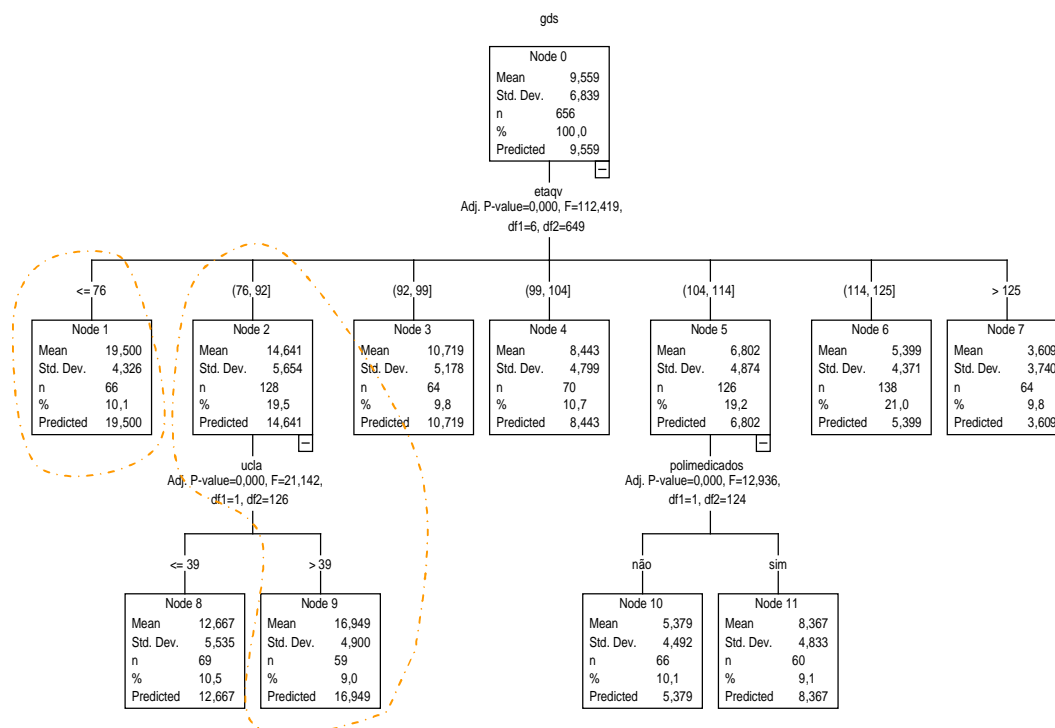
No modelo das causas da variação dos valores médios da depressão na população idosa em geral entraram o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, a tipologia familiar e a escolaridade.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, os valores médios da GDS sobem para diagnóstico de depressão quando duas condições estão presentes: o idoso tem idade superior ou igual a 75 anos e cumulativamente tem falta de um bom relacionamento familiar. Verificamos, ainda, que existe um aumento significativo dos valores médios da GDS no caso em que o idoso não tem escolaridade, é polimedicado e tem um mau relacionamento familiar.

Porém, estas não são as variáveis que mais influenciam a depressão, já que quando acrescentamos às variáveis independentes supracitadas a qualidade de vida (ETAQV), a solidão (UCLA), a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS), quantidade e qualidade de suporte social, os resultados foram os que se observam na árvore que se segue.



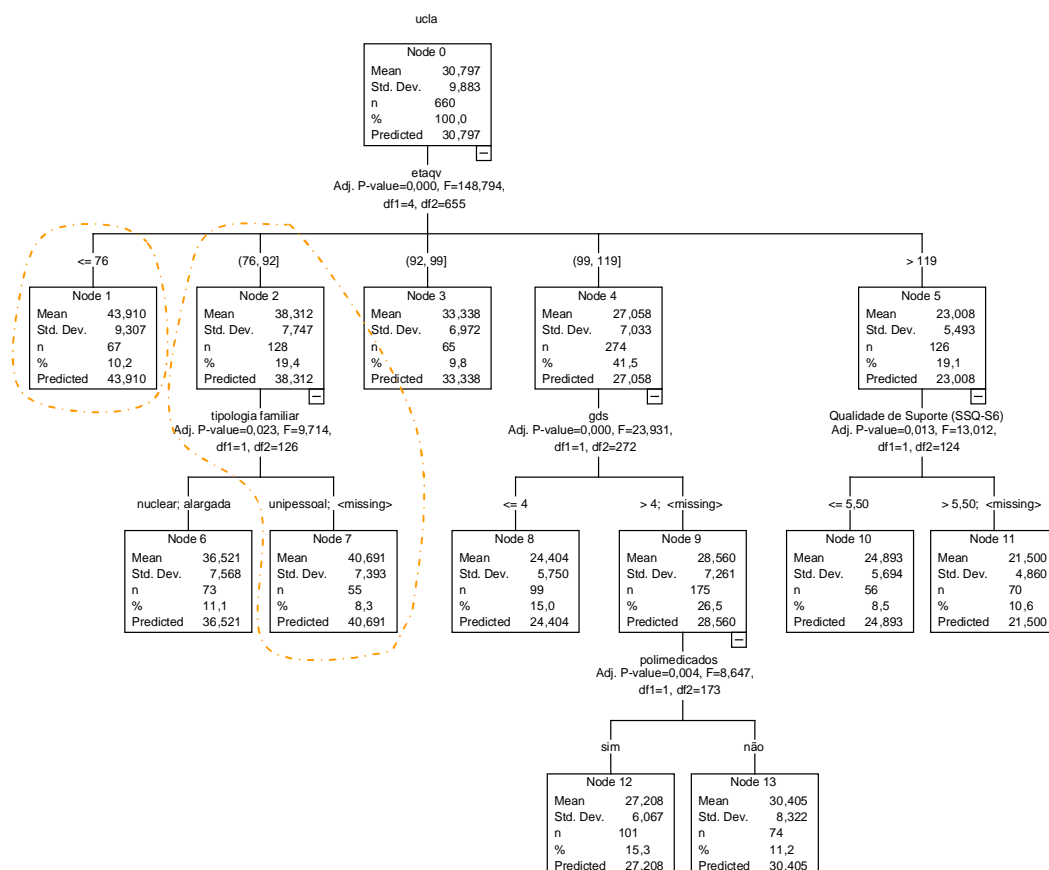
A análise da árvore precedente mostra que a depressão, na população idosa em geral, está muito associada à qualidade de vida (ETAQV) e à solidão (UCLA), já que ela aumenta significativamente mais quando estas condições estão presentes do que no caso anterior. Com efeito, os idosos que percebem uma qualidade de vida muito má ( $\leq 76$ ) apresentam em média 20 em 27 sintomas de depressão. Tendo em conta que o ponto de corte é 11, parece-nos importante reflectir sobre este aspecto. Da mesma forma, embora menos grave, os idosos apresentam 17 em 27 sintomas de depressão quando o idoso se sente em solidão e cumulativamente tem má qualidade de vida.

A análise hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**) que se segue mostra como varia a variável dependente solidão (UCLA) face às variáveis independentes como o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio, a qualidade de vida (ETAQV), a depressão (GDS), a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS), quantidade e qualidade do suporte social.



No modelo das causas da variação dos valores médios da solidão na população idosa em geral entraram a qualidade de vida, a tipologia familiar, a depressão, a polimedicação e a qualidade do suporte.

A árvore de decisões que se segue mostra como oscilam os valores das variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os obtidos no modelo:



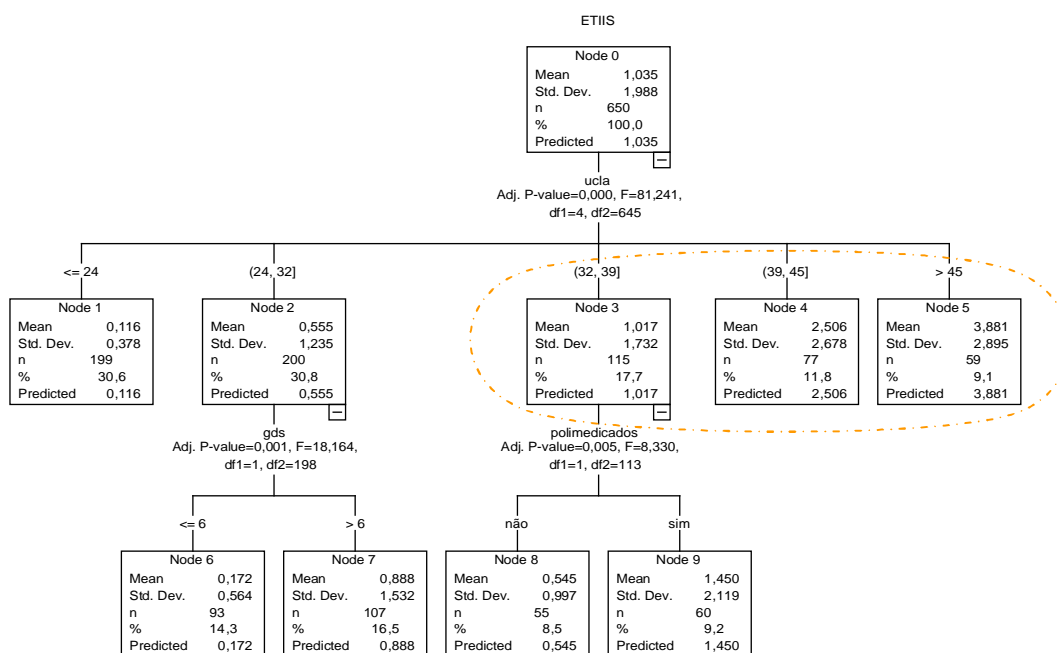
Como se pode observar, a solidão aumenta de 31 para 44 com a degradação da qualidade de vida (ETAQV). Da mesma forma, os idosos que vivem sós (tipologia familiar unipessoal) e têm má qualidade de vida também atingem níveis de solidão de 41. Tendo em conta que o ponto de corte é  $\leq 32$ , os valores médios apresentados devem ser objecto de preocupação.

A análise hierárquica exaustiva que se segue mostra como se comporta a variável dependente intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) face às variáveis independentes como o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os

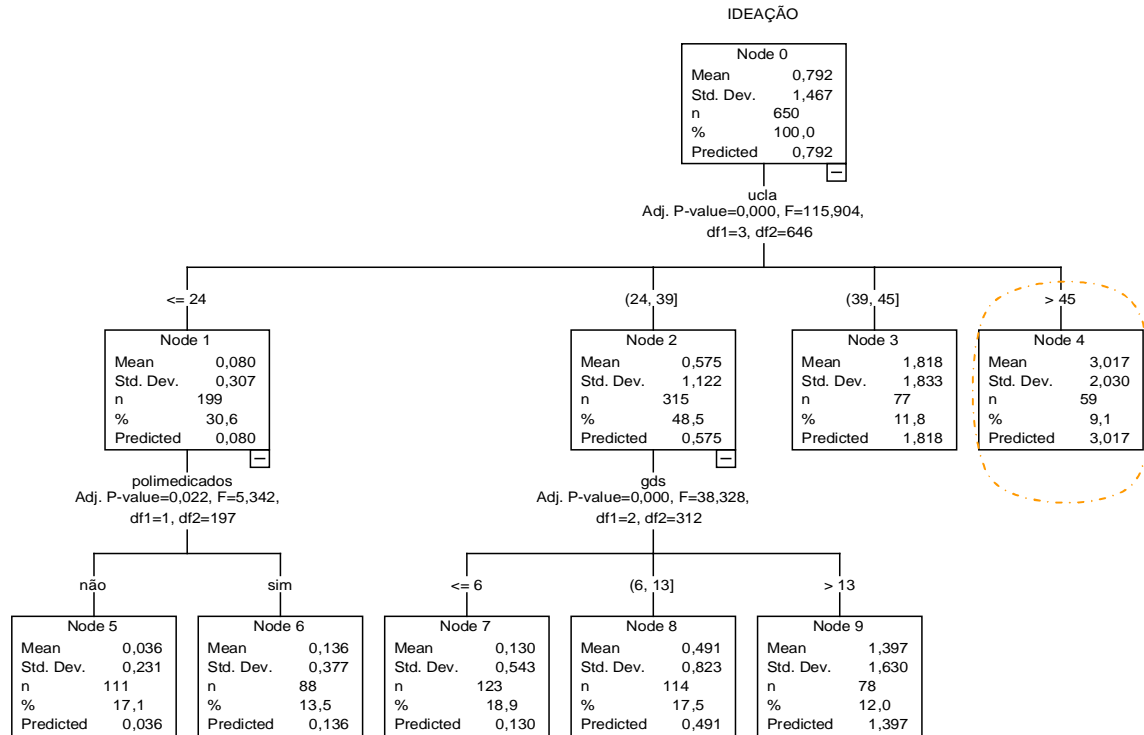
comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio, a qualidade de vida (ETAQV), a solidão (UCLA), quantidade e qualidade do suporte social.

No modelo das causas da variação dos valores médios da ETIIS na população idosa em geral entraram a solidão, a GDS e a polimedicação.

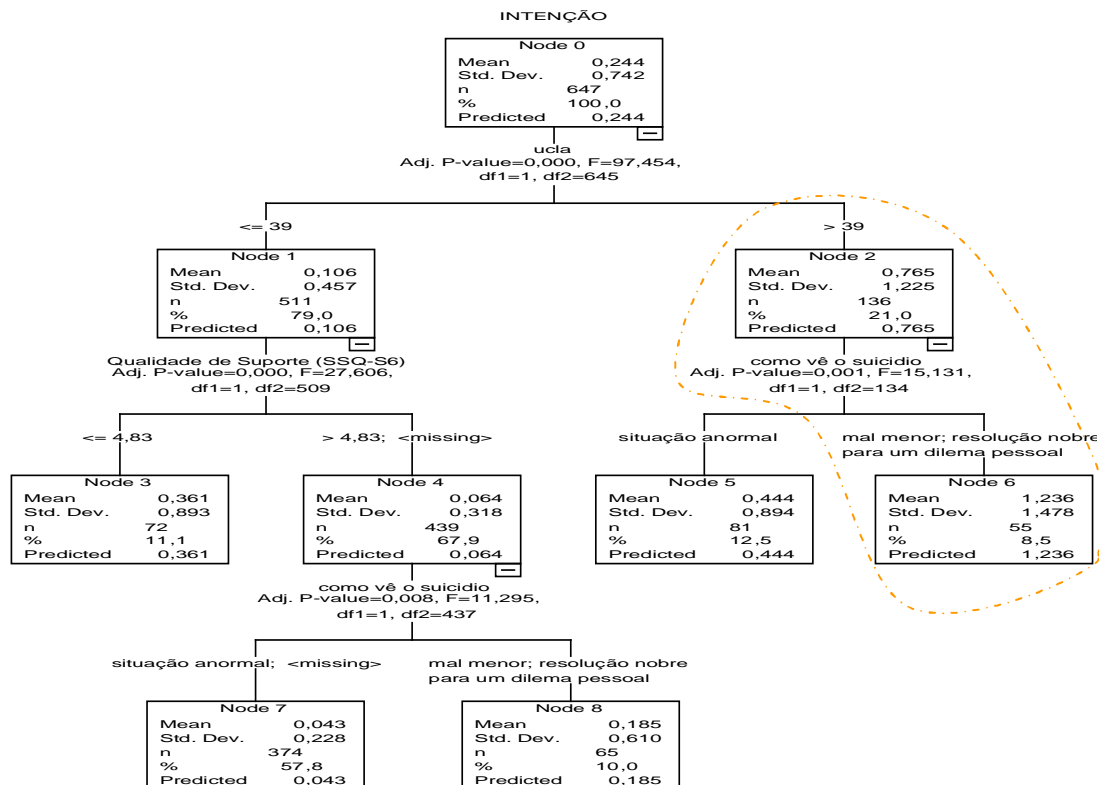
A árvore de decisões que se segue mostra como oscilam os valores das variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os obtidos no modelo:



Como se pode observar, a intenção e/ou ideação suicidária aumenta significativamente à medida que a solidão também aumenta, sendo idêntico o panorama quando se observa a subescala ideação (árvore que se segue).



Relativamente à intenção suicidária, a situação muda um pouco, como se pode observar na árvore seguinte.



Com efeito, para além da solidão, nesta subescala, também entra a autopercepção do suicídio como preditiva de intenção, aumentando esta quando o sujeito define o suicídio como um mal menor ou uma resolução nobre para dilema pessoal.

Finalizada a análise da população geral, passamos de seguida ao grupo dos alentejanos, população experimental deste estudo.

### 3.2. Idosos Alentejanos

O quadro que se segue mostra as características do grupo experimental (idosos alentejanos) (n=372).

*Quadro 76: Características gerais dos idosos alentejanos*

Idosos Alentejanos		n	%
Sexo	Feminino	171	46,0
	Masculino	201	54,0
<b>Total</b>		372	100
Região	Beja	200	
	Portalegre	66	
	Évora	106	
<b>Total</b>		372	100
Idade	65-74 (idoso jovem)	179	48,1
	75-84 (idoso)	128	34,4
	>= 85 (muito idoso)	65	17,5
<b>Total</b>		372	100
Estado civil	Casado	164	44,1
	Viúvo	126	33,9
	Solteiro	76	20,4
	Divorciado	6	1,6
<b>Total</b>		372	100
Ambiente social	Urbano	52	14,0
	Rural	320	86,0
<b>Total</b>		372	100
Escolaridade	Analfabeto	178	47,8
	Sabe ler e escrever	69	18,5
	1º Ciclo EB	111	29,8
	2º Ciclo EB	6	1,6
	3º Ciclo EB	4	1,1
	Ensino superior	4	1,1
<b>Total</b>		372	100

Como se pode observar, os nossos idosos são maioritariamente masculinos, contudo também é neste grupo que o suicídio é mais prevalente, provenientes de meios rurais e sem escolaridade.

Quadro 77: Caracterização dos hábitos dos idosos alentejanos

Idosos Alentejanos		n	%
Religião	Nenhum/ateu	92	24,7
	Católico praticante	108	29,0
	Católico não praticante	166	44,6
	Outro credo cristão	6	1,6
<b>Total</b>		372	100
Passatempos habituais	Nenhum	149	40,1
	Passatempos individuais/solitários	114	30,6
	Passatempo colectivo	109	29,3
<b>Total</b>		372	100
Hábitos alcoólicos	Nenhuns	185	49,7
	Ocasionais	78	21,0
	Às refeições	58	15,6
	Às refeições e entre elas	51	13,7
<b>Total</b>		372	100
Tipologia familiar	Unipessoal + Lar	38	10,2
	Unipessoal	144	38,7
	Nuclear	164	44,1
	Alargada	22	5,9
<b>Sub total</b>		368	98,9
<b>Sem informação</b>		4	1,1
<b>Total</b>		372	100
Relacionamento/ apoio familiar	Mau	52	14,0
	Razoável	135	36,3
	Bom	181	48,7
<b>Sub total</b>		368	98,9
<b>Sem informação</b>		4	1,1
<b>Total</b>		372	100

A maioria dos idosos refere ser católico, contudo contrastam com os controlos onde a maior parte é praticante e apenas 5% são ateus, contra os 24% deste grupo. Quanto aos passatempos, a maior parte refere não os ter, ou quando os tem, são muito solitários como estarem sentados na soleira da porta a pensar na vida, a olhar para o horizonte e a ver passar pessoas e carros, quando os há, 50% dizem não ter hábitos alcoólicos, mas parece-nos relevante a diferença deste grupo, em termos relativos, dos hábitos alcoólicos frequentes, já que apresentam uma prevalência de 14% contra os 6% dos controlos. Vivem maioritariamente em famílias nucleares (com as esposas ou companheiras) e unipessoais, sendo que 49% classificam os relacionamentos familiares de bons.

Quadro 78: Características específicas da população idosa alentejana

Idosos Alentejanos		n	%
Perdas recentes	Não	261	70,2
	Sim	111	29,8
<b>Total</b>		372	100
Polimedicados	Não	247	66,4
	Sim	125	33,6
<b>Total</b>		372	100
Tentativas de suicídio prévias	Não	341	91,7
	Sim	31	8,3
<b>Total</b>		372	100
Antecedentes familiares de suicídio	Não	326	87,6
	Sim	46	12,4
	Total		
Comportamentos suicidários de amigos	Não	306	82,3
	Sim	66	17,7
<b>Total</b>		372	100
Comportamentos suicidários na comunidade	Não	285	76,6
	Sim	87	23,4
<b>Total</b>		372	100
Patologias diagnosticadas	Não	300	80,6
	Sim	72	19,4
<b>Total</b>		372	100

Como se pode verificar, a maioria dos inquiridos não refere tentativas de suicídio prévias, contudo 8% já o fizeram contra os 3% dos controlos. Quanto aos antecedentes familiares ou comportamento suicidário de amigos foram referidos por 12% e 18%, respectivamente, contra os 6% e 7% dos controlos. Quanto aos comportamentos suicidários na comunidade, os inquiridos não diferem de forma relevante dos controlos, até porque a comunidade nestes casos é muito pequena ou está muito distante. O mesmo acontece com as patologias mentais diagnosticadas, sendo que a diferença dos controlos é que quando as referem, a depressão é a única que é citada.

Quadro 79: Visão pessoal acerca do suicídio da população idosa alentejana

Idosos Alentejanos		n	%
Como vê o suicídio	Resolução nobre para um dilema pessoal	21	5,6
	Mal menor	91	24,5
	Situação anormal	256	68,8
<b>Subtotal</b>		368	98,9
	<b>Sem informação</b>	4	1,1
<b>Total</b>		372	100

O quadro que precede este comentário mostra que 69% dos inquiridos consideram o suicídio como uma situação anormal e/ou de pecado, enquanto que os controlos referiram-no em

79% dos casos. Vinte e cinco por cento dos alentejanos consideram-no um mal menor, enquanto que esta definição só foi referida pelos controlos em 12% das entrevistas.

Quadro 80: Variáveis consideradas preditivas do suicídio

	Risco sociocultural (IRS)	Solidão (UCLA)	Intenção e/ou ideação suicidária (ETIS)	Ideação suicidária (IDS)	Intenção suicidária (INS)	Depressão (GDS)	Quantidade de Suporte (SSQ-N6)	Qualidade de Suporte (SSQ-S6)
Média ( $\bar{x}$ )	12	35	1,69	1,32	0,37	10	1,74	4,44
Desvio-padrão (S)	2	10	2,49	1,88	0,86	7	1,47	1,55
Mediana	12	34	0,50	0,00	0,00	10	1,50	5,00
Moda	11	32	0,00	0,00	0,00	5	0,00	5,00
Máximo	17	64	10,00	6,00	4,00	23	9,00	6,00
Mínimo	8	16	0,00	0,00	0,00	0	0,00	1,00
Percentil 05	9	19	0,00	0,00	0,00	1	0,00	1,00
Percentil 25	10	28	0,00	0,00	0,00	5	1,00	4,33
Percentil 75	14	42	2,00	2,00	0,00	15	2,17	5,33
Percentil 95	15	55	7,00	6,00	2,00	21	4,04	6,00
Percentil 99	17	64	10,00	6,00	4,00	23	9,00	6,00
Ausência	279 (75%)	151 (41%)	300 (81%)	290 (78%)	356 (96%)	225 (60%)		
Presença	93 (25%)	221 (59%)	72 (19%)	82 (22%)	16 (4%)	147 (40%)		
Casos em falta	0	0	0	0	0	0	0	0

Como podemos observar, ao contrário do que aconteceu nos controlos, embora em termos médios, a maior parte dos parâmetros ultrapassa os pontos de corte estabelecidos para as variáveis em análise, o risco sociocultural, a solidão, a intenção e/ou ideação suicidária e a depressão são as situações-problema de maior relevância nesta população idosa, com uma prevalência de 25% e 59%, 19% e 49%, respectivamente.

Quadro 81: Qualidade de vida global percebida pelos idosos alentejanos

	N	%	% acumulada	
<b>Qualidade de vida (ETAQV)</b>	Péssima Qualidade de Vida	134	36,0	36,0
	Má Qualidade de Vida	122	32,8	68,8
	Razoável Qualidade de Vida	58	15,6	84,4
	Boa Qualidade de Vida	58	15,6	100,0
	Excelente Qualidade de Vida	0	0	100,0
<b>Total</b>	<b>372</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	

Como se pode observar, 69% dos idosos inquiridos consideram que têm uma qualidade de vida má ou muito má, contra os 50% dos controlos, havendo apenas 16% a considerá-la superior ao razoável contra os 23% dos controlos.

O quadro que se segue mostra a qualidade de vida percebida nas suas dimensões mais específicas.

*Quadro 82: Dimensões da Qualidade de Vida dos alentejanos*

	n	%	% Acumulada	
<b>Situação económica percebida (ETAQV-SEP)</b>	Péssima situação económica	22	5,9	5,9
	Má situação económica	42	11,3	17,2
	Razoável situação económica	162	43,5	60,8
	Boa situação económica	132	35,5	96,2
	Excelente situação económica	14	3,8	100,0
<b>Total</b>	372	100	100	
<b>Saúde percebida (ETAQV-SP)</b>	Péssimo estado de saúde	21	5,6	5,6
	Estado de saúde mau	70	18,8	24,5
	Estado de saúde satisfatório	141	37,9	62,4
	Bom estado de saúde	112	30,1	92,5
	Excelente estado de saúde	28	7,5	100,0
<b>Total</b>	372	100	100	
<b>Satisfação com a vida (ETAQV-SV)</b>	Nenhuma Satisfação com a Vida	50	13,4	13,4
	Pouca Satisfação com a Vida	62	16,7	30,1
	Razoável Satisfação com a Vida	136	36,6	66,7
	Boa Satisfação com a Vida	124	33,3	100,0
	Excelente Satisfação com a Vida	0	0	100,0
<b>Total</b>	372	100	100	

Como se pode observar, 17% dos idosos alentejanos referem uma situação económica muito precária, 25% assinalam estado de saúde muito deficitário e 30% estão muito pouco ou nada satisfeitos com a sua vida.

Estas percentagens estão muito acima das dos controlos que apresentaram valores percentuais de 6%, 19% e 16% respectivamente.



Quadro 83: Correlação entre as variáveis consideradas preditivas de suicídio dos idosos alentejanos

		ETAQV					
UCLA	r	-0,672(**)					
	p	0,000					
	n	372					
			<b>UCLA</b>				
GDS	r	-0,528(**)	0,484(**)				
	p	0,000	0,000				
	n	372	372				
				<b>GDS</b>			
ETIIS	r	-0,625(**)	0,558(**)	0,694(**)			
	p	0,000	0,000	0,000			
	n	372	372	372			
					<b>ETIIS</b>		
SSQ-N6	r	0,356(**)	-0,420(**)	-0,264(**)	-0,283(**)		
	p	0,000	0,000	0,000	0,000		
	n	344	344	344	344		
						<b>SSQ-N6</b>	
SSQ-S6	r	0,528(**)	-0,589(**)	-0,415(**)	-0,548(**)	0,545(**)	
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	
	n	360	360	360	360	340	SSQ-S6
IRSI	r	-0,566(**)	0,444(**)	0,342(**)	0,424(**)	-0,296(**)	-0,440(**)
	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	n	372	372	372	372	344	360

\*\* p < 0,01 (bi-caudal)

O quadro anterior mostra que existe uma relação entre as variáveis em estudo e que faziam parte da formulação das hipóteses de investigação, sendo neste grupo mais significativa e mais forte que no grupo dos controlos, sendo apenas fraca no caso da correlação do SSQ-N6 (quantidade de suporte social) com a GDS (depressão) e a ETIIS (intenção e/ou ideação suicidária).

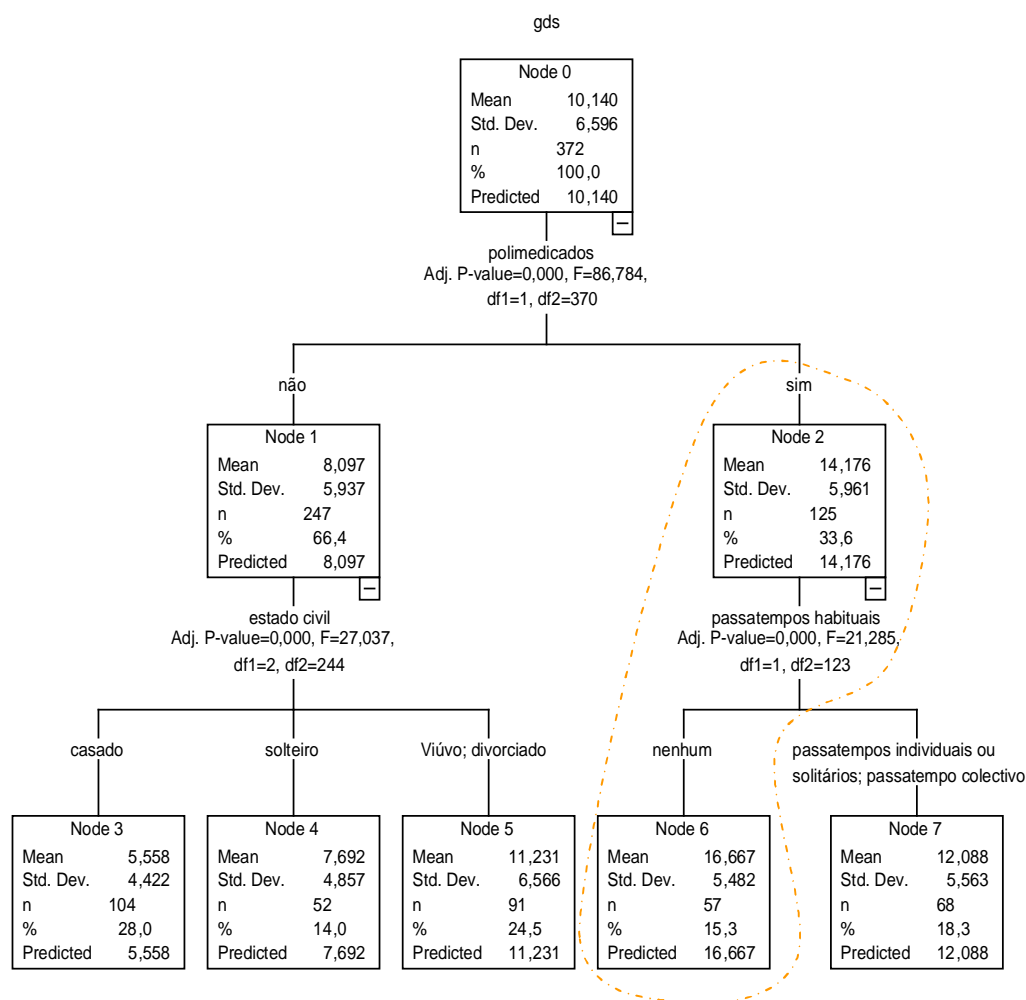
Assim, a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) tem uma relação linear positiva forte com a depressão (0,694) e moderada com a solidão (0,558), sendo que estas foram as dimensões que considerámos intrínsecas ao hospedeiro no nosso modelo hipotético explicativo do suicídio. As dimensões ambientais são para nós a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida que também se relacionam com a ETIIS, de forma que quanto maior a qualidade de vida menor a intenção e/ou ideação suicidária, e quanto mais satisfeitos estão com o suporte social (SSQ-S6) menor a intenção e/ou ideação suicidária. Quanto às dimensões que compõem o agente suicidário, considerámos o risco sociocultural e a intenção e ideação suicidária, que como se pode observar se correlacionam positivamente entre si. No entrecruzamento destas dimensões verificámos que existe uma relação negativa entre os factores do hospedeiro e ambientais, isto é, a valores baixos de satisfação com o suporte e com a qualidade de vida correspondem níveis de solidão e depressão elevados, e consequentemente, risco suicidário elevado. Do mesmo modo, existe uma relação positiva

entre a dimensão hospedeiro e o agente, o que quer dizer que níveis de depressão e solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevado, e vice-versa.

A análise CHAID que se segue faz uma classificação mais apurada das variáveis dependentes que entram no modelo de risco de suicídio. Assim, classificámos o grupo experimental pelo método de classificação hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**). Como variável dependente colocámos a depressão (GDS), e como variáveis independentes o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio.

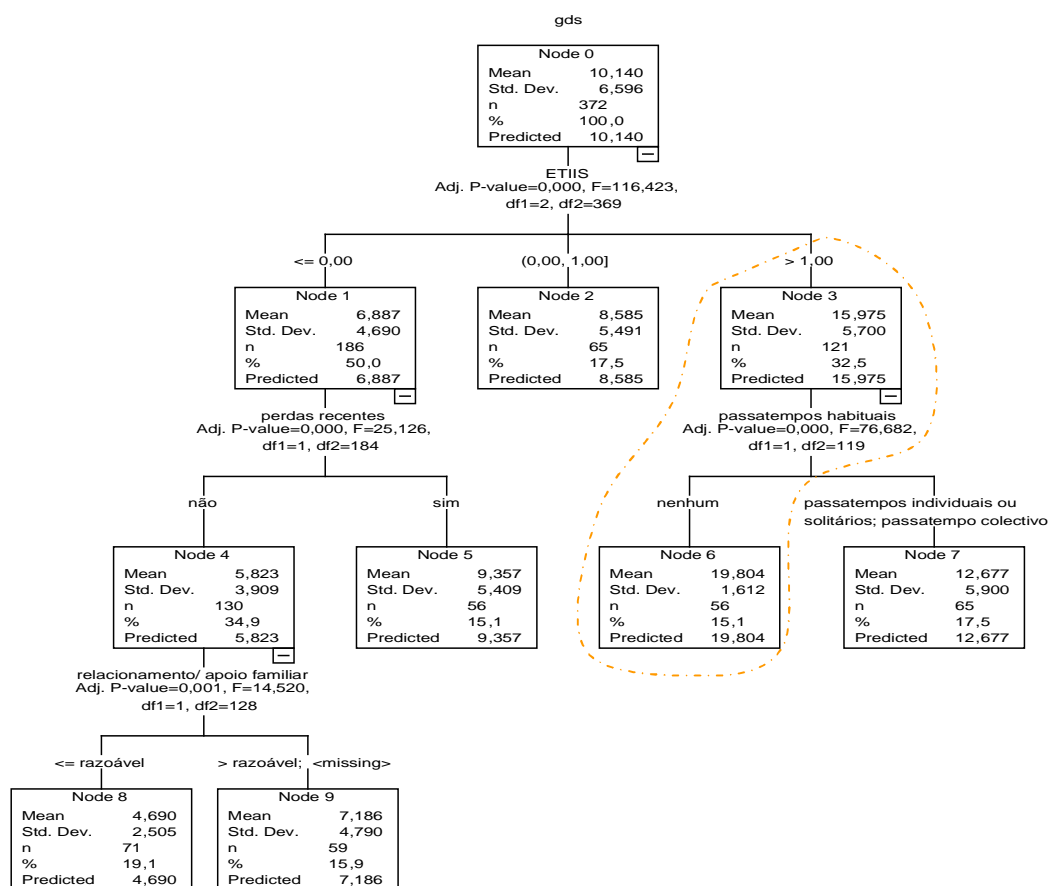
No modelo das causas da variação dos valores médios da depressão na população idosa em geral entraram a polimedicação, o estado civil e os passatempos habituais, enquanto que nos controlos entraram o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, a tipologia familiar e a escolaridade, o que nos indica, de uma forma geral, um perfil diferente, apesar da polimedicação ser comum aos dois grupos.

A árvore de decisões que se segue mostra as variáveis incluídas (preditivas na população idosa em geral), bem como os valores obtidos no modelo:



Como podemos observar, os valores médios da GDS sobem para diagnóstico de depressão quando duas condições estão presentes: o idoso é polimedicado e não tem passatempos habituais.

Porém, estas não são as variáveis que indicam depressão, já que quando acrescentámos, às variáveis independentes supracitadas, a qualidade de vida (ETAQV), a solidão (UCLA), a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS), quantidade e qualidade do suporte social, os resultados foram bastante diferentes, como se pode observar na árvore que se segue.



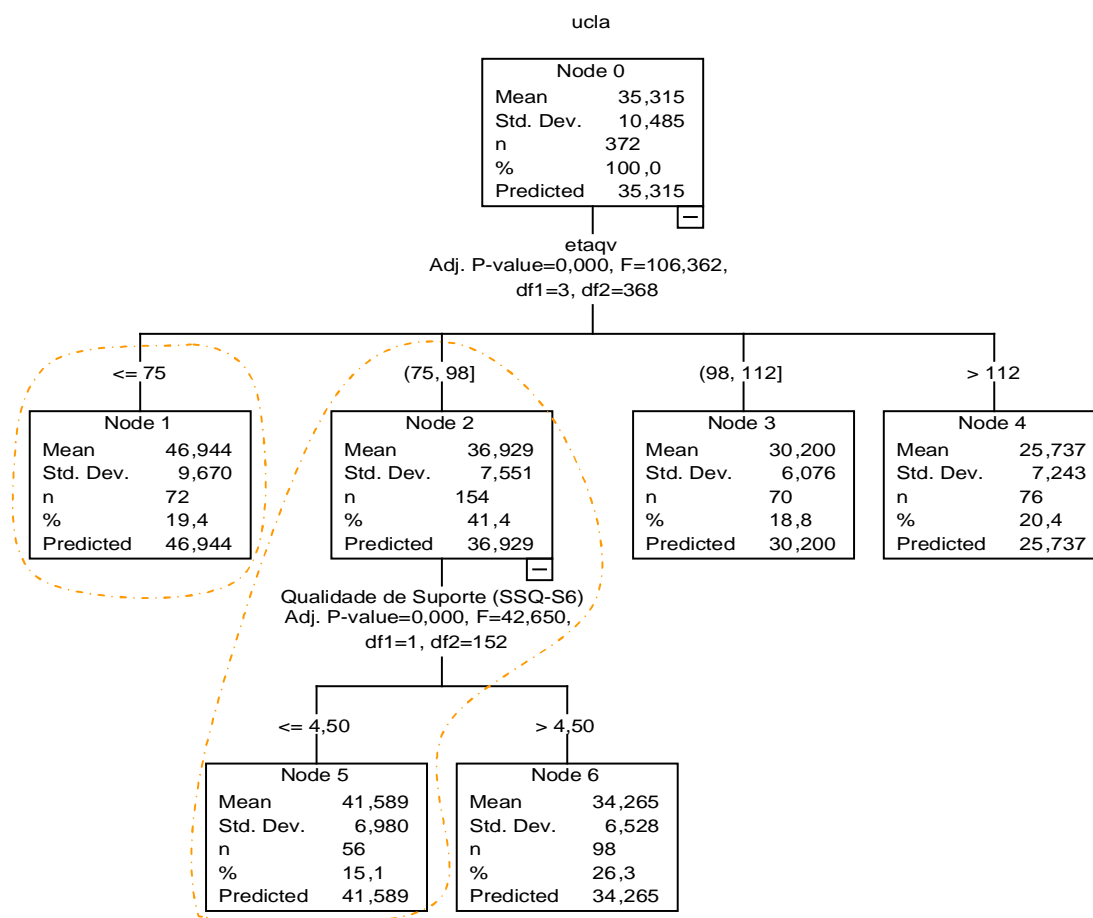
A análise da árvore precedente mostra que a depressão, na população idosa em geral, está muito associada à intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) e aos passatempos habituais (ausência), já que ela aumenta significativamente mais quando estas condições estão presentes do que no caso anterior. Com efeito, os idosos que apresentam 2 ou mais sintomas de intenção e/ou ideação suicidária apresentam em média 20 em 27 sintomas de depressão. Esta característica difere bastante dos controlos, cuja variação na depressão se devia à qualidade de vida.

A análise hierárquica exaustiva CHAID (**Chi-squared Automatic Interaction Detector**) que se segue mostra como varia a variável dependente solidão (UCLA) face às variáveis independentes como o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio, a qualidade de vida (ETAQV), a

depressão (GDS), a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS), quantidade e qualidade do suporte social.

No modelo das causas da variação dos valores médios da solidão na população idosa alentejana entraram a qualidade de vida e a qualidade do suporte.

A árvore de decisões que se segue mostra como oscilam os valores das variáveis incluídas (preditivas na população idosa alentejana), bem como os obtidos no modelo:



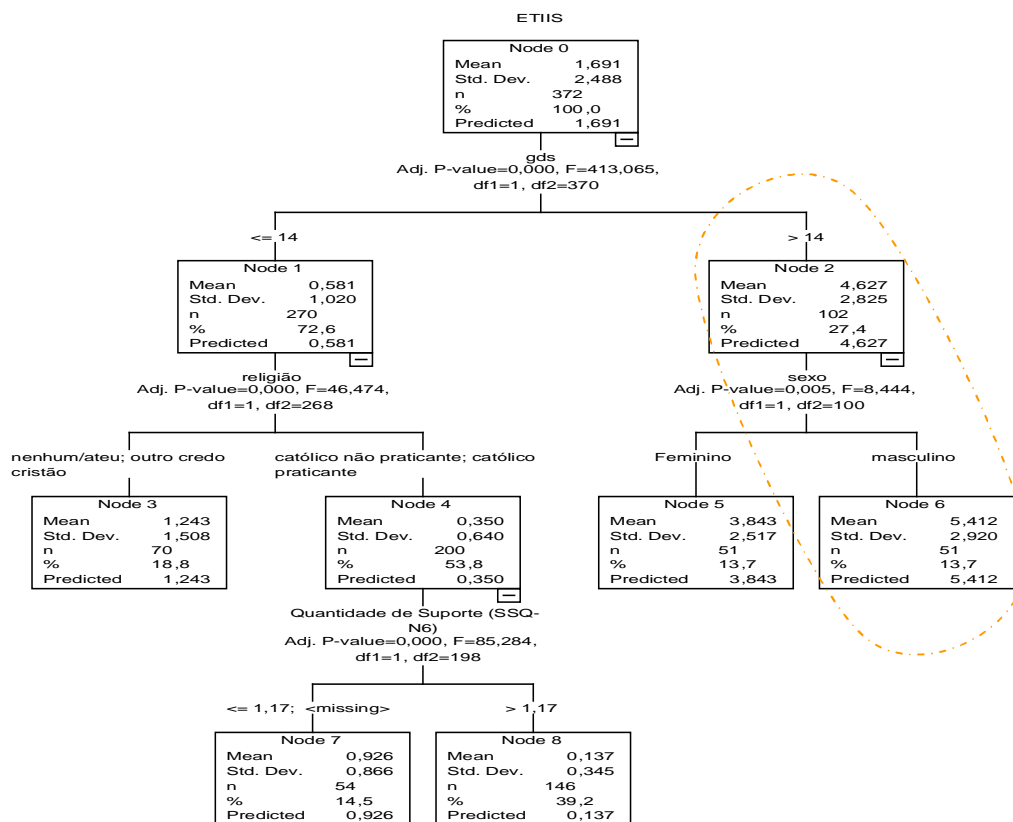
Como se pode observar, a solidão, mesmo sem associar outras variáveis, já é muito elevada (ponto de corte  $\leq 32$ ), contudo sobe de 35 para 47 com a degradação da qualidade de vida (ETAQV). Do mesmo modo, os idosos que não estão muito satisfeitos com o seu suporte e têm má qualidade de vida também atingem níveis de solidão de 42.

A análise hierárquica exaustiva que se segue mostra como se comporta a variável dependente intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) face às variáveis independentes como o sexo, a idade, o estado civil, a fonte principal de rendimento, o ambiente social, a escolaridade, a religião, os passatempos habituais, os hábitos alcoólicos, a tipologia familiar, o

relacionamento familiar, as perdas recentes, a polimedicação, as tentativas de suicídio prévias, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, os comportamentos suicidários na comunidade, as patologias diagnosticadas, a percepção pessoal sobre o suicídio, a qualidade de vida (ETAQV), a solidão (UCLA), a depressão (GDS), quantidade e qualidade de suporte social.

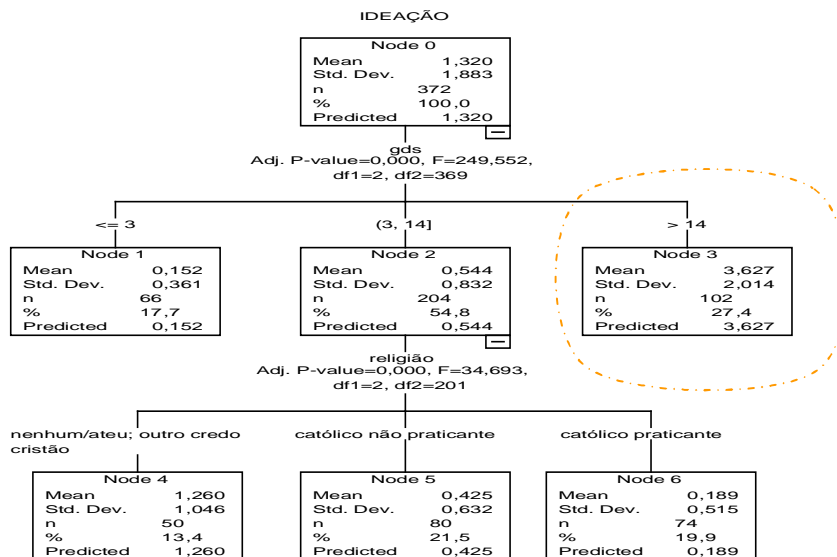
No modelo das causas da variação dos valores médios da ETIIS na população idosa alentejana entraram a depressão (GDS) e o género, enquanto que na população idosa em geral entrou a solidão, a GDS e a polimedicação.

A árvore de decisões que se segue mostra como oscilam os valores das variáveis incluídas, bem como os obtidos no modelo:

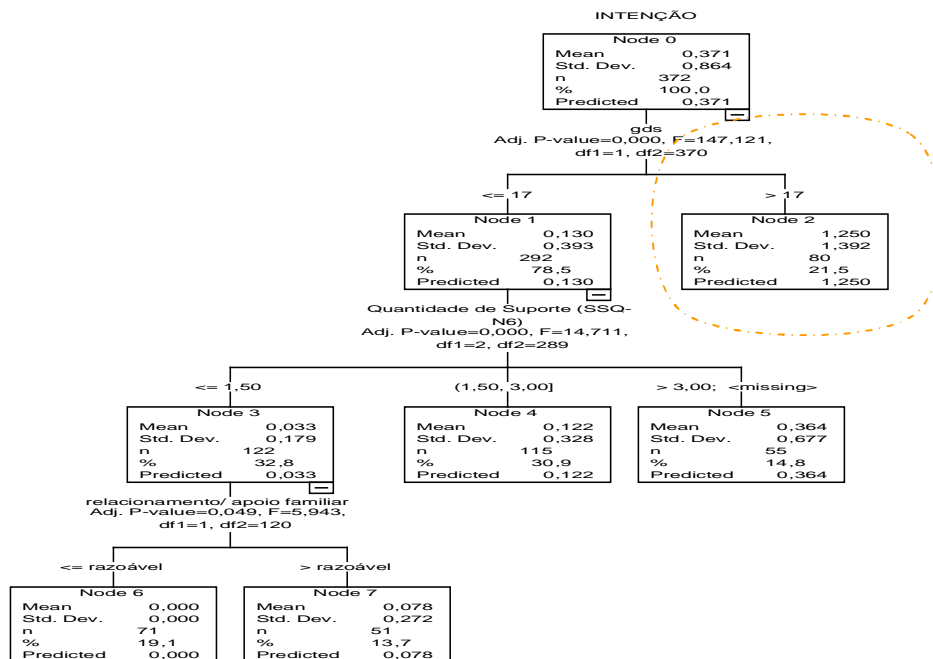


Como se pode observar, a intenção e/ou ideação suicidária aumenta significativamente à medida que a depressão aumenta, agravando-se quando esta é no sexo masculino. Esta conjugação nunca entrou nos modelos explicativos da população idosa em geral.

No caso da subescala ideação suicidária, a situação altera-se, mantendo-se apenas como relevante a depressão, tal como aconteceu com os controlos.



Relativamente à intenção suicidária, a situação é idêntica, como se pode observar na árvore seguinte.



Finalizada a análise dos controlos e dos alentejanos em separado, passamos de seguida à comparação entre os dois grupos deste estudo.

### 3.3. Controlos Versus Idosos Alentejanos

O quadro que se segue compara as variáveis do nosso modelo entre os grupos.

Quadro 84: Diferenças médias entre os grupos

Variáveis dependentes	Grupo	n	$\bar{x}$	s	p
ETAOV	Alentejanos	372	94,15	20,939	0,000
	Controlos	660	102,54	18,439	
UCLA	Alentejanos	372	35,31	10,485	0,000
	Controlos	660	30,80	9,883	
Gds	Alentejanos	372	10,14	6,596	0,186
	Controlos	656	9,56	6,839	
ETIIS	Alentejanos	372	1,6909	2,48849	0,000
	Controlos	650	1,0354	1,98771	
Sso-n6	Alentejanos	344	1,7432	1,47211	0,000
	Controlos	640	2,7323	1,82711	
Sso-s6	Alentejanos	360	4,4394	1,55298	0,000
	Controlos	617	5,0567	,94635	
RISCO	Alentejanos	372	11,91	2,139	0,000
	Controlos	660	10,86	1,576	
IRSI	Alentejanos	372	1,25	,434	0,000
	Controlos	660	1,04	,195	
BEM/MAL-ESTAR	Alentejanos	372	4,7742	4,03790	0,000
	Controlos	656	3,8613	3,82207	
HUMOR TRISTE	Alentejanos	372	3,3575	2,35149	0,331
	Controlos	656	3,2058	2,43047	
FALHAS MENTAIS E FÍSICAS	Alentejanos	372	2,0081	1,51806	0,000
	Controlos	656	2,4924	1,81762	

Como se pode observar, à excepção dos valores da depressão e dos valores do humor triste, existem diferenças significativas entre os dois grupos. Assim, os alentejanos têm significativamente menos qualidade de vida, mais solidão, maior risco suicidário, menos suporte social, maior índice de risco suicidário, mais mal-estar e mais falhas mentais.

Para ilustrar de forma mais pormenorizada, demos instruções ao SPSS para gerar os gráficos das médias por local de recolha de dados. Os resultados podem observar-se nas figuras que se seguem.

A figura 1 mostra as médias obtidas na escala da qualidade de vida por grupos.



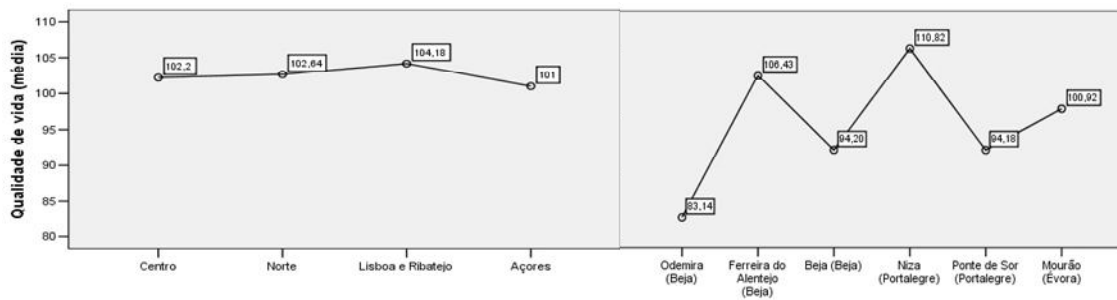


FIGURA 1: QUALIDADE DE VIDA POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, a qualidade de vida é bastante inferior nos idosos de Odemira, Beja, e Ponte de Sor. Em Ferreira do Alentejo e Niza, os valores médios são idênticos aos da zona Centro, Norte, Lisboa e Ribatejo, e Açores.

A figura 2 mostra os valores da solidão para os grupos em análise.

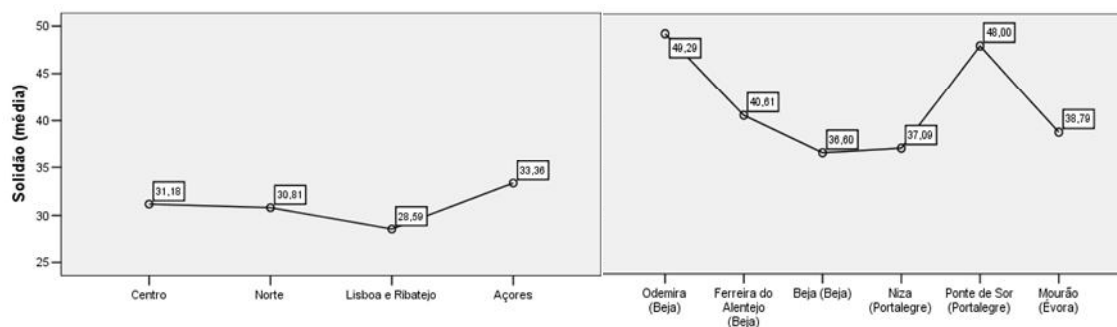


FIGURA 2: SOLIDÃO POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Relativamente à solidão, o gráfico ilustra bem as diferenças. Com efeito, os idosos dos distritos de Beja, Portalegre e Évora têm todos valores de solidão muito mais elevados do que os da zona Centro, Norte, Lisboa e Ribatejo, e Açores, embora este último, apesar de inferior ao resto dos controlos, nos tenha espantado, já que inicialmente havíamos julgado que a insularidade poderia ter efeitos nesta variável.

A figura 3 mostra os valores da depressão para os grupos em análise.

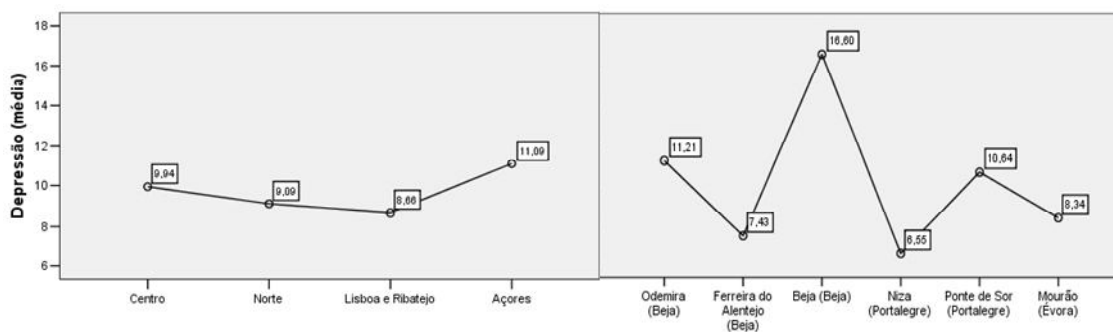


FIGURA 3: DEPRESSÃO POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode verificar, a depressão parece ser uma característica bem mais forte nos idosos dos Açores, de Odemira e da cidade de Beja do que nos restantes locais de recolha de dados.

As figuras 4, 5 e 6 mostram os valores das subescalas da depressão geriátrica para os 2 grupos em análise.

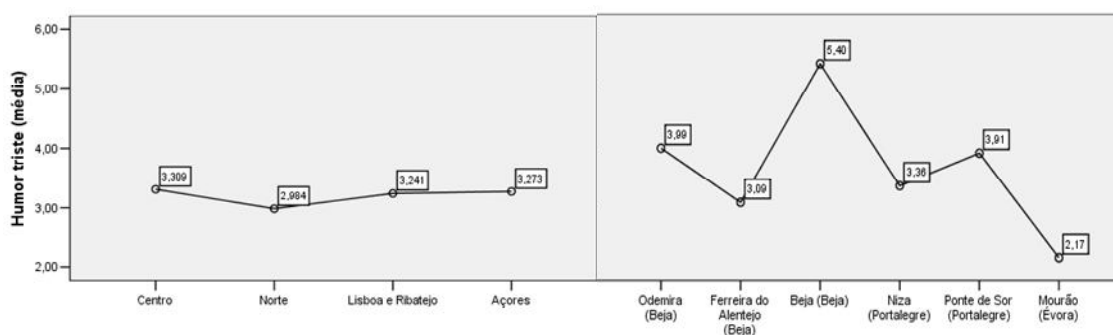


FIGURA 4: HUMOR TRISTE POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, o humor triste tem uma distribuição idêntica à da depressão em geral, sendo por isso igualmente superior nos idosos de Odemira e da cidade de Beja.

A figura 5 refere-se aos sentimentos de bem-estar (valores baixos) e de mal-estar (valores elevados) dos idosos.

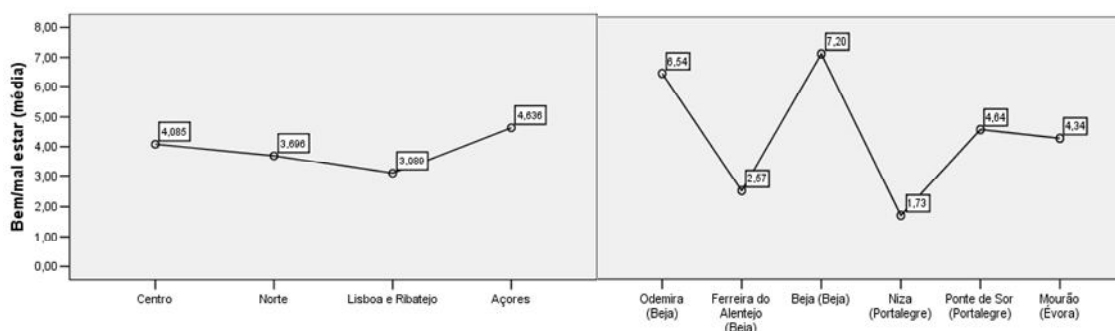


FIGURA 5: BEM/MAL-ESTAR POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, os sentimentos de mal-estar têm, uma vez mais, uma distribuição idêntica à da depressão, sendo por isso igualmente superior nos idosos de Odemira e da cidade de Beja. Nos gráficos que compõem esta figura também se pode verificar que os açorianos têm sentimentos de mal-estar superiores aos dos restantes controlos.

A figura 6 refere-se às falhas físicas e mentais dos idosos, e estes valores apresentam oscilações diferentes das subescalas anteriores.

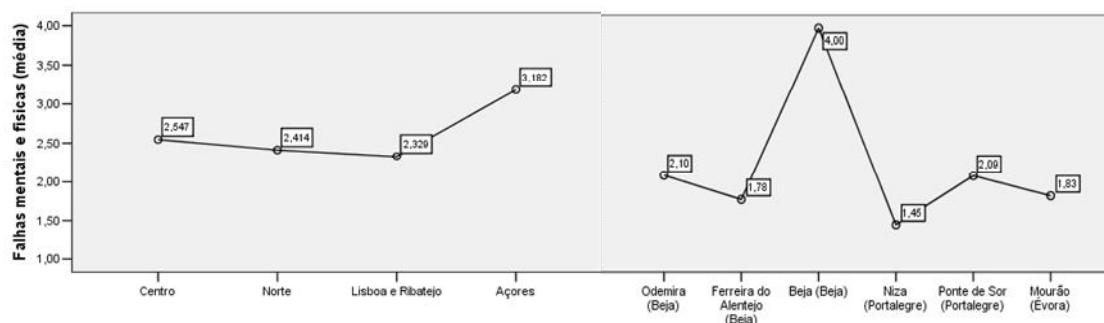


FIGURA 6: FALHAS MENTAIS E FÍSICAS POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, são os idosos da cidade de Beja aqueles que referem mais falhas mentais e físicas, não se destacando superiormente dos açorianos.

A figura 7 refere-se à intenção e/ou ideação suicidária dos idosos.

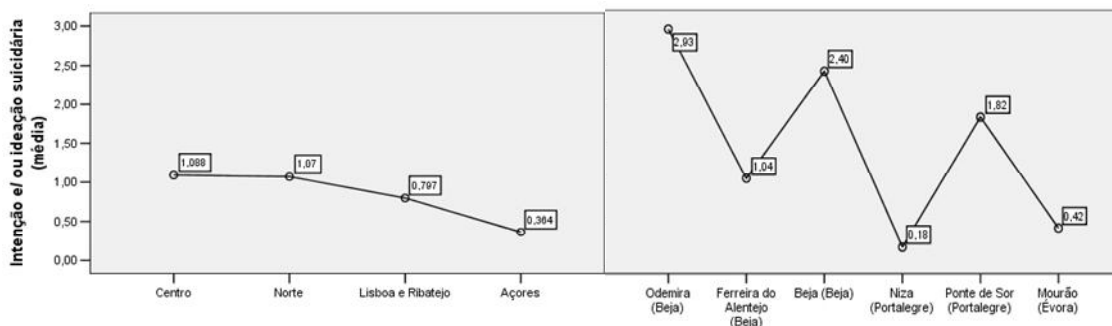


FIGURA 7: INTENÇÃO E/OU IDEAÇÃO SUICIDÁRIA POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode verificar, a intenção e/ou ideação suicidária parece ser uma característica bem mais acentuada nos idosos do distrito de Beja do que nos restantes locais de recolha de dados, facto por nos já esperado e que os dados parecem confirmar.

A figura 8 refere-se ao suporte social.

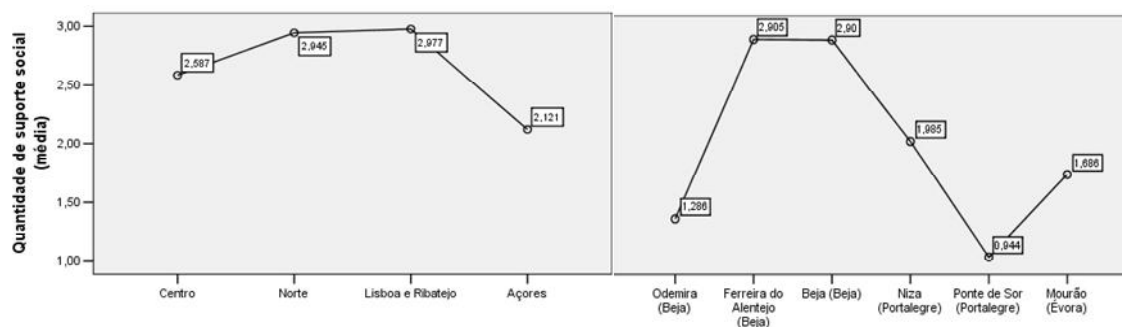


FIGURA 8: QUANTIDADE DE SUPORTE SOCIAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, são os idosos de Odemira e Ponte de Sor os que referem ter menos pessoas a dar-lhes apoio quando dele necessitam. Nos restantes locais, as diferenças parecem-nos pouco relevantes.

A figura 9 refere-se à qualidade do suporte percebido pelos idosos.

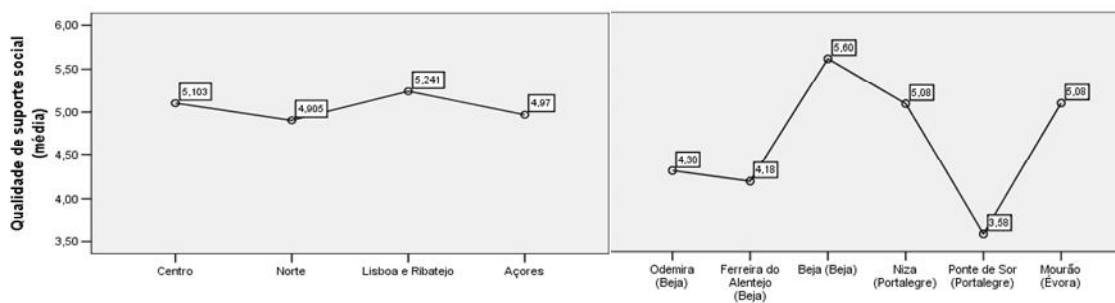


FIGURA 9: QUALIDADE DE SUPORTE SOCIAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode verificar, a qualidade do suporte é sentida como inferior nos idosos de Odemira, Ferreira do Alentejo e Ponte de Sor, com maior destaque para estes últimos.

A figura 10 refere-se ao risco sociocultural para o suicídio.

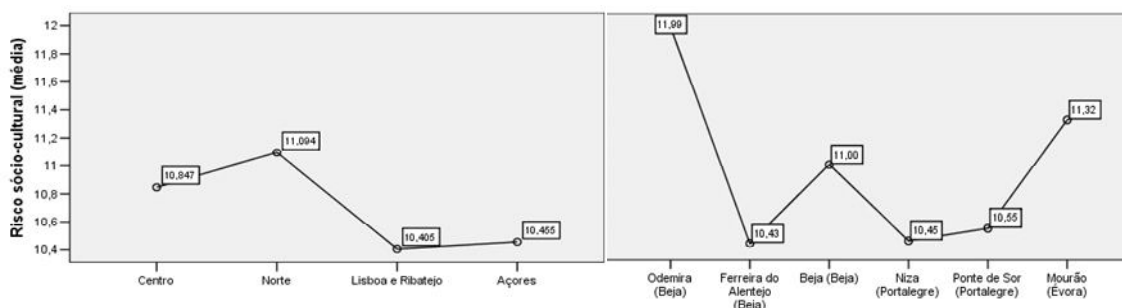


FIGURA 10: RISCO SOCIOCULTURAL POR ZONA DE RESIDÊNCIA

Como se pode observar, são os idosos de Odemira aqueles que apresentam um maior risco sociocultural para o suicídio.

O quadro que se segue mostra-nos se as diferenças graficamente observadas têm significado estatístico.

Quadro 85: Alentejo versus controlos por região

Variáveis dependentes	(I) região	(J) região	Diferenças médias (I-J)	p
ETAQV	Alentejo	Centro	-8,045(*)	0,000
		Norte	-8,487(*)	0,000
		Lisboa e Ribatejo	-10,024(*)	0,002
		Açores	-6,847	0,856
UCLA	Alentejo	Centro	4,137(*)	0,000
		Norte	4,507(*)	0,000
		Lisboa e Ribatejo	6,720(*)	0,000
		Açores	1,951	0,983
Gds	Alentejo	Centro	0,198	0,997
		Norte	1,046	0,553
		Lisboa e Ribatejo	1,482	0,535
		Açores	-0,951	0,995
ETIIS	Alentejo	Centro	0,60239(*)	0,007
		Norte	0,62134(*)	0,040
		Lisboa e Ribatejo	0,89339(*)	0,028
		Açores	1,32722	0,414
Sso-n6	Alentejo	Centro	-0,84380(*)	0,000
		Norte	-1,20182(*)	0,000
		Lisboa e Ribatejo	-1,23358(*)	0,000
		Açores	-0,37800	0,971
Sso-s6	Alentejo	Centro	-0,66391(*)	0,000
		Norte	-0,46528(*)	0,001
		Lisboa e Ribatejo	-0,80139(*)	0,000
		Açores	-0,53035	0,723
Risco	Alentejo	Centro	1,059(*)	0,000
		Norte	0,812(*)	0,000
		Lisboa e Ribatejo	1,501(*)	0,000
		Açores	1,451	0,137
BEM/MAL-ESTAR	Alentejo	Centro	0,68886	0,213
		Norte	1,07786(*)	0,047
		Lisboa e Ribatejo	1,68559(*)	0,016
		Açores	0,13783	1,000
HUMOR TRISTE	Alentejo	Centro	0,04819	0,999
		Norte	0,37323	0,551
		Lisboa e Ribatejo	0,11702	0,997
		Açores	0,08480	1,000
FALHAS MENTAIS E FISICAS	Alentejo	Centro	-0,53860(*)	0,001
		Norte	-0,40555	0,134
		Lisboa e Ribatejo	-0,32105	0,684
		Açores	-1,17375	0,288

\* The mean difference is significant at the .05 level.

Como podemos observar, embora em termos médios, o Alentejo difere dos controlos em todas as regiões, com excepção dos Açores, que apresenta valores idênticos aos do Alentejo nas dimensões em análise.

Para saber se existe relação entre religiosidade e intenção e ideação suicidária recorreremos ao qui-quadrado e ao cálculo dos resíduos ajustados [resíduos de cada célula (fo-fe) divididos pelo

seu erro-padrão estimado. O resultado dos resíduos ajustados (ra) são expressos em números de desvios-padrão].

*Quadro 86: Religiosidade e intenção e/ou ideação suicidária*

		Idosos Alentejanos		Controlos	
Nenhuma religião (Ateu)	Sem intenção e/ou ideação	n	58	n	27
		%	63,0%	%	81,8%
		ra	-4,9	ra	-1,1
	Com intenção e/ ou ideação	n	<b>34</b>	n	6
		%	<b>37,0%</b>	%	18,2%
		ra	<b>4,9</b>	ra	1,1
Católico praticante	Sem intenção e/ou ideação	n	100	n	369
		%	92,6%	%	88,7%
		ra	3,7	ra	0,8
	Com intenção e/ ou ideação	n	8	n	47
		%	7,4%	%	11,3%
		ra	<b>-3,7</b>	ra	-0,8
Católico não praticante	Sem intenção e/ou ideação	n	136	n	165
		%	81,9%	%	88,2%
		ra	0,6	ra	0,1
	Com intenção e/ ou ideação	n	30	n	22
		%	18,1%	%	11,8%
		ra	-0,6	ra	-0,1
Outro credo cristão	Sem intenção e/ou ideação	n	6	n	10
		%	100,0%	%	76,9%
		ra	1,2	ra	-1,2
	Com intenção e/ ou ideação	n	0	n	3
		%	0%	%	23,1%
		ra	-1,2	ra	1,2
Total	Sem intenção e/ou ideação	n	300	n	571
		%	80,6%	%	88,0%
		n	72	n	78
	Com intenção e/ ou ideação	%	19,4%	%	12,0%

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	29,753	3	0,000
Controlos (649)	2,905	3	0,407

Como se pode observar, só existe relação entre religiosidade e intenção e/ou ideação suicidária ( $p < 0,05$ ) nos idosos alentejanos, sendo que o teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve à contingência entre não ter nenhuma religião e a presença de intenção e/ou ideação suicidária ( $ra > 2$ ).

Uma das questões que colocámos no início deste estudo tinha como objectivo o conhecimento da relação entre a situação económica percebida e a intenção suicidária. O quadro que se segue mostra o resultado dessa contingência.

Quadro 87: Situação económica e intenção suicidária

		INS		Total	
		Sem intenção	Com intenção		
Idosos Alentejanos	Péssima situação económica	n	16	6	22
		%	4,5%	37,5%	5,9%
		ra	-5,5	5,5	
	Má situação económica	N	42	0	42
		%	11,8%	0%	11,3%
		ra	1,5	-1,5	
	Razoável situação económica	n	152	10	162
		%	42,7%	62,5%	43,5%
		ra	-1,6	1,6	
	Boa situação económica	n	132	0	132
		%	37,1%	0%	35,5%
		ra	3,0	-3,0	
Excelente situação económica	n	14	0	14	
	%	3,9%	0%	3,8%	
	ra	0,8	-0,8		
Total	n	356	16	372	
Controlos	Péssima situação económica	n	5	1	6
		%	0,8%	4,5%	0,9%
		ra	-1,8	1,8	
	Má situação económica	n	25	1	26
		%	4,0%	4,5%	4,0%
		ra	-0,1	0,1	
	Razoável situação económica	n	214	11	225
		%	34,2%	50,0%	34,8%
		ra	-1,5	1,5	
	Boa situação económica	n	321	8	329
		%	51,4%	36,4%	50,9%
		ra	1,4	-1,4	
Excelente situação económica	n	60	1	61	
	%	9,6%	4,5%	9,4%	
	ra	0,8	-0,8		
Total	n	625	22	647	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	38,033	4	0,000
Controlos (649)	6,264	4	0,180

Como se pode observar, só existe relação entre situação económica percebida e intenção suicidária ( $p < 0,05$ ) nos idosos alentejanos, sendo que o teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve à contingência entre ter péssima situação económica e a presença de intenção suicidária, e à contingência entre ter boa situação económica e a ausência de intenção suicidária ( $ra > 2$ ).



Uma outra questão deste estudo tinha como objectivo o conhecimento da relação entre a situação económica percebida e a ideação suicidária. O quadro que se segue mostra o resultado dessa relação.

Quadro 88: Situação económica e ideação suicidária

		IDS		IDS	
		Sem ideação	Com ideação		
Idosos Alentejanos	Péssima situação económica	n	6	16	22
		%	2,1%	19,5%	5,9%
		ra	-5,9	5,9	
	Má situação económica	N	20	22	42
		%	6,9%	26,8%	11,3%
		ra	-5,0	5,0	
	Razoável situação económica	n	122	40	162
		%	42,1%	48,8%	43,5%
		ra	-1,1	1,1	
	Boa situação económica	n	128	4	132
		%	44,1%	4,9%	35,5%
		ra	6,6	-6,6	
Excelente situação económica	n	14	0	14	
	%	4,8%	0%	3,8%	
	ra	2,0	-2,0		
Total	n	290	82	372	
Controlos	Péssima situação económica	n	5	1	6
		%	,9%	1,2%	,9%
		ra	-,3	,3	
	Má situação económica	n	18	9	27
		%	3,2%	10,8%	4,2%
		ra	-3,3	3,3	
	Razoável situação económica	n	175	50	225
		%	30,9%	60,2%	34,6%
		ra	-5,3	5,3	
	Boa situação económica	n	309	22	331
		%	54,5%	26,5%	50,9%
		ra	4,8	-4,8	
Excelente situação económica	n	60	1	61	
	%	10,6%	1,2%	9,4%	
	ra	2,7	-2,7		
Total	n	567	83	650	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	87,771	4	0,000
Controlos (649)	46,307	4	0,000

Como se pode observar, existe relação entre situação económica e a ideação suicidária ( $p < 0,05$ ) em ambos os grupos, sendo que o teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve à contingência entre as más condições económicas e a presença de ideação suicidária, contudo ela é bastante mais significativa nos idosos alentejanos ( $ra = 5,9$ ).

Fomos, também, observar se ao estado de saúde se relaciona com a intenção ou com a ideação suicidária. Os resultados podem observar-se no quadro que se segue.

Quadro 89: Saúde percebida e intenção suicidária

		INS		Total	
		Sem intenção	Com intenção		
Idosos Alentejanos	Péssimo estado de saúde	n	15	6	21
		%	4,2%	<b>37,5%</b>	5,6%
		ra	-5,6	<b>5,6</b>	
	Estado de saúde mau	N	70	0	70
		%	19,7%	0%	18,8%
		ra	2,0	-2,0	
	Estado de saúde satisfatório	n	137	4	141
		%	38,5%	25,0%	37,9%
		ra	1,1	-1,1	
	Bom estado de saúde	n	106	6	112
		%	29,8%	37,5%	30,1%
		ra	-0,7	0,7	
Excelente estado de saúde	n	28	0	28	
	%	7,9%	0%	7,5%	
	ra	1,2	-1,2		
Total	n	356	16	372	
Controlos	Péssimo estado de saúde	n	33	1	34
		%	5,3%	4,5%	5,3%
		ra	0,2	-0,2	
	Estado de saúde mau	n	82	7	89
		%	13,1%	<b>31,8%</b>	13,8%
		ra	-2,5	<b>2,5</b>	
	Estado de saúde satisfatório	n	182	9	191
		%	29,1%	40,9%	29,5%
		ra	-1,2	1,2	
	Bom estado de saúde	n	260	5	265
		%	41,6%	22,7%	41,0%
		ra	1,8	-1,8	
Excelente estado de saúde	n	68	0	68	
	%	10,9%	0%	10,5%	
	ra	1,6	-1,6		
Total	n	625	22	647	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	35,495	4	0,000
Controlos (649)	10,666	4	0,031

Como se pode observar, existe relação entre estado de saúde e a intenção suicidária ( $p < 0,05$ ) em ambos os grupos, sendo mais significativa nos idosos alentejanos.

O teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve, nos idosos alentejanos, à contingência entre o péssimo estado de saúde e a presença de intenção suicidária ( $ra=5,6$ ) e nos controlos à contingência entre o mau estado de saúde e a presença de intenção suicidária.

Relativamente à relação entre o estado de saúde e a ideação suicidária, os resultados podem observar-se no quadro que se segue.

Quadro 90: Estado de saúde e ideação suicidária

		IDS		Total	
		Sem ideação	Com ideação		
Idosos Alentejanos	Péssimo estado de saúde	n	10	11	21
		%	3,4%	13,4%	5,6%
		ra	-3,5	3,5	
	Estado de saúde mau	n	36	34	70
		%	12,4%	41,5%	18,8%
		ra	-5,9	5,9	
	Estado de saúde satisfatório	n	120	21	141
		%	41,4%	25,6%	37,9%
		ra	2,6	-2,6	
	Bom estado de saúde	n	96	16	112
		%	33,1%	19,5%	30,1%
		ra	2,4	-2,4	
Excelente estado de saúde	n	28	0	28	
	%	9,7%	0%	7,5%	
	ra	2,9	-2,9		
Total	n	290	82	372	
Controlos	Péssimo estado de saúde	n	20	14	34
		%	3,5%	16,9%	5,2%
		ra	-5,1	5,1	
	Estado de saúde mau	n	63	26	89
		%	11,1%	31,3%	13,7%
		ra	-5,0	5,0	
	Estado de saúde satisfatório	n	159	32	191
		%	28,0%	38,6%	29,4%
		ra	-2,0	2,0	
	Bom estado de saúde	n	256	11	267
		%	45,1%	13,3%	41,1%
		ra	5,5	-5,5	
Excelente estado de saúde	n	69	0	69	
	%	12,2%	0%	10,6%	
	ra	3,4	-3,4		
Total	n	567	83	650	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	55,949	4	0,000
Controlos (649)	76,995	4	0,000

Como se pode observar, existe uma relação entre estado de saúde e ideação suicidária ( $p < 0,05$ ) em ambos os grupos, sendo mais significativa nos controlos, já que a ideação está presente mesmo quando o estado de saúde é sentido como satisfatório, enquanto que nos idosos alentejanos ela só é significativa em estados de saúde inferiores ao satisfatório.

O teste dos resíduos ajustados mostra que a ideação está ausente na maioria dos idosos que se definem como tendo um bom estado de saúde ( $ra > 2$ ).

Quanto à relação entre a satisfação com a vida e a intenção suicidária, os resultados podem observar-se no quadro que se segue.

Quadro 91: Satisfação com a vida e intenção suicidária

		INS		Total	
		Sem intenção	Com intenção		
Idosos Alentejanos	Nenhuma Satisfação com a Vida	n	34	16	50
		%	9,6%	100,0%	13,4%
		ra	-10,4	10,4	
	Pouca Satisfação com a Vida	n	62	0	62
		%	17,4%	0%	16,7%
		ra	1,8	-1,8	
	Razoável Satisfação com a Vida	n	136	0	136
		%	38,2%	0%	36,6%
		ra	3,1	-3,1	
Boa Satisfação com a Vida	n	124	0	124	
	%	34,8%	0%	33,3%	
	ra	2,9	-2,9		
Total	n	356	16	372	
Controlos	Nenhuma Satisfação com a Vida	n	21	7	28
		%	3,4%	31,8%	4,3%
		ra	-6,4	6,4	
	Pouca Satisfação com a Vida	n	65	6	71
		%	10,4%	27,3%	11,0%
		ra	-2,5	2,5	
	Razoável Satisfação com a Vida	n	230	8	238
		%	36,8%	36,4%	36,8%
		ra	0	0	
Boa Satisfação com a Vida	n	309	1	310	
	%	49,4%	4,5%	47,9%	
	ra	4,1	-4,1		
Total	n	625	22	647	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	107,671	3	0,000
Controlos (649)	54,225	3	0,000

Como se pode observar, existe relação entre a satisfação com a vida e a intenção suicidária ( $p < 0,05$ ), em ambos os grupos, sendo mais significativa nos idosos alentejanos.

O teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve, nos idosos alentejanos, à contingência entre a ausência de satisfação com a vida e a presença de intenção suicidária ( $ra = 10,4$ ). No caso dos controlos, embora com menos significado estatístico, a presença de intenção suicidária acontece mesmo quando há pouca satisfação com a vida.

A relação entre a satisfação com a vida e a ideação suicidária apresentou resultados idênticos como se pode observar no quadro que se segue.

Quadro 92: Satisfação com a vida e ideação suicidária

		IDS		Total	
		Sem ideação	Com ideação		
Idosos Alentejanos	Nenhuma Satisfação com a Vida	n	0	50	
		%	,0%	<b>61,0%</b>	
		ra	-14,3	<b>14,3</b>	
	Pouca Satisfação com a Vida	n	50	12	62
		%	17,2%	14,6%	16,7%
		ra	0,6	-0,6	
	Razoável Satisfação com a Vida	n	<b>122</b>	14	136
		%	<b>42,1%</b>	17,1%	36,6%
		ra	<b>4,1</b>	-4,1	
	Boa Satisfação com a Vida	n	<b>118</b>	6	124
		%	<b>40,7%</b>	7,3%	33,3%
		ra	<b>5,7</b>	-5,7	
Total	n	290	82	372	
Controlos	Nenhuma Satisfação com a Vida	n	10	<b>18</b>	
		%	1,8%	<b>21,7%</b>	
		ra	-8,3	<b>8,3</b>	
	Pouca Satisfação com a Vida	n	47	<b>24</b>	71
		%	8,3%	<b>28,9%</b>	10,9%
		ra	-5,6	<b>5,6</b>	
	Razoável Satisfação com a Vida	n	203	<b>35</b>	238
		%	35,8%	42,2%	36,6%
		ra	-1,1	1,1	
	Boa Satisfação com a Vida	n	<b>307</b>	6	313
		%	<b>54,1%</b>	7,2%	48,2%
		ra	<b>8,0</b>	-8,0	
Total	n	567	83	650	

	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	248,547	3	0,000
Controlos (649)	129,582	3	0,000

Como se pode verificar, existe uma relação significativa entre a satisfação com a vida e a ideação suicidária ( $p < 0,05$ ). O teste dos resíduos ajustados mostra que esta relação se deve, nos idosos alentejanos, à contingência entre nenhuma satisfação com a vida e a presença de ideação suicidária ( $ra = 14,3$ ), bem como entre a satisfação razoável ou boa e a ausência de ideação. No caso dos controlos, a ausência da ideação suicidária acontece apenas quando há boa satisfação com a vida.

Uma outra questão deste estudo tinha como objectivo saber se existia relação entre os antecedentes familiares de suicídio e a intenção e/ou a ideação suicidária. O quadro que se segue mostra o resultado dessa relação.

Quadro 93: Antecedentes familiares e intenção e/ou ideação suicidária

		ETIIS		Total
		Sem intenção e/ou ideação	Com intenção e/ou ideação	
Idosos Alentejanos	Sem antecedentes familiares de suicídio	n	279	326
		%	93,0%	87,6%
		ra	6,4	-6,4
	Com antecedentes familiares de suicídio	n	21	46
		%	7,0%	34,7%
		ra	-6,4	6,4
Total		300	372	
Controlos	Sem antecedentes familiares de suicídio	n	540	612
		%	94,4%	94,2%
		ra	0,7	-0,7
	Com antecedentes familiares de suicídio	n	32	38
		%	5,6%	7,7%
		ra	-0,7	0,7
Total		572	650	

	Teste do Qui-quadrado		Teste Exacto de Fisher (a)		
	$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)	p (bi-caudal)	p (uni-caudal)
Idosos Alentejanos (372)	41,179(b)	1	0,000	0,000	0,000
Controlos (649)	0,549(c)	1	0,459	0,441	0,299

a Calculável só para tabelas de 2x2.

b Nenhuma célula teve frequências esperadas inferiores a 5. O mínimo esperado foi 8,90.

c 25,0% das células tiveram frequências esperadas inferiores a 5. O mínimo esperado foi 4,56.

Como se pode observar, os antecedentes familiares e a intenção e/ou ideação suicidária só são dependentes nos idosos alentejanos ( $p < 0,05$ ), sendo que é na contingência entre ter antecedentes familiares de suicídio e a presença de intenção e/ou ideação suicidária que a relação se mostra mais significativa.

O quadro que se segue mostra o resultado da relação entre os comportamentos suicidários dos amigos e da comunidade e a intenção e/ou a ideação suicidária.

Quadro 94: *Intenção e/ou ideação suicidária nos amigos e na comunidade*

		ETIIS		Total	
		Sem intenção e/ou ideação	Com intenção e/ou ideação		
Idosos Alentejanos	Sem comportamentos suicidários nos amigos	n	<b>259</b>	47	306
		%	<b>86,3%</b>	65,3%	82,3%
		ra	<b>4,2</b>	-4,2	
	Com comportamentos suicidários nos amigos	n	41	<b>25</b>	66
		%	13,7%	<b>34,7%</b>	17,7%
		ra	-4,2	<b>4,2</b>	
Total		300	72	372	
Controlos	Sem comportamentos suicidários nos amigos	n	531	71	602
		%	93,0%	91,0%	92,8%
		ra	0,6	-0,6	
	Com comportamentos suicidários nos amigos	n	40	7	47
		%	7,0%	9,0%	7,2%
		ra	-0,6	0,6	
Total		571	78	649	
Idosos Alentejanos	Sem comportamentos suicidários na comunidade	n	<b>238</b>	47	285
		%	<b>79,3%</b>	65,3%	76,6%
		ra	<b>2,5</b>	-2,5	
	Com comportamentos suicidários na comunidade	n	62	<b>25</b>	87
		%	20,7%	<b>34,7%</b>	23,4%
		ra	-2,5	<b>2,5</b>	
Total		300	72	372	
Controlos	Sem comportamentos suicidários na comunidade	n	439	52	491
		%	76,7%	66,7%	75,5%
		ra	1,9	-1,9	
	Com comportamentos suicidários na comunidade	n	133	26	159
		%	23,3%	33,3%	24,5%
		ra	-1,9	1,9	
Total		572	78	650	

		$\chi^2$	gl	p (bi-caudal)
Comportamentos suicidários nos amigos	Idosos Alentejanos (372)	17,639	1	0,000
	Controlos (649)	0,396	1	0,529
Comportamentos suicidários na comunidade	Idosos Alentejanos (372)	6,402	1	0,011
	Controlos (649)	3,776	1	0,052

Como se pode observar, os comportamentos suicidários, quer dos amigos, quer da comunidade e a intenção e/ou ideação suicidária só são estatisticamente significativos nos idosos alentejanos ( $p < 0,05$ ), sendo que é na contingência entre a existência desses comportamentos e a presença de intenção e/ou ideação suicidária que a relação se mostra mais significativa.

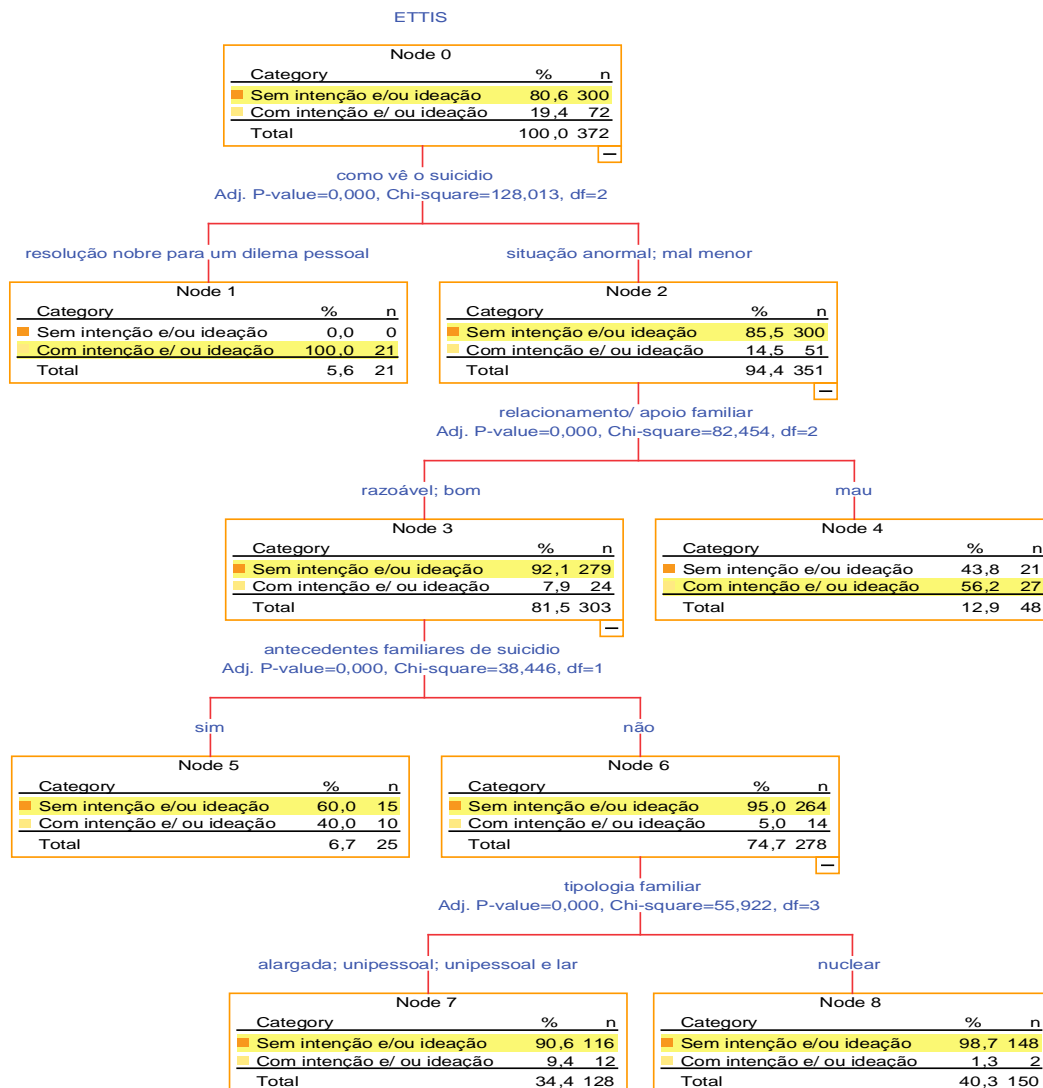
Para saber quais os factores socioculturais que se relacionam com a intenção e/ou ideação suicidária recorreremos ao método *QUEST* (*Quick, Unbiased, Efficient Statistical Tree*), apropriado para variáveis dependentes categoriais.

Como variável dependente colocámos a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) e como variáveis independentes os factores sociodemográficos (sexo, idade, estado civil, fonte principal de rendimento, ambiente social, escolaridade, religião, passatempos habituais,

hábitos alcoólicos, tipologia familiar, perdas recentes, polimedicados, tentativas de suicídio prévias, antecedentes familiares de suicídio, comportamentos suicidários de amigos, comportamentos suicidários na comunidade, como vê o suicídio, relacionamento/apoio familiar).

No modelo das causas da variação dos valores médios da intenção e/ou ideação suicidária nos idosos alentejanos entraram o suicídio, o relacionamento/apoio familiar, a religião, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos, as tentativas de suicídio prévias, a tipologia familiar, o estado civil, a idade, os comportamentos suicidários na comunidade, e a escolaridade.

A árvore de decisões que se segue mostra, em cinco nós (limite máximo do QUEST), as variáveis e respectivas categorias mais importantes no modelo:





Como se pode observar, é a forma como o idoso vê o suicídio o aspecto sociocultural que mais influencia a intenção e ideação suicidária.

Após agruparmos as dimensões intrínsecas ao HOSPEDEIRO, AGENTE e AMBIENTE, recorreremos à análise de correspondências para verificar por um lado, a capacidade discriminativa de cada dimensão, e por outro, se correspondiam ao hipotetizado. Os resultados podem ser observados no quadro que se segue.

Quadro 95: Correlação entre as dimensões do modelo hipotético do Suicídio

	AGENTE	HOSPEDEIRO	AMBIENTE
AGENTE		0,595	-0,516
HOSPEDEIRO	<b>0,595</b>		-0,552
AMBIENTE	<b>-0,516</b>	-0,552	
Dimensão	1	2	3
Valores próprios	2,109	0,491	0,400

As correlações entre as dimensões do modelo mostram que globalmente este está correcto, contudo, apesar do sentido das correlações ser o que prevíamos, esperávamos correlações mais fortes, pelo que procedemos à análise por grupo.

Em primeiro lugar, fizemos o estudo com toda a população, depois só com os controlos, e de seguida com o grupo experimental.

Os gráficos 12, 13 e 14 que se seguem pretendem demonstrar como se relacionam as variáveis do modelo hipotético do suicídio.

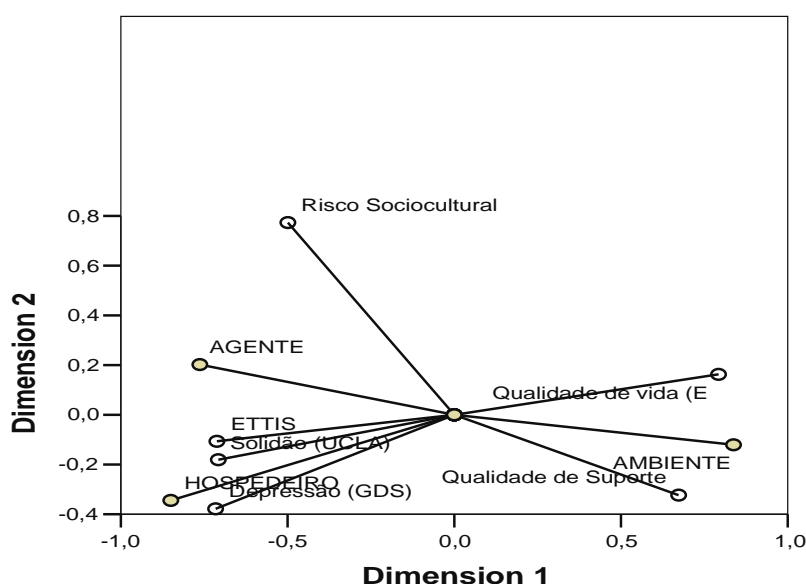


GRÁFICO 12: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (CONTROLOS+ IDOSOS ALENTEJANOS)

Como se ilustra no gráfico precedente, a depressão e a solidão são as dimensões que mais se relacionam com o HOSPEDEIRO embora a intenção e ideação suicidária também se apresente bastante próxima, a distância com o AGENTE é semelhante. É também do AGENTE que mais se aproxima o risco sociocultural. Do AMBIENTE fazem claramente parte a qualidade de suporte e a qualidade de vida. Assim, os resultados estão de acordo com o modelo hipotetizado, quando canalizamos o conjunto dos dados.

Relativamente à análise feita com os controlos, o gráfico seguinte ilustra os resultados.

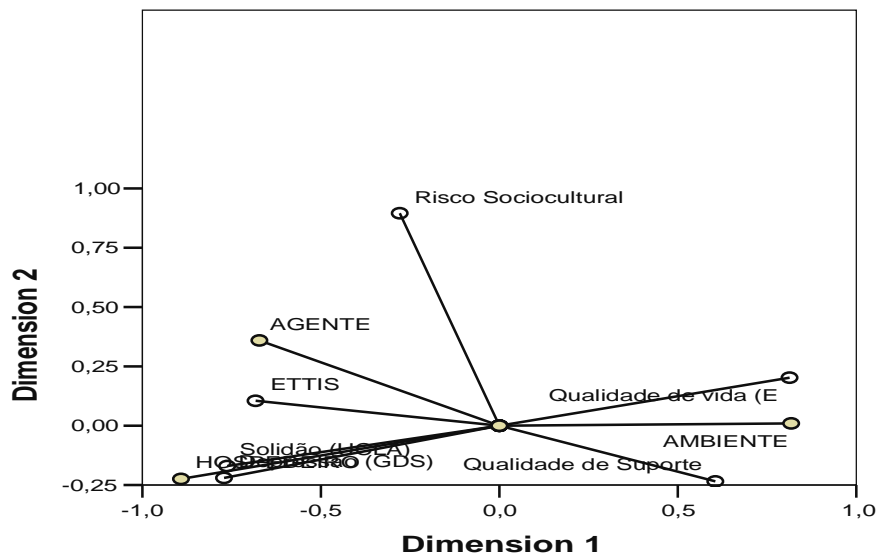


GRÁFICO 13: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (CONTROLOS)

Como se pode observar, os resultados estão de acordo com o modelo hipotetizado, quando analisamos os dados dos controlos, embora aqui o risco sociocultural se afaste mais do AGENTE do que na análise conjunta.

Por fim, é chegado o momento de analisar o nosso grupo experimental. O gráfico que se segue ilustra os resultados.

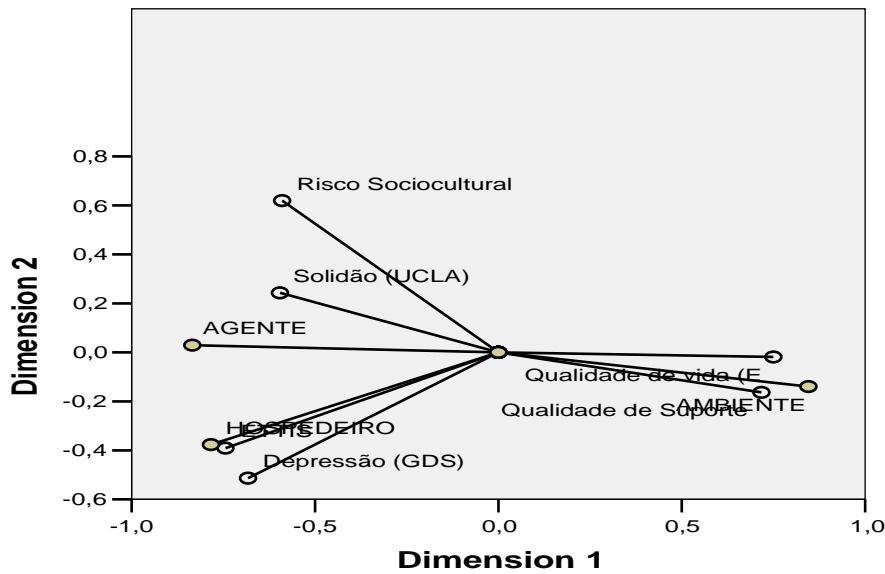


GRÁFICO 14: COMPONENTES PRINCIPAIS DO MODELO HIPOTÉTICO DO SUICÍDIO (ALENTEJANOS)

Como se pode observar, a distribuição das variáveis diferem do modelo hipotetizado, já que nos idosos alentejanos a depressão e a intenção e ideação suicidária são dimensões do HOSPEDEIRO, e a solidão e o risco sociocultural do AGENTE. Do AMBIENTE fazem claramente parte a qualidade de suporte e a qualidade de vida. Assim, no caso dos idosos alentejanos, os resultados não estão de acordo com o modelo hipotetizado no que se refere ao AGENTE e ao HOSPEDEIRO. Já que, segundo a Análise das Componentes Principais para variáveis categoriais, a intenção e ideação suicidária, tal como a depressão, são factores intrínsecos ao HOSPEDEIRO, o que não é de estranhar, já que a depressão é um dos factores preditivos da intenção suicidária.



## CAPÍTULO IV

### 3. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Analisados os resultados deste estudo, é chegado o momento da sua discussão. Para este capítulo reservámos algumas considerações sobre a metodologia utilizada, a discussão e a conclusão dos resultados na sua globalidade.

#### 4.1. Considerações sobre a metodologia utilizada

Ao pretendermos avaliar a interacção dos factores socioculturais e da depressão na ideação e intenção suicidária nos idosos alentejanos tínhamos necessariamente de estabelecer um método de colheita de dados que nos permitisse uma visão alargada dos aspectos que podem estar submersos naquelas atitudes e comportamentos (situação económica, nível de satisfação com a vida e com a saúde, suporte social percebido, humor triste, falhas mentais e físicas, mal-estar, solidão, etc.). Para o efeito utilizámos uma bateria de vários testes, que após validação e aferição ficou constituída por um total de 119 questões (QASC-19, GDS-27, ETAQV-34, ETIIS-11 e UCLA-16) que avaliavam tanto os dados objectivos como os subjectivos (aqueles que não podíamos controlar).

Desde o início da conceptualização do estudo, uma das nossas preocupações fundamentais foi o controlo adequado dos dados obtidos, não porque os quiséssemos emparelhar, mas porque precisávamos de uma amostra de idosos que representassem as características da população portuguesa em geral, no sentido de verificar se as diferenças observadas nas taxas de suicídio entre os idosos alentejanos e os restantes se deviam às diferenças nas variáveis estudadas, desde os aspectos sociodemográficos até aos conceitos de vulnerabilidade suicidária, subjacentes ao modelo teorizado.

A comparação dos dados, descritivos e sociodemográficos, dos controlos não se mostrou significativamente diferentes dos apresentados nos Censos 2001 (INE, 2004).

Pensamos assim ter reunido as condições necessárias para podermos afirmar que os dados obtidos foram adequadamente controlados, e que as diferenças encontradas entre os idosos alentejanos e os controlos reflectem a realidade existente.

Estamos, no entanto, conscientes das limitações do nosso estudo. Algumas resultaram da dificuldade de encontrar idosos que estivessem dispostos a colaborar no processo clinimétrico e de consistência temporal dos instrumentos, já que envolviam vários e longos momentos de entrevistas. Outros prendem-se com o tamanho das amostras, que pode parecer pequeno, contudo o tempo da entrevista oscilava entre 45 minutos (para os idosos mais jovens e com mais escolaridade) e os 90 minutos (para os idosos mais velhos e com menos escolaridade), pelo que face ao tempo total das entrevistas (aproximadamente 1040 horas) nos parece um tamanho admissível. Associada a esta limitação estão os custos financeiros deste processo, já que implicou a formação de entrevistadores (apesar de todos os entrevistadores terem já experiência nos Censos) e respectivo pagamento. Cada entrevistador fazia em média 4 entrevistas diárias, pelo que foram quase dois anos a recolher dados, onde  $\cong 70\%$  dos controlos foram entrevistados por contratados. Os custos financeiros destas entrevistas rondaram os €17.700,00, incluindo honorários, refeições, estadia e transporte dos entrevistadores. O levantamento dos restantes 30% dos dados deste grupo foram efectuados pela investigadora principal deste estudo, tal como todo o grupo experimental, à excepção da nova Aldeia da Luz, em Évora, que foi colhida por um técnico de saúde ambiental, sob nossa orientação, já que este entrevistador tinha interesse na informação.

Foi a exigência de se obedecer a determinados critérios científicos no desenvolvimento dos instrumentos de avaliação, que nos obrigou à implementação de um estudo-piloto para a construção e adaptação dos instrumentos de medida, no sentido de obter resultados válidos, consistentes e acurados.

Para o desenvolvimento das escalas utilizadas recorreremos às duas técnicas mais utilizadas em medidas da saúde: a clinimétrica, que repousa no julgamento de pacientes, médicos e outros profissionais a respeito de fenómenos clínicos, e a psicométrica, que se sustenta em técnicas estatísticas.

Assim, os pressupostos e os resultados do desenvolvimento das escalas serão seguidamente expostos.

#### 4.1.1. *Questionário de Avaliação Sociocultural (QASC)*

A construção deste questionário teve como princípio, para além de obter informações sociodemográficas, criar um índice de risco suicidário dos idosos alentejanos (IRSI). Assim previa-se, e de acordo com as teorias que versam sobre o tema, que um índice resultasse da conjugação dos aspectos *Ser do sexo masculino; Ser viúvo; Ser inactivo; Viver só da reforma; Viver em ambiente rural; Ser católico não praticante ou ateu; Não ter passatempos; Não ter suporte social; Viver em tipologia familiar unipessoal; Ter um mau relacionamento familiar; Ter tido perdas recentes; Ter hábitos alcoólicos frequentes; Ser polimedicado; Ter tido tentativas de suicídio prévias; Ter antecedentes familiares de suicídio; Ter conhecimento de comportamentos suicidários de amigos; Ter conhecimento de comportamentos suicidários na comunidade; Ter doença mental diagnosticada e Ver o suicídio como uma resolução nobre para um dilema pessoal ou um mal menor*, sendo tanto mais severo o risco quanto mais aspectos associados se encontrassem.

Obtivemos uma média do IRSI na população idosa em geral de  $5 \pm 2$  (valores médios entre 3 e 7), valor que corresponde à mediana e à moda. Assim, considerámos, num primeiro momento, que populações de idosos com valores inferiores ou iguais a sete não apresentavam risco sociodemográfico de suicídio. A análise discriminante da função revelou uma precisão de 100% neste ponto de corte. Considerando que valores de discriminabilidade  $\geq 67\%$  são satisfatórios (TUCKMAN, 1994), tomámos, sem qualquer margem de dúvida, o valor 7 como referência para comparar o risco sociodemográfico para o suicídio em idosos alentejanos.

#### 4.1.2. *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)*

A escala de heteroadministração é constituída originalmente por 30 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”, e mede a depressão geriátrica. A opção pela adaptação da escala GDS desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Ciências

Comportamentais da Universidade de Medicina de Stanford na Califórnia, por uma equipa de investigadores constituída por Jérôme Yesavage, Brink e Terence Rose, resultou de alguns contactos prévios com o Professor Jérôme Yesavage, um dos autores da escala original. Após tradução e retroversão dos itens, fizemos um primeiro pré-teste a 200 idosos. Os resultados mostraram que 3 dos 30 itens que constituíam a escala original (item 27, 29 e 30) não tinham consistência interna nem apresentavam correlação positiva igual ou superior a 0,3 em nenhuma dimensão, quando analisados pelo *Alpha* de Cronbach e pela Análise Factorial.

Após este primeiro pré-teste, passámos o GDS-27 e a *Hamilton Rating Scale for Depression*. Os resultados mostraram uma correlação de 0,83, o que revela uma correlação de Pearson elevada (BRYMAN & CRAMER, 1993; PESTANA & GAJEIRO, 2000).

Para que não restassem dúvidas sobre a nossa escolha, e porque os nossos dados provêm de uma população normal multivariada, começámos por fazer o Teste de Esfericidade de Bartlett que testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz da identidade com determinante igual a 1 (PESTANA & GAJEIRO, 2000). Os resultados mostraram que o teste Bartlett tem associado um nível de significância de 0,000, o que leva à rejeição da hipótese da matriz das correlações na população ser a identidade, mostrando que a correlação que existe é entre as variáveis. A utilização do modelo factorial na análise do GDS foi reforçada por um KMO de 0,932, o que revela que a Análise Factorial tem uma adequação muito boa para usar no GDS. O cálculo da matriz anti-imagem mostrou valores inscritos na diagonal principal bastante elevados entre todos os itens, o que, uma vez mais, justifica a Análise Factorial. Os valores fora desta diagonal são muito baixos, o que nos remete para a aplicação do modelo das Componentes Principais (ACP).

A Análise Factorial, pelo método ACP, após rotação *varimax*, revelou-nos três factores distintos: o factor 1, que reflecte bem estar/mal-estar, o factor 2, que reflecte o humor triste, e o factor 3, que diz respeito às falhas mentais e físicas.

Para avaliar a consistência temporal recorreremos ao teste-reteste. Aplicámos o instrumento duas vezes, a 38 idosos, com um intervalo de 8 dias. O Teste *versus* Reteste (27 itens) obteve uma correlação de Pearson de 0,995 e um ICC (coeficiente de correlação Intraclass) = 0,979 para um intervalo de confiança do ICC (95%) = [0,968-0,987]. A consistência interna, quer quando medida pelo *Alpha* de Cronbach ( $\alpha$ ), quer pelo coeficiente de Kuder-Richardson (KR-21) mostrou-se muito elevada ( $\alpha=0,906$ ; KR-21=0,907), com todos os itens a correlacionarem-se fortemente com os restantes.

A confiabilidade interjuízes foi avaliada recorrendo a 3 administrações efectuadas a 15 idosos, com 12 dias de intervalo, e por entrevistadores diferentes. Os resultados interavaliadores foram concordantes já que o valor obtido pelo  $\lambda = 0,961$  é um bom indicador (valores de  $p < 0,05$  e valores de  $\lambda$  próximos de zero indicam diferenças) desta concordância, assim como o coeficiente de concordância Kappa de Cohen, que foi de 0,866 ( $p < 0,05$ ). De acordo com BRYMAN & CRAMER (1993) e PESTANA & GAJEIRO (2000), os resultados obtidos revelaram uma concordância muito forte entre as duas avaliações, independentemente de quem administrou os instrumentos.

Face à estrutura factorial, às consistências interna, temporal e interjuízes, consideramos que a GDS-27 (versão portuguesa da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage) apresenta forte evidência de ser um teste válido e fidedigno para aplicar à nossa cultura.

O ponto de corte preditivo que discrimina a ausência da presença de depressão foi obtido por 3 procedimentos. A análise CHAID, a análise discriminante e a validação clínica. Decidimos com recurso aos procedimentos referidos que o ponto de corte a utilizar seria de onze (11) sintomas em vinte sete (27). A acurácia do GDS-27 com o valor discriminativo de 11 foi de 95%, apresentando uma capacidade de detectar doença quando ela existe de facto, de 100%, e de detectar a ausência de doença quando ela não existe de facto, de 83%.

#### 4.1.3 Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV)

Reconhecida a importância de se avaliar a Qualidade de Vida, foi necessário discutir como avaliar, o que passou, num primeiro momento, pela decisão de *como*.

Deveríamos construir um instrumento novo ou usar um existente? Fizemos a pesquisa necessária e concluímos, face aos instrumentos que fomos conhecendo, que ora não preenchiam as especificidades da população em estudo ora não se aplicavam à população (idosos com baixa literacia prevista). Assim, apoiados nas recomendações de GUILLEMIN *et al.* (1993), optámos pela construção de um questionário do tipo discriminativo que discriminasse e representasse o que pretendíamos medir: a qualidade de vida do idoso, nas suas dimensões de satisfação com a vida, com a saúde e com a situação socioeconómica.

Na construção do ETAQV {Escala de heteroadministração constituída por 34 itens, com quatro alternativas de resposta de quase nunca (1) a quase sempre (4), constituída por 3 subescalas: Satisfação com a Vida (itens 1 a 17), Saúde Percebida (itens 18 a 28) e Situação



Económica Percepcionada (itens 29 a 34)), orientámo-nos pela conjugação de duas correntes, a funcionalista e a teoria do bem-estar, por dois motivos: por um lado porque pretendíamos obter valores normativos, por outro, porque pretendíamos conhecer, através das percepções e das reacções subjectivas das pessoas, o grau de satisfação com a vida (AUQUIER *et al.*, 1997, *apud* MINAYO *et al.*, 2000).

Na construção da Escala Torga da Avaliação da Qualidade de Vida do Idoso (ETAQV) adoptámos uma metodologia aplicada com grande reconhecimento em outros países na construção de instrumentos específicos de avaliação de qualidade de vida e composta por três partes: selecção de itens, redução de itens e identificação das dimensões. (KIRSHNER & GUYATT, 1985; ; GUYATT *et al.*, 1989; JUNIPER *et al.*, 1992; COOK *et al.*, 1993; JUNIPER *et al.*, 1997; PASCHOAL, 2002);

Utilizámos o Método do Impacto Clínico (MIC), pertencente à clinimetria para gerar uma *pool* de itens relevantes para o objecto de estudo. O processo de redução, para compor o instrumento final, passou pelo MIC e por técnicas psicométricas como a ACP e a determinação dos *Alphas* que nos permitiram distribuir os itens por dimensões (WRIGHT; FEINSTEIN, 1992; MARX *et al.*, 1999).

Em primeiro lugar usámos o MIC para reduzir os 74 itens resultantes de uma lista inicial de 40 afirmações gerada por entrevistas realizadas, aliadas a outros itens retirados de outras fontes.

Os itens foram ordenados de acordo com o seu *score* de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram seleccionados os primeiros 34 itens de *score* mais alto, seleccionados em função do domínio e do critério valor mínimo de itens por dimensão (4), de forma a garantir a multidimensionalidade do constructo, bem como da correlação inter-item.

A segunda técnica a ser aplicada, procurando uma redução da dimensionalidade das medidas originais, foi a Análise Factorial (MCDOWELL & NEWELL, 1996a). Passámos a ETAQV a 660 idosos e analisámos as Componentes Principais de 34 itens. Nenhum dos itens apresentou correlação inferior 0,3 (BRYMAN & CRAMER, 1993) nem coeficiente de correlação item-item maior que 0,9, pelo que consideramos que, se não partilham uma relação positiva muito forte com o outro item, o mais provável é que não tenham elevada covariância, sendo por isso discriminativos.

A matriz obtida mostrou um agrupamento equilibrado dos itens em torno das três dimensões inicialmente projectadas. A reordenação dos itens em torno de cada uma das dimensões encontradas foi forçada pelo método *varimax*.

A consistência interna, medida pelo método *Alpha* de Cronbach, da ETAQV (34 itens) foi de 0,935, para a subescala Satisfação com a Vida (SV) foi de 0,892, para a Saúde Percepcionada (SP) foi de 0,894, e para a Situação Económica Percepcionada (SEP) foi de 0,762.

Assim, podemos concluir que a ETAQV tem uma fidedignidade que permite avaliações individuais ( $>0,9$ ), contudo, quando utilizada para este efeito (que não é o nosso caso), as suas subescalas não devem ser avaliadas em separado, já que baixam aquele índice (MCHORNEY *et al.*, 1994).

A consistência interavaliador, medida pelo valor do  $\lambda$ , que é um bom indicador (valores próximos de 1 indicam homogeneidade das médias) foi de 0,750, o que revela concordância (PESTANA & GAGEIRO, 2000), pelo que o instrumento tem boa estabilidade para poder ser administrado por vários investigadores sem que isso provoque um efeito significativo nos resultados ( $p=0,153$ ).

Findo este procedimento, fomos determinar os pontos de corte em função da análise da árvore de decisões, produzida pela classificação CHAID, medidas de tendência central, dispersão e análise discriminante da função. Escolhemos os seguintes:

Para a ETAQV, idosos com valores  $\leq 87$  têm péssima Qualidade de Vida; idosos com valores [87-104] apresentam má qualidade de vida, idosos com valores [104-118] têm razoável qualidade de vida, idosos com valores [118-134] são adjectivados de portadores de boa qualidade de vida e Idosos com valores  $\geq 135$  são os que têm excelente qualidade de vida.

Os pontos de corte para a Satisfação com a Vida (SV) ficaram estabelecidos tendo em conta que os idosos com valores  $\leq 34$  não estão nada satisfeitos com a sua vida, idosos com valores entre [34-42] apresentam baixa satisfação, entre [42-54] têm uma satisfação com a vida dentro dos níveis de razoabilidade, entre [54-68] estão de facto satisfeitos, e idosos com valores  $>68$  tem uma satisfação com a vida muito elevada.

Relativamente à subescala que avalia a Saúde Percebida (SP) os pontos de corte foram: para um péssimo estado de saúde, valores  $\leq 17$ , valores entre [17-26] são indicativos de um estado de saúde mau, um estado de saúde satisfatório nos idosos apresenta valores compreendidos entre [26-34], um bom estado de saúde é revelado em idosos com valores entre [34-42], e um excelente estado de saúde em idosos com valores  $>42$ .

Sobre os pontos de corte para a Situação Económica Percepcionada (SEP), considerámos que uma péssima situação económica é manifestamente sentida pelos idosos que pontuam valores  $\leq 7$ , valores entre ]7-9] são indicativos de uma má situação económica, uma situação económica dentro dos níveis mínimos de razoabilidade nos idosos apresenta valores compreendidos entre ]10-15], uma boa situação económica é revelada em idosos com valores entre ]15-22], e uma excelente situação económica é sentida por idosos com valores  $> 22$ .

#### 4.1.4. Escala Torga de Intenção e/ou Ideação Suicidária (ETIIS)

A construção da ETIIS foi iniciada com uma *pool* de 35 itens, que pretendiam medir a intenção e ideação suicidária, e que resultaram numa lista de 20 afirmações.

Os itens foram ordenados de acordo com o seu *score* de impacto. Para reduzir o número de itens, a fim de compor o instrumento final, foram seleccionados 15 itens de *score* mais alto.

De seguida, administrámos a ETIIS a 600 idosos e fizemos a ACP dos 15 itens restantes forçando a 2 factores (intenção e ideação suicida) pelo método *varimax*. A análise das saturações factoriais mostrou que 4 dos 15 itens não saturavam com nenhum factor e decidimos retirá-los em vez de reformulá-los, já que existiam itens que reflectiam o mesmo constructo. A ACP revelou um padrão de itens distribuídos por dois factores. Embora 2 itens saturassem nos 2 factores, tendo em conta o critério apontado por BRYMAN & CRAMER (1993), decidimos inclui-los no factor 1, que era com o qual existia maior correlação. Assim, a ETIIS ficou constituída por 11 itens que se subdividem por duas subescalas. A Ideação Suicidária (IDS) com 6 itens [1-6] e a Intenção Suicidária (INS) com 5 [7-11].

Para avaliar a consistência interna da ETIIS e das suas duas subescalas recorreremos ao coeficiente de Kuder-Richardson (KR-20), face ao pressuposto estatístico de que este é o coeficiente indicado para avaliar escalas com níveis de mensuração dicotómica, em especial quando a cotação envolve zero e um como escala de medida. Os resultados mostraram que a ETIIS tem elevada consistência interna (KR-21=0,846), embora quando partilhada pelas subescalas IDS (KR-21=0,819) e INS (KR-21=0,729) perca alguma consistência nesta última. Contudo, porque o valor obtido não resulta da média da consistência mas do limite inferior, considerámos que as subescalas têm uma consistência relevante para serem utilizadas separadamente.

Os valores normativos foram uma vez mais calculados com recurso às medidas de tendência central e de dispersão, à classificação hierárquica exaustiva CHAID e análise discriminante da função. O **ponto de corte preditivo resultante deste conjunto de análises foi de 3 sintomas** para a ausência de intenção e/ou ideação suicidária e superior a 3 sintomas para a presença daqueles sintomas.

Executámos os mesmos procedimentos para as subescalas intenção suicidária (INS) e ideação suicidária (IDS). Os resultados mostraram que o idoso merece uma atenção especial quando assinala mais de 2 em 5 sintomas na dimensão intenção suicidária, e no caso da IDS o ponto de corte para a presença de ideação foi mais de 2 em 6 sintomas.

#### 4.1.5. Escala da Solidão (UCLA)

A UCLA é uma escala de heteroadministração constituída originalmente por 20 itens, todos elaborados no sentido do constructo da solidão com quatro alternativas de resposta variando entre o nunca e frequentemente. Desde a sua criação, a versão original tem sido revista, estando actualmente na sua 3.<sup>a</sup> versão devido à assunção de que as frases não deveriam ter todas a mesma direcção, já que poderia afectar o *score*. Num estudo exploratório heteroadministrámos ambas as escalas e questionámos os idosos sobre a sua simplicidade.

O Q de Cochran mostrou que, no caso da heteroadministração, a escala que tem os itens da solidão todos em direcção negativa mostrou ser significativamente mais simples. Assim, optámos por utilizar a versão anterior. Com a concordância e autorização de Daniel Russel, autor da escala, partimos para a adaptação desta. Numa primeira fase aplicámos a escala de solidão UCLA a uma amostra de 660 idosos no sentido de encontrar valores médios da população idosa. Após as entrevistas, analisámos as características psicométricas e apurámos uma versão de 16 itens [UCLA1, UCLA2, UCLA4, UCLA5, UCLA7, UCLA8, UCLA9, UCLA10, UCLA11, UCLA12, UCLA13, UCLA15, UCLA16, UCLA17, UCLA18 E UCLA19 da versão original]. Assim, a versão UCLA-16 passa a ter uma variação possível de 16 a 64 pontos, avaliando isolamento social [UCLA7, UCLA8, UCLA9, UCLA10, UCLA12, UCLA13, UCLA15, UCLA16, UCLA17, UCLA18 E UCLA19 da escala original] e afinidades [UCLA1, UCLA2, UCLA4, UCLA5 E UCLA11 da escala original], sendo que quanto maior for a pontuação maiores serão os sentimentos de solidão.

Os resultados interavaliadores foram bastante concordantes (variaram entre 0,8 e 1), com elevadas correlações entre eles, não apresentando diferenças significativas entre as médias ( $p > 0,05$ ).

Para o cálculo dos valores normativos recorreremos às medidas de tendência central e de dispersão, à classificação hierárquica exaustiva CHAID e à análise discriminante da função, e verificámos que o ponto de corte preditivo resultante foi de 32. Assim, os idosos que pontuam acima de 32 apresentam sentimentos de solidão.

#### 4.1.6. Escala de Suporte Social (SSQ6)

Para medir a percepção do Suporte Social utilizamos a versão portuguesa do Social Support Questionnaire – SSQ6 - Short Form de Sarason, Sarason, Shearin, Pierce (1987), adaptada por PINHEIRO & FERREIRA em 2002. Cada item do SSQ divide-se em duas partes: uma que avalia o número (N) de pessoas que cada indivíduo percebe como estando disponíveis para o apoiarem e ajudarem numa determinada situação, variando entre 0 (ninguém) e 9 (nove pessoas); a outra mede o grau de satisfação com a globalidade do suporte percebido (S) nessa mesma situação, que varia entre 1 (muito insatisfeito) e 6 (muito satisfeito). O conjunto dos itens permite assim obter um índice de percepção do suporte disponível (SSQ6N) e um índice de satisfação (SSQ6S).

A versão portuguesa revelou bons índices de consistência interna (0,90 para SSQ6S e 0,90 para o SSQ6N). Apesar de terem apresentado uma correlação positiva muito fraca entre a percepção do número de entidades de suporte e a percepção de satisfação ( $r=0,2$   $p=0,002$ ), apresentou uma correlação negativa com a Escala da Solidão ( $r=-0,42$  para o SSQ6N e  $r=-0,33$  para SSQ6S ambas para  $p < 0,001$ ).

Uma outra vantagem desta escala é o facto de permitir diferenciar os apoios que são esperados dos diferentes subsistemas que o rodeiam (família, amigos, etc), podendo ser um indicador das relações positivas com os outros e de integração social versus isolamento social (PINHEIRO & FERREIRA, 2000), já que os resultados evidenciavam que quanto mais elevados os níveis de percepção do Suporte Social, mais baixos tendiam a ser os níveis de solidão.

Relativamente à heteroaplicação desta escala à nossa população, os resultados foram animadores, já que mantiveram as características psicométricas da versão auto-administrada

( $\alpha_{SSQ-6N}=0,941$ ;  $\alpha_{SSQ-6S}= 0,938$ ), o que permitiu concluir que o instrumento mantém uma consistência elevada na nossa população.

Após a discussão dos resultados da construção das escalas passamos à discussão dos resultados obtidos.

## 4.2. *Discussão dos Resultados*

O nosso grupo de controlo ficou maioritariamente constituído por mulheres, idosos com idades compreendidas entre os 64 e 74 anos, a maior parte deles são casados ou viúvos e têm escolaridade igual ou inferior ao actual 1.º ciclo do ensino básico, tal como acontece na síntese descritiva dos resultados dos Censos de 2001 (INE, 2004). Grande parte refere ser católico, ter passatempos individuais/solitários, como ver televisão, ouvir rádio, passear em jardins sem companhia, estar sentado em praças a ver passar pessoas e carros, etc., não ter hábitos alcoólicos frequentes, viver em famílias nucleares (com as esposas ou companheiras) e classificam maioritariamente os relacionamentos familiares de maus a razoáveis. A maioria dos controlos referem nunca terem tentado o suicídio, nem terem antecedentes familiares ou saberem de comportamentos suicidários de amigos ou da comunidade, e consideram o suicídio como uma situação anormal e/ou de pecado. A maior parte refere não ter patologias mentais diagnosticadas, sendo que a depressão e a ansiedade são as mais citadas, quando há referência a patologias.

Relativamente aos idosos alentejanos, os dados foram recolhidos numa amostra com mais indivíduos do sexo masculino, sendo que esta distribuição não foi fruto do acaso, mas partindo do conhecimento de que é neste grupo que o suicídio é mais prevalente. São maioritariamente provenientes de meios rurais e sem escolaridade.

Apesar de a maioria dos idosos alentejanos referirem ser católicos, contrastam com os controlos onde a maior parte é praticante e apenas 5% são ateus, contra os 24% deste grupo. Quanto aos passatempos, a maior parte referem não os ter ou quando os tem são muito solitários, como estar sentado na soleira da porta a pensar na vida, a olhar para o horizonte e a ver passar pessoas e carros, quando os há; 50% dos idosos alentejanos dizem não ter hábitos alcoólicos, mas parece-nos relevante destacar a diferença deste grupo, em termos relativos, dos

hábitos alcoólicos frequentes, já que apresentam uma prevalência de 14% contra os 6% dos controlos.

Referem, ainda, viver maioritariamente em famílias nucleares [com os cônjuges ou companheiros(as)] e unipessoais, sendo que 49% classificam os relacionamentos familiares de bons. Esta classificação por parte dos idosos alentejanos, merece-nos um comentário adicional, já que a maioria dos seus familiares se encontravam em Lisboa e Setúbal com deslocações raras ao Alentejo, bem como telefónicos escassos. Contudo, os idosos referiam que o relacionamento era bom ou razoável. Quando questionados sobre se não ficavam tristes com a distância, eles respondiam que a distância evita os problemas e que frequentemente os filhos os convidavam para ir morar ou passar uns tempos com eles, mas que “prisão por prisão, preferiam a *prisão alentejana*”.

A maioria dos idosos alentejanos não refere tentativas de suicídio prévias, contudo 8% já o fizeram, contra os 3% dos controlos. Quanto aos antecedentes familiares ou comportamentos suicidários de amigos, foram referidos por 12% e 18%, respectivamente, contra os 6% e 7% dos controlos. Quanto aos comportamentos suicidários na comunidade, não diferem de forma relevante dos controlos, o que, após conhecimento real do espaço alentejano, não nos espantou já que a comunidade nestes casos, ou é muito pequena ou está muito distante, sendo que quando é pequena, a comunidade são os amigos. O mesmo acontece com as patologias mentais diagnosticadas, sendo que a diferença dos controlos é que quando as referem, a depressão é a única a ser citada.

Relativamente à autodefinição de suicídio, os resultados mostram que os alentejanos, tal como os controlos, o consideram como uma situação anormal e/ou de pecado, só que foram menos os idosos alentejanos que o referiram (69%) do que os controlos (79%). São 25% os alentejanos que o consideram um mal menor, enquanto que esta definição só foi referida pelos controlos em 12% das entrevistas.

Relativamente ao resultado da escalas, verificámos que, em termos médios, nenhum dos controlos ultrapassou os pontos de corte estabelecidos para a solidão (UCLA) e a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS). A solidão e a depressão são as situações-problema de maior relevância na população idosa em geral, com uma prevalência de 39% e 36%, respectivamente. Metade dos idosos inquiridos (50%) consideram que têm uma qualidade de vida má ou muito má, sendo que 23% dos controlos consideram-na boa ou muito boa, parecendo ser o estado de saúde e a satisfação com a vida o aspecto que menos lhe agradam,

já que é onde mais indivíduos apresentam níveis inferiores ao razoável, com 19% e 16%, respectivamente.

Encontrámos também neste grupo uma relação relevante entre depressão; risco sociodemográfico, intenção e/ou ideação suicidária; solidão e qualidade de vida. A prever a variação da depressão está o relacionamento/apoio familiar, a polimedicação, a idade, a tipologia familiar e a escolaridade.

Verificámos que os valores médios da GDS sobem para diagnóstico de depressão quando duas condições estão presentes: o idoso tem idade superior ou igual a 75 anos e, cumulativamente, tem falta de um bom relacionamento familiar. Verificámos, ainda, que existe um aumento significativo dos valores médios da GDS, no caso em que o idoso não tem escolaridade, é polimedicado e tem um mau relacionamento familiar.

Mas as variáveis que estão mais associadas à depressão na população idosa em geral são a qualidade de vida (ETAQV) e a solidão (UCLA), já que ela aumenta significativamente mais quando estas condições estão presentes do que no caso anterior. Com efeito, os idosos que percebem uma qualidade de vida muito má ( $\leq 87$ ) apresentam em média 20 em 27 sintomas de depressão. Tendo em conta que o ponto de corte é 11, parece-nos importante reflectir sobre este aspecto. Da mesma forma, embora menos grave, os idosos apresentam 17 em 27 sintomas de depressão quando o idoso se sente em solidão e cumulativamente tem má qualidade de vida. De facto, quando as pessoas estão deprimidas podem mesmo perder a capacidade de reagir em termos emocionais, tirar prazer ou interessar-se por actividades normais que outrora se mostravam agradáveis. A ausência de energia e tudo requerer um esforço extraordinário é dominante. As actividades que faziam normalmente são abandonadas, passando longas horas sentados numa cadeira ou deitados na cama, em plena solidão. O sono torna-se difícil, o apetite diminui e a libido sexual desaparece. A sensação de que tal não terá fim, que nada melhorará a situação, é uma condenação que se assume como extremamente perigosa e delicada na medida em que muitas vezes conduz a ideias suicidas e mesmo à sua consumação. A depressão pode ser vista como o tronco comum resultante de variáveis de predisposição e precipitação biológicas, desenvolvimentais, sociais e psicológicas (CORYELL E WINOKUR, 1982 *in* SALKOVSKIS *et al.*, 1989), ou numa perspectiva mais psicanalítica, quer ligada ao “trabalho de luto” inerente ao crescimento psíquico do indivíduo, quer indissociável dos processos de representação mental. O resultado é consensual, o processo interfere sempre de forma grave na vida psíquica do indivíduo e, por extensão, na sua relação consigo próprio e com o outro. Como refere Amaral Dias: “Para uma



pessoa existir com outra, tem de existir primeiro consigo própria”, e se ela vive num estado de identificação narcísica, não existe na sua plenitude (DIAS & MAGALHÃES, 2000). A justificação para tão elevada relação e índices de depressão pode estar na perda objectal sentida pelos idosos alentejanos da sua outrora importância de “celeiro de Portugal”, pode ter-se-lhes esvaziado o *Self*, e por isso uma dificuldade na identificação introjectiva de si próprios.

Relativamente aos valores médios da solidão na população idosa em geral, estes relacionaram-se significativamente com a qualidade de vida a tipologia familiar, a depressão, a polimedicação e a qualidade de suporte social, sendo que a solidão aumenta de 31 para 44 com a degradação da qualidade de vida (ETAQV). Da mesma forma, os idosos que vivem sós (tipologia familiar unipessoal) e têm má qualidade de vida também atingem níveis de solidão de 41. Tendo em conta que o ponto de corte é  $\leq 32$ , os valores médios apresentados devem ser objecto de preocupação.

Apesar do conhecimento acerca da depressão já ser elevado, o da solidão é um problema, já que não existe uma nosologia da solidão, nem pode, de facto, existir, uma vez que ainda não há uma epistemologia. Sabe-se apenas o que não é solidão; sabe-se que é um constructo multidimensional (RUSSEL, 1982; 1996; BOOTH, 2000), que existem vários tipos de solidão (JONG-GIERVELD & RAADSCHELDERS, 1992) e que partilha com a depressão muitas características (BOOTH, 1962; 2000; 2002).

Relativamente à qualidade de vida, também, esta passa por sentimentos de bem-estar social, físico e mental, satisfação, felicidade, e pela percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida e no contexto cultural (PASCHOAL, 2000; WHOQOL, 1993). A sua relação com a depressão e a solidão aumenta quando a qualidade de vida diminui, e que quando esta aumenta, o idoso vive de forma mais plena e autónoma (KANE, 1987; PASCHOAL, 1996; 2000). De facto, o nosso estudo revelou que os valores da depressão e da solidão são mais elevados quando a qualidade de vida é baixa, o que pode levar a uma desesperança elevada e por isso ao risco de suicídio.

Estar satisfeito com a vida é ter expectativas positivas em relação ao futuro, significa ajustamento social e pessoal e, conseqüentemente, envelhecer com qualidade de vida. O contrário leva a um desajustamento que, por sua vez, conduz à depressão, ao isolamento e à dependência (BALTES & BALTES, 1990; NERI, 1993; FONTAINE, 2000). Uma vez mais consideramos que o “celeiro de Portugal” ficou desprovido da sua função e, por extensão, a posição do idoso alentejano no contexto cultural em que se desenvolveu ficou “órfã”. O

desencontro entre a imagem do Alentejo do passado e o actual, a seca que vai e vem, os montes abandonados e o declínio limitam o idoso alentejano a uma expectativa de futuro. Será provavelmente a conjugação de todos estes aspectos que explicam as diferenças entre os controlos e os idosos alentejanos.

Veja-se que, apesar da variação dos valores médios da intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) na população idosa em geral, onde entraram a solidão, a depressão e a polimedicação, não ultrapassam os pontos de corte estabelecidos, excepto quando a solidão é fortemente sentida. Já no idoso alentejano, ao contrário do que aconteceu nos controlos, a maior parte dos parâmetros ultrapassa os pontos de corte estabelecidos.

O risco sociocultural de suicídio (25%), a solidão (59%), a intenção e/ou ideação suicidária (19%) e a depressão (49%) são as situações-problema de maior relevância nesta população idosa.

Verificámos também que 69% dos idosos alentejanos consideram que têm uma qualidade de vida má e muito má, contra os 50% dos controlos, havendo apenas 16% a considerá-la boa, contra os 23% dos controlos. Dezassete por cento dos idosos alentejanos referem uma situação económica muito precária, 25% assinalam estado de saúde muito deficitário, e 30% estão muito pouco ou nada satisfeitos com a sua vida. Estas percentagens estão muito acima das verificadas nos controlos, que apresentaram valores percentuais de 6%, 19% e 16%, respectivamente.

Assim, os idosos alentejanos têm significativamente menos qualidade de vida, mais solidão, maior risco suicidário, menos suporte social, maior índice de risco suicidário, mais mal-estar e mais falhas mentais do que os idosos a norte do Alentejo. Esta relação é suportada pelos autores que fomos referindo ao longo desta discussão.

Em termos mais específicos, a qualidade de vida, a quantidade e qualidade de suporte social é bastante inferior nos idosos de Odemira, Beja, e Ponte de Sor. É consensual que a qualidade de vida tem uma relação estreita com o suporte social, ultrapassando largamente as questões biológicas da doença (BARRETO, 1988; BALTES & BALTES, 1990; HORMIGO, 1996; AAS, 1998; FONTAINE, 2000; TONDO, 2001).

Em Ferreira do Alentejo e Niza, os valores médios são idênticos aos da zona Centro, Norte, Lisboa e Ribatejo, e Açores. Relativamente à solidão, os idosos dos distritos de Beja, Portalegre e Évora têm todos valores de solidão muito mais elevados do que os da zona Centro, Norte, Lisboa e Ribatejo, e Açores, embora este último, apesar de inferior ao resto dos controlos, nos tenha espantado, já que inicialmente havíamos julgado que a insularidade

poderia ter efeitos nesta variável. A depressão parece ser uma característica bem mais forte nos idosos dos Açores, de Odemira e da cidade de Beja do que nos restantes locais de recolha de dados. Relativamente às subescalas da depressão geriátrica, são os idosos da cidade de Beja aqueles que referem mais falhas mentais e físicas, que só não se destacam dos açorianos.

Quanto à intenção e/ou ideação suicidária, esta parece ser uma característica bem mais acentuada nos idosos do distrito de Beja do que nos restantes locais de recolha de dados, facto por nós já esperado, em virtude das prevalências nacionais e regionais (SPS, 2004) que os dados confirmam, sendo que os idosos de Odemira são aqueles que apresentam um risco sociocultural para o suicídio mais elevado.

### *4.3. Conclusão dos Resultados*

A intenção e ideação suicidária mostrou-se dependente da situação económica percebida, do estado de saúde e da satisfação com a vida (que são dimensões específicas da qualidade de vida, facto já supracitado), onde ter péssima situação económica, mau estado de saúde e ausência de satisfação com a vida contingem com a presença de intenção suicidária.

O estudo revelou que os idosos alentejanos diferem claramente dos controlos em quase todas as dimensões analisadas, sendo que é na depressão, na solidão e na qualidade de vida que talvez esteja a explicação para a diferença de valores nas taxas de suicídio.

Verificámos também que a intenção e a ideação suicidária se associam a vários outros factores, que podem ser socioculturais, tais como: a religiosidade, a forma como o idoso vê o suicídio, o relacionamento/apoio familiar, os antecedentes familiares de suicídio, os comportamentos suicidários de amigos/comunidade, as tentativas de suicídio prévias, a tipologia familiar, o estado civil, a idade, os comportamentos suicidários na comunidade, e a escolaridade. De todos estes factores, os que se revelaram mais fortes nesta relação foram a definição de suicídio e a religião, sendo que quando o suicídio é definido como uma resolução nobre para um problema pessoal ou os idosos referem não ter nenhuma religião existe presença de intenção e/ou ideação suicidária;

À excepção da quantidade de suporte social, que apresenta uma correlação fraca com a depressão e a intenção e/ou ideação suicidária, verificámos que a intenção e/ou ideação suicidária (ETIIS) tem uma relação linear positiva forte com a depressão (0,694) e moderada

com a solidão (0,558), sendo que estas foram as dimensões que considerámos intrínsecas ao hospedeiro no nosso modelo hipotético explicativo do suicídio. As dimensões ambientais são para nós a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida, que também se relacionam com a ETIIS, de forma que quanto maior a qualidade de vida, menor a intenção e/ou ideação suicidária, e quanto mais satisfeitos estão com o suporte social (SSQ-S6), menor a intenção e/ou ideação suicidária. Quanto às dimensões que compõem o agente suicidário, considerámos o risco sociocultural e a intenção e ideação suicidária, que se correlacionaram positivamente entre si.

Assim, tal como previmos aquando da formulação das hipóteses de investigação, verificámos que existe uma relação negativa entre os factores do hospedeiro e ambientais, isto é, a valores baixos de satisfação com o suporte e com a qualidade de vida correspondem níveis de solidão e depressão elevados e, conseqüentemente, risco suicidário elevado. Da mesma forma, existe uma relação positiva entre a dimensão hospedeiro e o agente, o que quer dizer que níveis de depressão e solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevado, e vice-versa.

Relativamente ao modelo explicativo do suicídio, ele confirmou-se quando analisámos os dados na globalidade e os controlos, contudo apresentou-se diferente no idoso alentejano, onde a intenção e ideação suicidária se juntou aos factores intrínsecos do hospedeiro e a solidão ao agente. Assim, podemos referir que, em termos gerais, o suicídio entrecruza aspectos do hospedeiro, ambientais e agente, e que, intrínsecas ao hospedeiro, estão a depressão e a solidão, que têm uma relação linear positiva. As dimensões ambientais são a satisfação com o suporte social e a qualidade de vida, que também se relacionam positivamente. Quanto às dimensões que compõem o agente suicidário, considerámos o risco sociocultural e a intenção e ideação suicidária, que se confirmou nos controlos, mas diferiu nos idosos alentejanos. No entrecruzamento destas dimensões verificaremos que existe uma relação negativa entre os factores do hospedeiro e ambientais, isto é, a valores baixos de satisfação com o suporte e com a qualidade de vida correspondem níveis de solidão e depressão elevados e, conseqüentemente, a um risco suicidário elevado. Da mesma forma existe uma relação positiva entre a dimensão hospedeiro e o agente, o que quer dizer que, na população idosa em geral, níveis de depressão e solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevado.

## BIBLIOGRAFIA

AAS. American Association of Suicidology. (1998). Suicide. [On-line]. Available: <http://www.suicidology.org./index.html>

AKISKAL, H. *et. al.* (1995). Dysthymia in Clinical Practice. British Journal of Psychiatry, 166, 174-183.

ALTAMURA, C.A., VAN GASTEL, A., PIOLI, R., MAES, M. (1999). Seasonal and circadian rhythms in suicide in Cagliari, Italy. J Affect Disord, 53, 77-85.

AMARAL, A.P.M. (1997). Alterações Circadianas na Depressão. (tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002) DSM-IV-TR. Guia de referência rápida para os critérios de diagnóstico. Lisboa: Climepsi.

AREAL, F. (1999). Factores de risco e prevenção do suicídio. Revista de Psiquiatria Hospital Júlio de Matos, 22, (3), 26-36.

AREAL, F. (2005). A solidão e o suicídio no Alentejo. [On-line]. Available: <http://www.vmciambelli.hpg.ig.com.br/tex6.htm>

ARMSTRONG, B.K.; WHITE, E.; SARACCI, R. The design of questionnaires. In ARMSTRONG, B.K.; WHITE, E.; SARACCI, R. (eds) (1992). Principles of Exposure Measurement in Epidemiology. Oxford, New York, Tokyo: Oxford University Press. 137-70.

AUGUSTINE (2000). The city of god. New York, NY: The Modern Library.

BALDASSARE, M., ROSENFELD, S., ROOK, K. (1984). The types of social relations predicting elderly well-being. Res. Aging, (Vol.6, 4, .54-599).

BALTES, P.B.; BALTES, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: BALTES, P.B.; BALTES, M.M. (eds). Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences. Cambridge.

BARATA, O. (1990). Introdução às Ciências Sociais. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Bertrand.

BARRETO, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. Revista Brasileira, (Vol.2, 1, .159-170).

BEAUVOIR, S. (1970). La vieillesse. Paris: Gallimard.

BECK, A., EMERY, G., RUSH, A., SHAW, B. (1979). Terapia Cognitiva da Depressão. Rio de Janeiro: Zahar Editores.

BELLAK, L. (1993). Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgência., México: Editorial El Manual Moderno.

BERGER, L., POIRIER, D. (1995). Pessoas Idosas: uma abordagem global. Lisboa: Lusodidacta.

BERGNER, M. (1989). Quality of life, health status, and clinical research. Medical Care, (Vol.27, 3, .148-156).

BIRREN, J., CUNNINGHAM, W. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts and theory». In Birren e K. Schaie (eds), Handbook of the psychology of aging. Nova Iorque: Van Nostrand Reinhold Company. 3-34.

BIRREN, J., DIECKMAN, L. (1991). Quality of life in the frail elderly. Concept and content of quality of life in the years. New York: Academic Press.

BIZE, P.R.; VALLIER, C. (1985). Uma vida nova: a terceira idade. Viseu: Verbo.

BOOTH, R. (2000). Loneliness as a component of psychiatric disorders. Medscape General Medicine. [On-line]. Available: [http://www.medscape.com/viewarticle/430545\\_print](http://www.medscape.com/viewarticle/430545_print)

BOWLING, A. (1995a). Health Related Quality of Life: a discussion of the concept, its use and measurement. In BOWLING, A., (ed). Measuring Disease. A review of disease specific quality of life measurement scales. Buckingham, Philadelphia: Open University Press, I-19.

BOWLING, A. (1995). Measuring disease in: Related quality of life. Buckingham, Open University Press.

BOWLING, A. (1995b). Other Disease- and Condition-Specific Scales. In: BOWLING, A., (Eds), Measuring Disease. A review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham. Philadelphia: Open University Press,.278-281.

BRINK, T.L., YESAVAGE, J.A., LUM, O., HEERSEMA, P., ADEY, M.B., ROSE, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. Clinical Gerontologist .1,. 37-44.

BRISSOS, A. (1992). Envelhecimento. Algumas considerações sob o ponto de vista sociológico, Servir. - Lisboa. ( Vol. 40,1, 16-31).

BRYMAN, A., CRAMER, D. (1993). Análise de dados em Ciências Sociais - Introdução às Técnicas Utilizando o SPSS. Oeiras: Celta.

BULLINGER, M. Alonso, J. Apolone, G. Leplège, A., Sullivan, M.; Wood-Dauphinee, S., Gandek, B.; Wagner, A., Aaronson, N.; Bech, P., Fukuhara, S., Kaasa, S., Ware, J.E., (1998).

For The IQoLA Project Group. Translating Health Status Questionnaires and Evaluating Their Quality: The IQoLA Project Approach. J. Clin. Epidemiol.( Vol.51, 11, 913-923).

CABALLO, V.E. (1997). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los transtornos psicológicos (Vol.1: Transtornos por ansiedad, sexuales, afectivos e psicóticos). Espanha: Siglo Veintiuno.

CARRILHO, M.J. (1993). O processo de envelhecimento em Portugal: que perspectivas? Estudos demográficos, 31, Lisboa INE/GED.

CICONELLI, R.M., FERRAZ, M.B., SANTOS, W., MEINÃO, L., QUARESMA, N.R. (1999). Tradução para a língua portuguesa do questionário de avaliação de Qualidade de Vida SF-36 (Brasil SF-36). Rev. Bras. Reumatol., (Vol.39, 3, 143-150).

CONCEPCIÓN, R.H., ORTIZ, A.L. (2001). Suicídio. In AGUERA, L.F., MARTÍN, M., CERVILLA, J. Psiquiatria geriátrica. Barcelona: Masson, cap. 3.

CORDEIRO, D. (2002). Manual de Psiquiatria Clínica. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

COSTE, J. (1993). Evaluation de la santé des population et instruments de mesure de la qualité de vie. Paris: Masson.

CRAMER J.A. (1994). Quality of life for people with epilepsy. Neurol Clin, 12, 1-13.

CUTRONA, C.E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In PEPLAU, L.A.; PERLMAN, D. (eds.), Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: Wiley Interscience, 291-309.

DIAS, C.A.; MAGALHÃES, L. (2000). Freud para Além de Freud. In DIAS, C.A. Freud para Além de Freud. Fim de Século, Edições Lda., Cap. VII, 181-214.

DIEKSTRA, R.F.W. (1993). Epidemiology of suicide and parasuicide. Acta Psychiatr Scand Suppl. 379, 9-20.

DONNE, J. Biathanatos. (1982). New York, NY: Garland Press.

DUCHIADE, M.P. (1995). População brasileira: um retrato em movimento. In MINAYO, M.C.S. (org). Os muitos Brasis. Saúde e População na década de 80. São Paulo, Rio de Janeiro, Editora Hucitec - Abrasco. p.34.

Eurotrials (2004). Saúde em mapas e números [On-line]. Available: <http://www.eurotrials.com/publicacoes/bolpt14.pdf>

EVANS, D.R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. IN ROMNEY, D.M.; BROWN, R.I.; FRY, P.S., (eds.) Improving the Quality of Life. Recommendations for

People with and without Disabilities. Dordrecht, Boston, London, Kluwer Academic Publishers, 47-88.

FALLOWFIELD, L. (1990). The quality of life – The missing measurement in health care. London: Souvenir Press.

FARNAM-DIGGORY, S. (1972). Cognitive processes in education: A psychological preparation for teaching and curriculum development. New York: Harper & Row.

FARQUHAR, M. (1995B). Definitions of quality of life: a taxonomy. Journal of Advanced Nursing, (Vol.22, 502-508).

FARQUHAR, M. (1995a) Elderly People's definitions of quality of life. Soc. Sci. Med., (Vol.41, 10, 1439-1446).

FLETCHER, A.E (1992). Audit measures - quality-of-life instruments for everyday use with elderly patients - review. Age and Ageing, (Vol.21, 142-150).

FONTAINE, R. (2000). Psicologia do envelhecimento. Lisboa: Climepsi Editores.

FRIES, J.F. (1980). Aging, natural death and the compression of mortality. N. Engl. J. Med., (Vol.303, 130-135).

GILL, T.M., FETNSTEIN, A.R. (1994). A Critical Appraisal of the Quality of Quality-of-Life Measurements. JAMA., (Vol. 272, 8, 619-626).

GLIATTO, M.F.; RAI, A.K. (1999). Evaluation and treatment of patients with suicidal ideation. American Family Physician Clinical Update. [On-line]. Available: <http://www.aafp.org/afp/99031ap/1500.html>

GLIATTO, M.F., RAI, A.K. (1999). Evaluation and Treatment of Patients with Suicidal Ideation. American Family Physician. (Vol.59, 6). [On-line]. Available: <http://www.aafp.org/afp/990315ap/1500.html>

GONÇALVES, O. (1990). Terapia Comportamental: modelos teóricos e manuais terapêuticos, Porto: Edições Jornal de Psicologia.

GUILLEMIN, F. (1995). Cross-cultural Adaptation and Validation of Health Status Measures. Scand. J. Rheumatol. (Vol.24, 61-63).

GUILLEMIN, F., BOMBARDIER, C., BEATON, D. (1993). Cross-cultural adaptation of Health-Related Quality of Life Measures: Literature review and proposed guidelines. J. Clin. Epidemiol. (Vol.46, 12, 1417-1432).

GUYATT, G.H., FEENY, D.H. PATRICK, D.L. (1993b). Measuring Health-related Quality of Life. Ann. Intern. Med. (Vol.118, 622-629).



GUYATT, G.H., Eagle, J., Sackett, B., Willan, A., Griffith, L., Mcilroy, W., Patterson, C.J., Turpie, L. (1993a). Measuring quality of life in the frail elderly. J. Clin. Epidemiol. (Vol.46, 12, 1433-1444).

GUYATT, G.H., JAESCHKE, R., FEENY, D.H., PATRICK, D.L. (1996). Measurements in Clinical Trials: Choosing the right approach. In SPILKER, B. (eds.). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2ªed. Philadelphia, New York: Lippincott - Raven Publishers. 41-48.

HAKKO, H., RASANEN, P., TIIHONEN, J. (1999). Seasonal variation in suicide occurrence in Finland. Acta Psychiatr Scand. 99, 308-310.

HALBWACHS, M. (1930). Les Causes du suicide. Paris: Alcan, [On-line]. Available: [http://classiques.uqac.ca/classiques/Halbwachs\\_maurice/causes\\_du\\_suicide/causes\\_du\\_suicide.html](http://classiques.uqac.ca/classiques/Halbwachs_maurice/causes_du_suicide/causes_du_suicide.html).

HARMAN, D. (1992). Free radical theorie of aging. Mutation Research, 27, 257-266.

HERREROS, G. (2001). Depressão: visões diferentes do mesmo fenómeno, Acheronta: Revista de Psicoanálisis y Cultura. 13, 23. [On-line]. Available: <http://www.acheronta.org>

HERRMAN, N. (2003). The contribution of medical illness to suicide in seniors. Program and abstract of the Canadian Academy of Geriatric Psychiatry Annual Meeting. Halifax: Nova Scotia.

HOLANDA-FERREIRA, A.B.(1986). Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 2.ª ed. (revista e aumentada). Editora Nova Fronteira.

HORLEY, J. (1984). Life Satisfaction, Happiness and Morale: two problems with the use of Subjective Well-Being Indicators. Gerontologist. (Vol.24, 2, 124-127).

HORMIGO, G. (1996). Saúde do idoso – Reflexões para a mudança. Revista Portuguesa de Clínica Geral. (Vol.1, 13, 23-27).

ILHÉU, J. (1993). Estratégias da participação social na população idosa do Alentejo. Economia e Sociologia, 56, 27-50.

INE. Instituto Nacional de Estatística. (2001). Indicadores estatísticos gerais. [On-line]. Available: <http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=65>

INE. Instituto Nacional de Estatística. (2001). Indicadores estatísticos gerais. Resultados definitivos Censos 2001-2002. [On-line]. Available: [http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm\\_cod=75](http://www.ine.pt/prodserv/destaque/arquivo.asp?sm_cod=75)

JENSEN, G., JENSEN, B.F., ARENSMAN, E. *et al.* (1999). Attempted suicide and major public holidays in Europe: Findings from the WHO multicenter study on parasuicide. Acta Psychiatr Scand.n.º99, 412-418.

JENTOFT, A. (1991). El índice de Katz. Revista Espanhola de Geriatria e Gerontologia, 24-25.

JOHN PAUL II. (1995). Evangelium vitae. Origins. 24, 689-727.

JUANATEY-DORADO, C. (1994). Derecho, suicidio y euthanasia. Madrid, Spain: Spanish Ministry of Justice and the Interior.

KALACHE, A., VERAS, R.P., RAMOS, L.R. (1987). O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. Revista Saúde Pública. (Vol.21, 3, 200-210).

KAPLAN, R.M., ANDERSON, J.P., WU, A.W. (1989). Applications in AIDS, cystic fibrosis and arthritis. Med. Care. (Vol.27, 527-543).

KATZ, E., LAZERSFELD, P. (1955). Personal influence: the part played by people in the flow of mass communications. Glencoe, IL: The free press.

KIMURA, M. (1999). Tradução para o Português e Validação do "Quality of Life Index", de Ferrans e Powers. São Paulo, Tese (Livro Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

KÖCHE, J.C. (1985). Hipóteses e Variáveis. In KÖCHE, J.C. Fundamentos de Metodologia Científica. 7.ed. ampliada. Caxias do Sul, Porto Alegre: Editora Vozes, 64-76.

LARSON, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. J. Gerontol. (Vol.33, 1, 109-125).

LAWTON, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: a revision. J. Gerontol. (Vol.30, 85-89).

LAWTON, M.P., MOSS, M., HOFFMAN, C., GRANT, R., HAVE, T.T., KLEBAN, M.H. (1999). Health, Valuation of Life, and the Wish to Live. Gerontologist. (Vol.39, 4, 406-416).

LI G. (1995). The interaction effect of bereavement and sex on the risk of suicide in the elderly: an historical cohort study. Soc Sci Med. 40, 825-828.

LINHARES, C.R.C., GUIMARÃES, R.M., CAMPOS, A.P.M., CARVALHO, N.T., COELHO, V.L.D. (2003) Perfil do cliente de um ambulatório de geriatria do distrito federal. Psicol. Reflex.Crit. (Vol.16,2): Porto Alegre. [On-line]. Available: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0102-79722003000200012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0102-79722003000200012)

MARX, R.G., BOMBARDIER, C., HOGG-JOHNSON, S., WRIGHT, J.G. Clinimetric and Psychometric Strategies for Development of a Health Measurement Scale. Journal of Clinical Epidemiology. (Vol.52, 2, 105-111).

MARZUK, P.M. (1991). Suicidal behaviour and HIV illness. Int Rev Psychiatric.3, 365-371.

MATOS, A.C. (2001). A Depressão. Lisboa: Climepsi Editores.

MATTOSO, J. (1997). (dir). História de Portugal – Obra Completa – Círculo de Leitores, Lisboa.

MCDOWELL, L., NEWELL, C. (1996a). Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. 2ªed. New York, Oxford: Oxford University Press.

MCDOWELL, L., NEWELL, C. (1996b). General Health Status and Quality of Life. In MCDOWELL, L.; NEWELL, C., (eds). Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. 2ªed. New York, Oxford: Oxford University Press, pp. 380.

MCDOWELL, L., NEWELL, C. (1996c). The theoretical and technical foundations of health measurement. In MCDOWELL, L.; NEWELL, C. ed. Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires. 2ªed. New York, Oxford: Oxford University Press, 10-46.

MCHORNEY, C.A., WARE JUNIOR, J.E., LU, J.F.R., SHERBOURNE, C.D. (1994). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions and reliability across diverse patient groups. Medical Care. (Vol. 32, 40-66).

MCSWEENEY, A.J., CREER, T.L. (1995). Health-Related Quality of Life Assessment in Medical Care. Dis. Mon. (Vol. 41, 1, 5-71).

MINAYO, M.C.S., HARTZ, Z.M.A., BUSS, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & Saúde Coletiva. (Vol.5, 1, 7-18).

MINOIS, G. (1999). History of suicide, voluntary death, in western culture. Baltimore: Md; Johns Hopkins University Press.

MONTALVO, G., ALBA, S. (1995). La evaluacion de la calidad de vida: Una nueva dimensión de la valoración geriátrica integral. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. (Vol.1, 30, 9-15).

MOONEY, G. (1986). Economics, medicine and health care. Great Britain: The Harvest Press Group.

MOONEY, G. (1982). Equity in Health Care: confronting the confusion. Discussion Paper, n.11/82, Health Economics Research Unit, University of Aberdeen, Aberdeen.

MOONEY, G., JAN, S. (1997). Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? Health Policy.

NAZARETH, J. (1993). O envelhecimento demográfico da população portuguesa no início dos anos noventa. Economia e Sociologia, n.56, 5-25.

NERI, A.L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In NERI, A.L., (org.) Qualidade de Vida e Idade Madura. Campinas, Papirus Editora, pp.9-55.

NEUGARTEN, B.L., HAVIGHURST, R.J., TOBIN, S.S. (1961). The measurement of Life Satisfaction. J. Gerontol. (Vol.16, 134-143).

Neuropsiconews. Suicídio: um problema de saúde pública. [On-line]. Available: [http://www.neuropsiconews.org.br/35\\_npn/35\\_suicidio.htm](http://www.neuropsiconews.org.br/35_npn/35_suicidio.htm)

NORDENFELT, L. (1994). Introduction. In NORDENFELT, L., ed. Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care. Dordrecht, Boston, London, Kluwer Academic Publishers, 1-15.

NUSSBAUM, M., SEN, A. K. (1993). The Quality of Life. (eds). Oxford: Clarendon Press.

OLESON, M. (1990). Subjectively Perceived Quality of Life. Image J. Nurs. Sch. (Vol. 22, 3, 187-190).

OLSHANSKY, S.J., RUDBERG, M.A., CARNES, B.A., CASSEL, C.K., BRODY, J.A. (1991). Trading off longer life for worsening health: the expansion of morbidity hypothesis. Journal Aging Health. (Vol.3, 2, 19-216).

OMS. World Health Organization. (1978). Alma-Ata 1978: Primary Health Care. Report international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR. Geneve,.

OMS. World Health Organization. (1987). Mental Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines, In tenth revision of the international classification of diseases, Geneva, WHO.XII, 179-191.

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2001). Suicide: International Rates. [On-line]. Available: [http://www.who.int/mental\\_health/Topic\\_Suicide/suicide1.html](http://www.who.int/mental_health/Topic_Suicide/suicide1.html)

OMS. WORLD HEALTH ORGANIZATION: (2000). Preventing Suicide: A Resource for General Physicians. Geneva WHO Department of Mental Health. [On-line]. Available: [http://www.who.int/mental\\_health/Publication\\_Pages/Pubs\\_suicide.html](http://www.who.int/mental_health/Publication_Pages/Pubs_suicide.html)

ORY, M.G., COX, D.M. (1994). Forging Ahead: Linking Health And Behavior To Improve Quality Of Life In Older People. In ROMNEY, D.M.; BROWN, R.I.; FRY, P.S., (eds.) Improving

the Quality of Life. Recommendations for People with and without Disabilities. Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, pp.89- 120.

PALMORE, E. (1979). Predictors of Successful Aging. Gerontologist. (Vol.19, 5, 427-31).

PALMORE, E., KJVETT, V. (1975). Change in life satisfaction. J. Gerontol. (Vol.30, 1, 85-89).

PASCHOAL, S.M.P. (1996<sup>a</sup>). Autonomia e Independência. In PAPALÉO-NETTO, M. (ed). Gerontologia, 313-323. São Paulo, Editora Atheneu.

PASCHOAL, S.M.P. (1996<sup>b</sup>). Epidemiologia do Envelhecimento. In PAPALÉO NETTO, M. (ed). Gerontologia, 26-43. São Paulo, Editora Atheneu.

PASCHOAL, S.M.P. (2000). Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. São Paulo, 252p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

PAULINO, M. (1991). Respostas sociais no envelhecimento. Geriatrics, (Vol.4, 38, 29-31).

PEDHAZUR, E.J., SCHMELKIN, L.P. (1991). Measurement, Design, and Analysis. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers, 74-117.

PESTANA, M.H., GAGEIRO, J.N. (2000). Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS. 2<sup>a</sup>ed. (Revista e aumentada), Lisboa: Sílabo.

PHILLIPS, M.R., LIU, H., ZHANG, Y. (1999). Suicide and social change in China. Culture Med Psychiatry. 23, 25-50.

PIHLBLAD, C.T., ADAMS, D.L. (1972). Widowhood, social participation and life satisfaction. Aging & Human Development, (Vol. 3, 323–330).

PINHEIRO, M.R.M., FERREIRA, J.A.G. (2002). O questionário de Suporte Social: Adaptação e validação da versão portuguesa do Social Support Questionnaire (SSQ6). Psychologica, 30, 315-333.

PINTO GOUVEIA, J. (1990). Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão. Coimbra: Tese (Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (1997). A Saúde dos Portugueses. Direcção-Geral de Saúde, (DGS) Lisboa.

RAMOS, S. (2003). Satisfação / Insatisfação Profissional em Professores de Educação Física do Quadro de Nomeação Definitiva de Coimbra: Um Estudo Descritivo. Tese de Doutoramento

Apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

REIS, J. (1996). O envelhecimento. Geriatrics, (Vol.9, 83, 14-31).

RIBEIRO, J.L.P. (1994). A importância da Qualidade de Vida para a psicologia da saúde. Análise Psicológica, (Vol.12, 2-3, 179-191).

RINGEL, E. (1986). A síndrome pré-suicídio – suas implicações médicas e sociais e consequências na higiene mental. Hexágono Roche, 1, 3-9.

ROBERT, L. (1995). O envelhecimento – factos e teorias. Biblioteca Básica de Ciência e Cultura, Lisboa: Instituto Piaget.

ROMANO, B.W. (1993). Qualidade de Vida: teoria e prática. Revista. Sociedade de. Cardiologia. Supl. A, (Vol.3, 6-9). Estado de São Paulo.

RUSSELL, D. (1996). The UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. Journal of Personality Assessment, 66, 20-40.

RUSSELL, D. W., CUTRONA, C.E., DE LA MORA, A., WALLACE, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among the rural elderly. Psychology and Aging, 12, 574-589.

SARAIVA, C.B. (1999). Parasuicídio: contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes. Coimbra: Quarteto.

SCHIPPER, H., CLINCH, J.J., OLWENY, C.L.M. (1996). Quality of Life Studies: Definitions and Conceptual Issues. In SPILKER, B., (ed.). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2.ed. Philadelphia, New York: Lippincott Raven Publishers, 11.

SEABRA, D. (2003). Sulstício- pedra de toque: quando o horizonte é solidão. AMAL (sd). [On-line]. Available: <http://www.amal.pt/sulsticio.html>

SEABRA, D., CRUZ, J.P.N.C. (1991). . Estudo da prevalência dos sintomas depressivos na população algarvia. Revista Portuguesa de Saúde Pública. (Vol. 2, 9, 29-35).

SEN, A. K. (1993) Capability and Well-being. In The Quality of Life (edited by NUSSBAUM, M.; SEN, A. K.), 31-53. Oxford: Clarendon Press.

SHEIKH, J.I., YESAVAGE, J.A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention, Nova York: The Haworth Press.

SHULMAN, K. (1978). Suicide and parasuicide in old age: A review. Age Ageing, 7, 201-209.

SLEVIN, M.L., PLANT, H., LYNCH, D., DRINKWATER, J., GREGORY, W.M. (1988). Who should measure quality of life, the doctor or the patient? British Journal of Câncer. (Vol. 57, 109-112).

SPAR, J.E.; LA RUE, A. (1997). O envelhecimento normal. Guia de Psiquiatria Geriátrica. Lisboa: Climepsi.

SPIPKER, B. (1996). Introduction. In: SPIPKER, B. (ed). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials. 2.ed. Philadelphia, New York: Lippincott Raven Publishers, 1.

SPS. Sociedade Portuguesa se suicidologia. Estatística. 2004. [On-line]. Available: <http://www.spsuicidologia.pt/>

SPS. Sociedade Portuguesa se suicidologia. Estatística. 2006. [On-line]. Available: <http://www.spsuicidologia.pt/>

STEK, M.L., VINKERS, D.J., GUSSEKLOO, J., BEEKMAN, A.T.F., VAN DER MAST, R.C., WESTENDORP, R.G.J. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely? American Journal of Psychiatry. (Vol.1, 62, 178-180).

STENGEL, E. (1964). Suicide and Attempted Suicide. Penguin Books, Baltimore.

STONES, M.J., KOZMA, A. (1989). Happiness and activities in later life: A propensity formulation. Canadian Psychology. (Vol.30, p.3).

TAMBURINI, M. (1998). Twenty years of research on the evaluation of quality of life in medicine. In TAMBURINI, M. Quality of life assessment in Medicine. GLAMM Interactive. CD-ROM for Windows 95 & 98, 3<sup>ed</sup>.

THE WHOQoL GROUP. (1993). Study protocol for the World Health Organization Project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQoL), Quality of life research. (Vol.2, 153-159).

THE WHOQOL GROUP. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQoL): Position paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med., (Vol.41, 10, 1403-1409).

TONDO, L. (2000). Prima del tempo. Capire e prevenire il suicidio. Rome, Italy: Carocci.

TONDO, L., BALDESSARINI, R.J., HENNEN, J. *et al.*, (1999). Suicide attempts in major affective disorder patients with comorbid substance use disorders. Journal of Clinical Psychiatry. (suppl 2), 60, 63-69.

TONDO, L.; BALDESSARINI, R.J. (2000). Reduced suicide risk during lithium maintenance treatment. Journal of Clinical Psychiatry. (suppl 9), 61, 97-104.

TONDO, L. BALDESSARINI, R.J. (2001). Suicide: historical, descriptive, and epidemiological considerations. [On-line]. Available: <http://www.medscape.com/viewprogram/352>

TONDO, L., HENNEN, J., BALDESSARINI, R.J. (2001). Reduced suicide risk with long-term lithium treatment in major affective illness: a meta-analysis. Acta Psychiatr Scand.

VIETA, E., NIETO, E., GASTO, C., CIRERA, E. (1992). Serious suicide attempts in affective patients. J Affect Disord, 24, 147-152.

VOGEL, R., WOLFERSDORF, M. (1989). Suicide and mental illness in the elderly. Psychopathology, 22, 202-207.

WARE, J.E. (1993). Measuring patients' views: the optimum outcome measure. B.M.J. (Vol.306, 1429-1430).

WEISS, J. (1957). The gamble with death in attempted suicide. Psychiatry. 2, 17-25.

WOOD-DAUPHTNEE, S. (1999). Assessing Quality of Life in Clinical Research: From where have we come and where are we going. J. Clin. Epidemiol. (Vol. 52, 4, 355-363).

WRIGHT, J.G., FEINSTEIN, A.R. (1992). A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. J. Clin. Epidemiol. (Vol. 45, 11, 1201-1218).

YAFFEE R.A. Common Correlation and Reliability Analysis with SPSS for Windows. Statistics and Social Science Group Academic Computing Facility New York University. [On-line]. Available: <http://www.nyu.edu/its/socsci/Docs/correlate>

YESAVAGE, J.A., BRINK T.L., ROSE T.L., LUM. O., HUANG, V., ADEY M.B., LEIRER, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17, 37-49.

YSSELDYKE, J.E., MARSTON, (1988). D. Issues in the psychological evaluation of children. In: HASSELT, V.B.V.; STRAIN, P.S.; HERSON, M., (Eds.) Handbook of developmental and physical disabilities. 21-37. New York: Pergamon,

ZILBOORG, G. (1996). Differential diagnostic types of suicide. In MALTSBERGER, J.T. GOLDBLATT, M.J. (eds.) Essential Papers on Suicide. 36-611. New York: University Press.





## **ANEXOS**

<b>ANEXO 1:</b>	<b>QASC</b>
<b>ANEXO 2:</b>	<b>GDS</b>
<b>ANEXO 3:</b>	<b>ETAQV</b>
<b>ANEXO 4:</b>	<b>ETIIS</b>
<b>ANEXO 5:</b>	<b>UCLA</b>
<b>ANEXO 6:</b>	<b>SSQ6</b>

# QASC - QUESTIONÁRIO AVALIAÇÃO SOCIOCULTURAL

Margarida Pocinho (2005)

**Instruções:** este questionário deve ser heteroadministrado. Sempre que não exista uma opção de resposta ou exista informação pertinente não prevista, deve ser anotada nas linhas que se encontram à direita.

1. Sexo:                      Feminino                        
    Masculino
2. Idade                      65-74 (idosos jovens)  \_\_\_\_\_  
    75-84 (idosos)                       \_\_\_\_\_  
    >=85 (muito idosos)  \_\_\_\_\_
3. Estado Civil                      Casado                        
    Viúvo                       \_\_\_\_\_  
    Solteiro                       \_\_\_\_\_  
    Divorciado                       \_\_\_\_\_
4. Fonte principal de rendimento  
    Trabalho                        
    Reforma                        
    Outro (especifique) \_\_\_\_\_
5. Ambiente Social  
    Urbano                       \_\_\_\_\_  
    Rural                       \_\_\_\_\_
6. Escolaridade                      \_\_\_\_\_
7. Religião  
    Nenhuma/ateu                        
    Católico Praticante                       \_\_\_\_\_  
    Católico Não praticante                       \_\_\_\_\_  
    Outro (especifique) \_\_\_\_\_
8. Passatempos habituais  
    Nenhum                        
    Dança,                       \_\_\_\_\_  
    Desporto                       \_\_\_\_\_  
    Jogos (cartas, dominó, etc)                       \_\_\_\_\_  
    Passeios                       \_\_\_\_\_  
    Caminhadas                        
    Outro (especifique) \_\_\_\_\_
9. Hábitos alcoólicos  
    nenhuns                       \_\_\_\_\_  
    Ocasionais                       \_\_\_\_\_  
    Às refeições                       \_\_\_\_\_  
    Às refeições e entre elas                       \_\_\_\_\_

10. Tipologia familiar

Unipessoal

Nuclear

quantas pessoas: \_\_\_\_\_

Alargada

quantas pessoas: \_\_\_\_\_

---

---

---

11. Relacionamento familiar

Bom

Razoável

Mau

---

---

---

12. Perdas recentes

Sim

---

13. Polimedicados

---

14. Tentativas de suicídio prévias

---

15. Antecedentes familiares de suicídio

---

16. Comportamentos suicidários de amigos

---

17. Comportamentos suicidários na comunidade

---

18. Patologias diagnosticadas (só assinar se houver Doenças mentais ou crónicas graves)

---

19. Como vê o suicídio

Resolução nobre para um dilema pessoal

---

Mal menor

---

Situação anormal (pecado, etc.)

---

## ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Amaral Dias, Carlos Farate (2005)

*Sim Não*

1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15 - Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21 - Sente-se cheio de energia	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar	1	0
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

# GERIATRIC DEPRESSION SCALE

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O. Huang, V., Adey, M., Leirer, V.O. (1983)

## Geriatric Depression Scale

---

Patient \_\_\_\_\_ Examiner \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Directions to Patient: Please choose the best answer for how you have felt over the past week.  
 Directions to Examiner: Present questions VERBALLY. Circle answer given by patient. Do not show to patient.

- |   |         |        |
|---|---------|--------|
| 1. Are you basically satisfied with your life? .....                      | yes     | no (1) |
| 2. Have you dropped many of your activities and interests? .....          | yes (1) | no     |
| 3. Do you feel that your life is empty? .....                             | yes (1) | no     |
| 4. Do you often get bored? .....  | yes (1) | no     |
| 5. Are you hopeful about the future? .....                                | yes     | no (1) |
| 6. Are you bothered by thoughts you can't get out of your head? .....     | yes (1) | no     |
| 7. Are you in good spirits most of the time? .....                        | yes     | no (1) |
| 8. Are you afraid that something bad is going to happen to you? .....     | yes (1) | no     |
| 9. Do you feel happy most of the time? .....                              | yes     | no (1) |
| 10. Do you often feel helpless? .....                                     | yes (1) | no     |
| 11. Do you often get restless and fidgety? .....                          | yes (1) | no     |
| 12. Do you prefer to stay at home rather than go out and do things? ..... | yes (1) | no     |
| 13. Do you frequently worry about the future? .....                       | yes (1) | no     |
| 14. Do you feel you have more problems with memory than most? .....       | yes (1) | no     |
| 15. Do you think it is wonderful to be alive now? .....                   | yes     | no (1) |
| 16. Do you feel downhearted and blue? .....                               | yes (1) | no     |
| 17. Do you feel pretty worthless the way you are now? .....               | yes (1) | no     |
| 18. Do you worry a lot about the past? .....                              | yes (1) | no     |
| 19. Do you find life very exciting? .....                                 | yes     | no (1) |
| 20. Is it hard for you to get started on new projects? .....              | yes (1) | no     |
| 21. Do you feel full of energy? .....                                     | yes     | no (1) |
| 22. Do you feel that your situation is hopeless? .....                    | yes (1) | no     |
| 23. Do you think that most people are better off than you are? .....      | yes (1) | no     |
| 24. Do you frequently get upset over little things? .....                 | yes (1) | no     |
| 25. Do you frequently feel like crying? .....                             | yes (1) | no     |
| 26. Do you have trouble concentrating? .....                              | yes (1) | no     |
| 27. Do you enjoy getting up in the morning? .....                         | yes     | no (1) |
| 28. Do you prefer to avoid social occasions? .....                        | yes (1) | no     |
| 29. Is it easy for you to make decisions? .....                           | yes     | no (1) |
| 30. Is your mind as clear as it used to be? .....                         | yes     | no (1) |

TOTAL: Please sum all bolded answers (worth one point) for a total score. \_\_\_\_\_

Scores: 0 - 9 Normal 10 - 19 Mild Depressive 20 - 30 Severe Depressive

Source: [www.stanford.edu/~yesavage](http://www.stanford.edu/~yesavage)

**GDS - (short form)**  
**MOOD SCALE**  
 Sheikh JI, Yesavage JA:, 1986

<b>Choose the best answer for how you have felt over the past week:</b>		
1. Are you basically satisfied with your life	Yes	No
2. Have you dropped many of your activities and interests	Yes	No
3. Do you feel that your life is empty	Yes	No
4. Do you often get bored	Yes	No
5. Are you in good spirits most of the time	Yes	No
6. Are you afraid that something bad is going to happen to you	Yes	No
7. Do you feel happy most of the time	Yes	No
8. Do you often feel helpless	Yes	No
9. Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things	Yes	No
10. Do you feel you have more problems with memory than most	Yes	No
11. Do you think it is wonderful to be alive now	Yes	No
12. Do you feel pretty worthless the way you are now	Yes	No
13. Do you feel full of energy	Yes	No
14. Do you feel that your situation is hopeless	Yes	No
15. Do you think that most people are better off than you are	Yes	No

## ESCALA TORGA DE AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO

Margarida Pocinho & Carlos Amaral Dias (2005)

	Quase Sempre	Normalmente	Algumas vezes	Quase nunca
1	1	2	3	4
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	4	3	2	1
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	4	3	2	1
12	4	3	2	1
13	4	3	2	1
14	4	3	2	1
15	4	3	2	1
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	4	3	2	1
19	1	2	3	4
20	4	3	2	1
21	4	3	2	1
22	4	3	2	1
23	4	3	2	1
24	4	3	2	1
25	4	3	2	1
26	4	3	2	1
27	4	3	2	1
28	4	3	2	1
29	4	3	2	1
30	4	3	2	1
31	4	3	2	1
32	4	3	2	1
33	4	3	2	1
34	4	3	2	1

## ESCALA TORGA DE INTENÇÃO E IDEAÇÃO SUICIDÁRIA

Margarida Pocinho & Carlos Amaral Dias (2005)

Vou dizer-lhe algumas frases, quero que responda se elas são verdadeiras ou falsas

	<i>V</i>	<i>F</i>
1. Apetece-me desaparecer daqui para fora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Se pudesse estava sempre a dormir, que era para não pensar em nada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Vale a pena viver.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Estou cansado (a) da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Às vezes tenho ideias de suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mais valia estar morto(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. O suicídio parece-me uma solução possível para acabar com o sentimento de que a vida não vale a pena ser vivida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Logo que surja a ocasião, vou comunicar a minha intenção de cometer um suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Converso frequentemente sobre suicídio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Tenho planos para a morte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tenho planos claros de suicídio caso surja a ocasião.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## ESCALA DE SOLIDÃO – UCLA – DANIEL RUSSELL

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 - Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 - Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 - Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 - Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 - Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses	4	3	2	1
10 - Sente-se abandonado	4	3	2	1
11 - Sente-se completamente só	4	3	2	1
12 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13 - As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14 - Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15 - Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16 - Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17 - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18 - É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19 - Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20 - Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1

■ Itens excluídos (3,6,14,20)

## QUESTIONÁRIO DE SUPORTE SOCIAL (SSQ6-VERSÃO)

Pinheiro, M & Ferreira J (2000) – Versão Portuguesa

As questões que se seguem são acerca das pessoas que no seu meio lhe disponibilizam ajuda ou apoio. Cada questão tem duas partes.

Na primeira indique, não contando consigo, quais, das pessoas que conhece, pode contar para o ajudar ou apoiar nas situações que lhe são apresentadas. Para tal, em frente de cada número coloque as iniciais dos nomes dessas pessoas e escreva o tipo de parentesco ou relação que têm consigo. A cada número deve corresponder uma só pessoa.

Na segunda parte indique, o número (de 1 a 6) que melhor traduz o seu grau de satisfação em relação à globalidade do apoio ou ajuda que tem. Se em relação a determinada questão considera na ter apoio assinala ninguém, mas não deixe de seleccionar o seu tipo de satisfação/ insatisfação com o facto.

### Exemplo:

N1. COM QUEM PODE REALMENTE CONTAR QUANDO PRECISA DE AJUDA?

Ninguém  1) M. (Irmão) 4) N. (irmã) 7) \_\_\_\_\_  
 2) T. (Amiga) 5) J. (sobrinha) 8) \_\_\_\_\_  
 3) R. (Amigo) 6) J.M. (vizinho) 9) \_\_\_\_\_

S1. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input checked="" type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N1. COM QUEM PODE REALMENTE CONTAR QUANDO PRECISA DE AJUDA?

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S1. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N2. COM QUEM É QUE PODE REALMENTE CONTAR PARA O (A) AJUDAR A SENTIR-SE MAIS RELAXADO (A) QUANDO ESTÁ TENSO (A) OU SOB PRESSÃO

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S2. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N3. QUEM É QUE O (A) ACEITA TOTALMENTE, INCLUINDO OS SEUS MAIORES DEFEITOS E VIRTUDES

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S3. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N4. COM QUEM É QUE PODE REALMENTE CONTAR PARA SE PREOCUPAR CONSIGO, INDEPENDENTEMENTE DO QUE LHE POSSA ESTAR A ACONTECER

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S4. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N5. COM QUEM É QUE PODE REALMENTE CONTAR PARA O (A) AJUDAR A SENTIR-SE MELHOR QUANDO SE SENTE MESMO EM BAIXO

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S5. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Algo Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>	4. <input type="checkbox"/>	5. <input type="checkbox"/>	6. <input type="checkbox"/>

N6. COM QUEM É QUE PODE REALMENTE CONTAR PARA O (A) CONSOLAR QUANDO ESTÁ MUITO PREOCUPADA

Ninguém  1) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_  
 2) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_  
 3) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_

S6. QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO À GLOBALIDADE DESTA APOIO