

ANEXOS

ANEXO 1

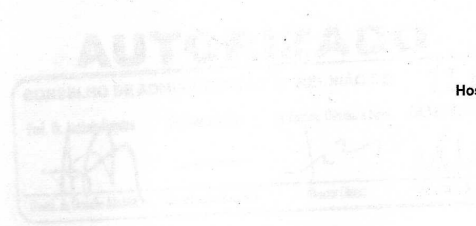
Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de S. João do Porto, E.P.E.



Ministério da Saúde



Hospital de S. João, E.P.E.



Exma. Sra. Dra.

Carla Conceição Lemos Ponte

Rua de Cerqueiras 580 Cristelo

4475-171 Barcelos

27.ABR.09 08379

Sua referência

Sua comunicação de

Nossa referência

Data

N.º

ASSUNTO

Autorização para a realização de Projecto de Investigação

Projecto de Investigação – “Qualidade de vida e risco de suicídio no idoso”

Junto envio em anexo cópia do parecer da Comissão de Ética para a Saúde sobre o referido projecto, bem como cópia da autorização do Conselho de Administração para poder dar início ao mesmo.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 27 de Abril de 2009

O Secretário da Comissão de Ética para a Saúde

Dr. Pedro Brito

H. S. J. - Mod. 1-D - 80 grs. Pré-Print - G. P. da Arrábida, Lda. - Cód. 531011

Na resposta indicar a «Nossa referência» - Em cada ofício tratar só de um assunto.

ANEXO 2

Informação ao Participante

INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do projecto de investigação: Qualidade de vida e risco de suicídio no idoso.

Nome do Investigador Principal: Carla Conceição Lemos Ponte
Carla--ponte@hotmail.com

Caro(a) utente

Chamo-me Carla Conceição Lemos da Ponte, e sou aluna do 2º ano de Mestrado em Psicogerontologia, do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte. Neste momento encontro-me a realizar um estudo neste Serviço sobre a qualidade de vida e o risco de suicídio na pessoa idosa. Procuro caracterizar os idosos que recorrem à consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital S. João do Porto – E.P.E., do ponto de vista sociodemográfico e clínico e eventuais relações existentes com o risco de suicídio.

Para que o estudo seja possível é indispensável a sua cooperação. Neste sentido, solicito a sua colaboração para esta investigação no preenchimento de todos os itens das escalas. Como se trata da sua opinião, não existem respostas certas ou erradas. As suas respostas serão tratadas num registo confidencial e respeitando os mais elevados padrões de ética na investigação em Psicologia, assegurado pela comissão de Ética para a Saúde do Hospital S. João do Porto – E.P.E..

Os benefícios imediatos da sua participação, advêm do facto do presente estudo procurar contribuir para o enriquecimento dos conhecimentos sobre o idoso e conseqüentemente da prestação de serviços de saúde mental. Particularmente torna-se prioritário o estudo sobre o suicídio no idoso, uma vez que é bastante prevalente e pode ser prevenido.

Este estudo não lhe causará qualquer incómodo, pois insere-se no contexto geral de avaliação do idoso, mais especificamente na consulta de Gerontopsiquiatria.

Se desejar não participar, ou desistir, poderá fazê-lo em qualquer altura, e agradeço de igual modo a sua atenção e disponibilidade.

Desde já muito grata pela sua atenção.

Declaro que tomei conhecimento e que concordo em participar

(Assinatura do participante)

ANEXO 3

Declaração de Consentimento Informado para o Participante

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

Qualidade de vida e risco de suicídio no idoso

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do doente ou voluntário são) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do meu caso clínico e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura do doente ou voluntário são:

O Investigador responsável:

Nome: Carla Conceição Lemos da Ponte

Assinatura:

ANEXO 4

Declaração de Consentimento Informado para o Responsável do Doente

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial

(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo:

Qualidade de vida e risco de suicídio no idoso

Eu, abaixo-assinado, (nome completo) -----

Responsável pelo doente (nome completo) -----

-----, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da sua situação clínica e da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que será incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objectivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a sua participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada.

Por isso, consinto que lhe seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Data: ____ / _____ / 200__

Assinatura do Responsável pelo doente:

O Investigador responsável:

Nome: Carla Concelção Lemos Ponte

Assinatura:

ANEXO 5

Instrumentos para a selecção dos participantes

- *Mini-Mental State Examination - MMSE* (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; segundo adaptação de Guerreiro, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, & Garcia, 1994).

- *Teste do Desenho do Relógio - Clock Drawing Test* (Shulman, Shedletsky, & Silver, 1986; normas de Cacho, García-García, Arcaya, Vicente, & Lantada, 1999).

- Sub-testes da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências - BLAD* (Guerreiro, 1993), *Histórias* e o *Token Test*.

MINI-MENTAL STATE @ MMS

NOME: _____

IDADE: _____ Anos DATA _____ de _____ de _____

1. **ORIENTAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta).

- Em que ano estamos?
- Em que mês estamos?
- Em que dia do mês estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Em que estação do ano estamos?
- Em que país estamos?
- Em que distrito vive?
- Em que terra vive?
- Em que casa estamos?
- Em que andar estamos?

Nota:

2. **RETENÇÃO** (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida).

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

- Pêra
- Gato
- Bola

Nota:

3. **ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.)

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

- 27
- 24
- 21
- 18
- 15

Nota:

4. **EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correcta.)

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

- Pêra
- Gato
- Bola

Nota:

5. **LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correcta).

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

- Relógio
- Lápis

Nota:

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

Nota:

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

- Pega com a mão direita
- Dobra ao meio
- Coloca onde deve

Nota:

MINI-MENTAL STATE - MMS

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

Fechou os olhos

sonA

Nota:

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

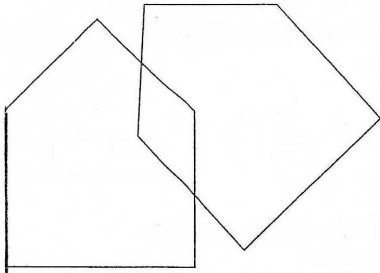
6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)

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

Não valorizar tremor ou rotação.

DESENHO

CÓPIA



(Máximo 30 pontos) TOTAL:

Pontos de Corte
(População Portuguesa)

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

TESTE DO DESENHO DO RELÓGIO

Nome: _____

Idade: _____

Data: _____

PONTUAÇÃO

Mostrador do Relógio	
Presença e Sequencia dos Números	
Presença e Localização dos Ponteiros	
TOTAL	

HISTÓRIAS:

Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências - BLAD (Guerreiro, 1993)

Memória Lógica (Imediata)

A. Maria da Luz ___ que reside no Porto ___ na Sé ___ e trabalha ___ como mulher de limpeza ___ num edifício comercial, ___ queixou-se ___ na esquadra de policia ___ da Batalha depois ___ de ter sido assaltada ___ e roubada ___ em 5 contos ___ na Praça da Liberdade ___ na noite anterior ___. Tem 4 ___ filhos pequenos ___ que não comem ___ há 2 dias ___ e a renda da casa ___ por pagar ___. O chefe da policia, ___ comovido com a história desta mulher ___, organizou um peditório ___ em seu favor.

Número de ideias correctamente memorizadas: A = ___

B. O navio ___ português ___ Funchal ___ embateu num rochedo ___ ao largar dos Açores ___ na 5ª feira ___ à noite ___. Apesar de uma terrível ___ tempestade ___ e da escuridão, ___ os 60 passageiros ___ dentre os quais 18 ___ mulheres ___ foram todos recolhidos ___ nos salva-vidas ___ que eram sacudidos ___ como cascas de noz ___ pelo mar em fúria ___. Regressaram a terra ___ no dia seguinte ___ a bordo de um cargueiro ___ inglês ___.

Número de ideias correctamente memorizadas: B = ___

Pontuação total: (A+B) / 2 = ___

TOKEN TEST

Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências - BLAD (Guerreiro, 1993)

Compreensão Verbal – Token Test

a) Nomeação das cores

Amarelo	(1)
Verde	(1)
Branco	(1)
Vermelho	(1)
PONTUAÇÃO TOTAL	(4)

b) Ordens

1 – Toque em qualquer peça verde	(1)
2 – Toque em qualquer quadrado	(1)
3 – Toque em qualquer círculo pequeno	(2)
4 – Toque no círculo pequeno e amarelo	(3)
5 – Toque num quadrado grande e num círculo branco	(4)
6 – Toque no círculo pequeno verde e no quadrado grande vermelho	(6)
PONTUAÇÃO TOTAL	(17)

TOKEN TEST

V_o

P

A

B

V

P

V_o

B

V

A

B

P

A

V_o

V

A

V

V_o

P

B

ANEXO 6

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos

Consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto – E.P.E.

Código: _____ Acompanhado(a) à Consulta de Gerontopsiquiatria por: _____

A – Características Sociodemográficas

1 - **Idade:** _____ 2 - **Género:** Masculino ① Feminino ②

3 - **Estado Civil:** Solteiro ① Casado ② União de facto ③ Divorciado ④ Separado ⑤ Viúvo ⑥ Recasado ⑦

3.1 - Especificar há quantos anos _____

4 - **Religião:** Não ① Sim ②* *Especificar qual: _____

5 - **Naturalidade/ambiente social:** Rural ① Urbano ② Suburbano ③

6 - **Residência:**

6.1 - **Vive:** *Sozinho* ① *Com a família* ②* *Lar de idosos* ③ *Outro* ④**Especifique _____

6.1.1 - Se ①, ②, ③ ou ④ especificar se é de seu consentimento/vontade: Sim ① Não ②

6.1.2 - Se ①, ②, ③ ou ④ especificar à quanto tempo _____

6.1.3 - Se ①, ②, ③ ou ④ especificar o motivo _____

6.1.4 - Se ①, ②, ③ ou ④ especificar se, se sente satisfeito(a): Sim ① Não ②

6.1.5 - Se ②, ③ ou ④ especificar se o relacionamento interpessoal é: Bom ① Mau ②

6.1.6 - Se ②, ③ ou ④ especificar se é vítima de maus-tratos/exploração: Não ① Sim ②*

*Especificar de que tipo/e por quem _____

6.2 - **Costuma ter acesso, a:** *Apoio domiciliário* ① *Centro de dia* ② *Centro de convívio* ③ *Outro* ④*

Especifique _____ *Nenhum* ⑤

7 - **Escolaridade:**

7.1 - **Indique a idade em que concluiu a sua escolaridade** _____

7.2 - **E qual o nível que atingiu:** Analf. ① 1º Ciclo ② 2º Ciclo ③ 3º Ciclo ④ Secundário ⑤ Curso Sup. ⑥

7.3 - **Especificar quantos anos estudou** _____

8 - **Profissão/ocupação:**

8.1 - **Indique a idade com que deixou de ter um emprego remunerado** _____

8.2 - **E qual a profissão que exercia** _____

8.3 - **Que actividades de lazer/ocupação tem:** _____

8.4 - **Participa activamente** na sua comunidade? Faz parte de algum grupo ou movimento?

Não ① Sim ②* *Especificar qual: _____ há quanto tempo _____

9 - **Existem problemas financeiros:** Não ① Sim ②* *Especificar: _____

B - Características Clínicas

10 - Refira o **acontecimento de vida** que lhe tenha sido mais marcante de forma:

Agradável: _____

Desagradável: _____

11 - Apresenta **problemas de saúde não psiquiátricos**: Nenhum ① D. Cardio. ② D.Apa. Respiratório ③

Pert. ossos, articulações e músculos ④ D. Gastrointestinais ⑤ Pert.Sist.Circulatório ⑥ Pert. Génito-

urinárias ⑦ Pert. Cutâneas ⑧ D. Neoplásicas ⑨ D. Endócrinas ⑩ Outro * *Especifique: _____

12 - Refira se existiu **internamento por doença não psiquiátrica**: Não ① Sim ②*

*Especificar quantos: _____ Duração (média de dias): _____ Motivo: _____

13 - Apresenta **problemas psiquiátricos**: Nenhum ① Pert. Ansiedade ② Pert. Depressiva ③ Pert. Bipolar

④ Pert. Psicótica ⑤ Pert. da Personalidade ⑥ Outro * *Especifique: _____

14 - Refira se existiu **internamento por doença psiquiátrica**: Não ① Sim ②*

*Especificar quantos: _____ Duração (média de dias): _____ Motivo: _____

15 - Existem hábitos **tabágicos**: Não ① Sim ②* *Especificar nº de cigarros/dia: _____

16 - Existem hábitos **alcoólicos**: Não ① Sim ②* *Especificar nº de bebidas/dia: _____

17 - Existe abuso ou dependência de **psicofármacos**: Não ① Sim ②**Especificar o tipo: _____

18 - Existe abuso ou dependência de “**drogas**”: Não ① Sim ②**Especificar o tipo: _____

19 - Existem **problemas de luto** (interferindo no dia-a-dia): Não ① Sim ②**Especificar: _____

20 - Comportamentos **suicidários na família**: Não ① Sim ②* *Especificar: _____

21 - Comportamentos **suicidários na comunidade**: Não ① Sim ②* *Especificar: _____

22 - Refira se tem **confidente/ amigo(a)**: Não ① Sim ②* *Especifique quem: _____

23 - **Aspecto geral**: _____

24- Alteração do **apetite**: Não ① Sim ②* *Especifique: _____

25 - Alteração do **sono**: Não ① Sim ②* *Especifique: _____

26 - Alteração do **peso**: Não ① Sim ②* *Especifique: _____

ANEXO 7

EASYCare - Sistema de Avaliação de Idosos (Sousa & Figueiredo, 2000)



EASY *care*

*"Criar um padrão Europeu de avaliação das
necessidades da pessoa idosa"*



Sistema de Avaliação de Idosos

Versão portuguesa (1999-2002)

Nome: _____

Morada: _____

Sub-Sistema de Saúde: _____ **Utente n°:** _____

Centro: _____

Data de nascimento: ____/____/____ **Sexo:** _____

Residência

a) *Vive:*

Sozinho

Com a família

Lar de Idosos

Outra Especifique: _____

b) *Costuma ter acesso a:*

Apoio domiciliário

Centro de dia

Centro de convívio

Outra Especifique: _____

Indique a idade em que concluiu a sua escolarização e qual o nível que atingiu:

Indique a idade com que deixou de ter um trabalho remunerado e qual a profissão que exercia:

Actividade do examinador: _____ **Data da avaliação:** ____/____/____

- 1. Vê bem? (se usar óculos, com eles colocados)**
- sim 0
com dificuldade 1
não consegue ver nada 3

Comentários:

- 2. Ouve bem? (se usar "aparelho" auditivo, com ele colocado)**
- sim 0
com dificuldade 1
não consegue ouvir nada 3

Comentários:

- 3. Tem dificuldade em mastigar a comida? (se usar dentadura, com ela colocada)**
- sem dificuldade 0
alguma dificuldade 1
incapaz de mastigar 3

Comentários:

- 4. Sente que as pessoas têm dificuldade em compreendê-lo(a), devido a problemas que possa ter com a fala/linguagem?**
- sem dificuldade 0
dificuldade com algumas pessoas 1
dificuldade considerável com toda a gente 3

Comentários:

PONTUAÇÃO de incapacidade física (questões 1 a 4) _____ (máximo 12)

- 5. Considera que a sua saúde é:**
- excelente 1
muito boa 2
boa 3
razoável 4
fraca 5

Comentários:

- 6. Sente-se sozinho?**
- nunca 1
raramente 2
algumas vezes 3
frequentemente 4
sempre 5

Comentários:

- 7. Em geral, diria que a sua habitação é**
- excelente 1
muito boa 2
boa 3
razoável 4
fraca 5

Comentários:

PONTUAÇÃO da qualidade de vida percebida pelo sujeito (questões 5 a 7) _____ (máximo 15)

8. Consegue fazer o seu trabalho doméstico?

- sem ajuda (limpar o chão, etc.) 0
- com alguma ajuda (consegue fazer os trabalhos domésticos leves mas precisa de ajuda nos trabalhos pesados) 1
- completamente incapaz de fazer qualquer trabalho doméstico 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

9. Consegue preparar as suas próprias refeições?

- sem ajuda (decide e cozinha refeições completas para si próprio/a) 0
- com alguma ajuda (consegue preparar algumas coisas mas é incapaz de ele(a) próprio(a) cozinhar refeições completas) 2
- completamente incapaz de preparar as refeições 5

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

10. Consegue ir às compras?

- sem ajuda (tomando por si próprio/a conta das suas compras) 0
- com alguma ajuda (precisa de alguém para ir consigo para todas as compras) 2
- completamente incapaz de fazer qualquer compra 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

11. Consegue administrar o seu próprio dinheiro? (ex. pagar contas, contar dinheiro, etc.)

- sem ajuda (passar cheques, pagar contas, etc.) 0
- com alguma ajuda 2
- ou é completamente incapaz de administrar o seu dinheiro 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

12. Consegue usar o telefone?

- Sem ajuda, incluindo procurar os números e discar 0
- com alguma ajuda 1
- completamente incapaz de usar o telefone 3

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

13. Consegue tomar os seus medicamentos?

- sem ajuda (nas doses certas e às horas indicadas) 0
- com alguma ajuda (capaz de tomar alguns medicamentos se alguém os preparar para si e/ou o(a) lembrar de os tomar) 2
- completamente incapaz de tomar os seus medicamentos 4

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

Comentários:

PONTUAÇÃO da área FUNCIONAL (questões 8 a 13) _____ (máximo 23)

14. Consegue sair de casa e caminhar na rua?

- sem ajuda 0
- com alguma ajuda 4
- completamente incapaz de andar fora da sua casa 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

15. Consegue movimentar-se dentro de casa?

- sem ajuda 0
- numa cadeira de rodas sem ajuda 4
- com alguma ajuda 6
- acamado 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

16. Consegue subir e descer escadas?

- sem ajuda (e sem qualquer apoio – ex: corrimão, pegas) 0
- com alguma ajuda 2
- incapaz de subir ou descer escadas 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

17. Consegue deslocar-se da cama para a cadeira, se estiverem próximas uma da outra?

- sem ajuda 0
- com alguma ajuda 5
- completamente incapaz de se deslocar da cama para a cadeira 7

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

18. Consegue utilizar a sanita (ou a cadeira-sanitária)?

- sem ajuda (chegar à sanita ou cadeira-sanitária, despir o necessário, lavar-se e ir embora) 0
- com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas incluindo limpar-se) 5
- completamente incapaz de usar a sanita ou a cadeira-sanitária 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

19. Consegue usar a banheira ou o chuveiro/polivan?

- sem ajuda 0
- necessita de alguma ajuda para utilizar a banheira ou o chuveiro 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

PONTUAÇÃO da MOBILIDADE (questões 14 a 19) _____ (máximo 41)

20. Consegue cuidar da sua aparência pessoal? (ex. pentear o cabelo, barbear-se, maquilhar-se, etc.)

- sem ajuda 0
com ajuda 5

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

21. Consegue vestir-se?

- sem ajuda (incluindo apertar botões, puxar os fechos, apertar os atacadores, etc.) 0
com alguma ajuda (consegue fazer algumas coisas sem ajuda) 3
completamente incapaz de se vestir 6

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

22. Consegue alimentar-se?

- sem ajuda 0
com alguma ajuda (cortar os alimentos, espalhar a manteiga, etc.) 5
completamente incapaz de alimentar-se 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

PONTUAÇÃO das actividades de CUIDADOS PESSOAIS (questões 20 a 22) _____ (máximo 19)

23. Tem acidentes/descuidos com a sua bexiga? (incontinência urinária)

- sem problemas 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por dia) 6
tem problemas frequentes (uma ou mais vezes por dia) ou necessita de algália 8

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

24. Tem acidentes/descuidos com os seus intestinos? (incontinência fecal)

- sem problemas 0
sim, problemas ocasionais (menos de uma vez por semana) 6
tem frequentemente problemas 9

Comentários:

Se tem alguma dificuldade quem o ajuda?

- Cônjuge ou companheiro(a)
- membro da família
- amigo ou vizinho
- ajuda privada (ex: empregada)
- ajuda pública (ex: serviço de uma instituição)
- outra
- ajuda não disponível

PONTUAÇÃO do CONTROLO ESFINCTERIANO (questões 23 a 24) _____ (máximo 17)

PONTUAÇÃO de INCAPACIDADE (questões 8 a 24) _____ (máximo 100)

ANEXO 8

Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1983; versão portuguesa, adaptada por Barreto, Leuschner, Santos, & Sobral, 2008)

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA

Geriatric Depression Scale (GDS), Yesavage et al. (1983)

Tradução em Português de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral (2008)

Nome/Código: _____

Responda **SIM** ou **NÃO** consoante se tem sentido de há uma semana para cá:

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

Pontuação:

0-10 = Ausência de depressão

11-20 = Depressão ligeira

21-30 = Depressão grave

ANEXO 9

Questionário de Ideação Suicida (Reynolds, 1988, versão portuguesa, adaptada por Ferreira & Castela 1999)

Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.)
Versão portuguesa de Ferreira & Castela (1999)

Seguidamente encontra-se uma lista de 30 itens, peço-lhe para responder, assinalando com uma cruz (X), a resposta que melhor expressa o seu sentimento nos últimos 6 meses. Cada item tem 7 possibilidades de resposta:

- (0) «Nunca pensei nisto»
- (1) «Já pensei nisto mas não no último mês»
- (2) «Uma vez por mês»
- (3) «Algumas vezes por mês»
- (4) «Uma vez por semana»
- (5) «Algumas vezes por semana»
- (6) «Quase todos os dias»

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

ANEXO 10

Distribuição da amostra relativamente à actividade profissional exercida

Distribuição da amostra final relativamente à profissão exercida

Profissão Exercida	N	%
Administrativa	2	2.7
Agricultor	2	2.7
Analista Programador	1	1.3
Auxiliar de Acção Educativa	1	1.3
Auxiliar de Acção Médica	1	1.3
Auxiliar de Enfermagem	1	1.3
Bancário	1	1.3
Bombeiro	1	1.3
Chefe de Repartição de Finanças	1	1.3
Comerciante	3	4.0
Contabilista	1	1.3
Costureira	5	6.7
Cozinheira	2	2.7
Doméstica	8	10.7
Empregada de Balcão	4	5.3
Empregada Doméstica	8	10.7
Empregada Fabril	12	16.0
Engenheiro	1	1.3
Marceneiro	1	1.3
Metalúrgico	2	2.7
Modista	3	4.0
Motorista	3	4.0
Operador de Máquinas	1	1.3
Peixeira	1	1.3
Secretária	1	1.3
Taqueiro	1	1.3
Técnico de Recursos Humanos	1	1.3
Técnico Oficial de Contas	1	1.3
Telefonista	1	1.3
Topógrafo	1	1.3
Vendedor	3	4.0
	75	100

ANEXO 11

Submissão de resumo

Ideação Suicida, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso:

Estudo na Consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital S. João do Porto, E.P.E.

Carla Ponte, CP¹, Lia Fernandes, MD, PhD², & Vera Almeida, CP, PhD³

Submissão de comunicação oral

O presente trabalho de investigação surgiu da constatação do crescente número de idosos que recorreu pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do H.S.J. do Porto, manifestando sintomatologia depressiva, muitas vezes com ideação suicida associada.

São objectivos deste estudo, a caracterização dos idosos que recorrem à referida consulta, a nível sociodemográfico, das incapacidades físicas e globais, assim como da patologia orgânica e das variáveis psicológicas. Procura-se também estudar a relação entre depressão, a ideação suicida e a qualidade de vida e restantes variáveis.

Da amostra inicial constituída por 155 idosos, com 65 ou mais anos de idade, apenas foram incluídos os 75 casos sem défices cognitivos. Estes foram avaliados com: Questionário Sociodemográfico e Clínico, *EASYCare - Sistema de Avaliação de Idosos* (Sousa & Figueiredo, 2000); *Escala de Depressão Geriátrica* (Barreto et al., 2008) e *Questionário de Ideação Suicida* (Ferreira & Castela, 1999).

A amostra final foi na maioria do sexo feminino (78.7%), apresentou idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos, ($M=78.8$; $DP=6.04$), e verificou-se ainda um predomínio de sujeitos casados (62.7%) e viúvos (29.3%).

Constatou-se que ao nível da depressão, 66.7% dos idosos obteve um índice de depressão grave. Quanto ao índice de ideação suicida, obteve-se a média de 41.96 pontos ($DP=36.38$), indicando risco potencial de suicídio (Reynolds, 1999, cit. in Almeida, 2000). Encontrou-se que os idosos percebem a sua qualidade de vida como baixa, revelando ainda valores de incapacidade global diminuídos.

Foi encontrada uma correlação positiva significativa entre a depressão e ideação suicida ($r_s = .71$, $p < .001$). Verificaram-se também correlações significativas entre as dimensões da depressão e qualidade de vida ($r_s = .50$, $p < .001$), bem como entre a ideação suicida e qualidade de vida ($r_s = .40$, $p < .001$). Os dados obtidos corroboraram os dados encontrados em outros estudos (Awata et al., 2005; Fernandes et al., 2009).

Palavras-chave: Idosos, depressão, qualidade de vida, ideação suicida.

¹ Aluna de Mestrado em Psicogerontologia do Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

² Coordenadora da Consulta de Gerontopsiquiatria, do Serviço de Psiquiatria, do Hospital S. João, E.P.E. e Professora da FMUP

³ Professora Auxiliar do Instituto Superior Ciências da Saúde - Norte

ANEXO 12

Artigo

Ideação Suicida, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Estudo na Consulta de Gerontopsiquiatria

Suicide Ideation, Depression and Quality of Life in the Elderly: Study on Geriatric Psychiatry Service

C., Ponte¹, V., Almeida², L., Fernandes³

Estudo realizado na Consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto, E.P.E.

¹ Psicóloga Clínica; Mestranda em Psicogerontologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte

² Psicóloga Clínica; Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia do Instituto Superior de Ciências da Saúde – Norte

³ Médica Psiquiatra; Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto/Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto

¹ Rua de Cerqueiras, 580, 4755-162 Cristelo - Barcelos

Tel/Fax: (+351) 253851467 / (+351) 969864240

carla--ponte@hotmail.com

RESUMO

Ideação Suicida, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Estudo na Consulta de Gerontopsiquiatria

Introdução: Com o envelhecimento progressivo da população portuguesa (mais de 1 500 000 de pessoas com 65 ou mais anos), a depressão e o suicídio, que lhe está associado nesta faixa etária, adquirem actualmente particular importância na nossa sociedade. A elevada prevalência de depressão nos suicídios na terceira idade (associação muito mais frequente do que em adultos jovens) alerta-nos para a importância de uma intervenção preventiva. Este risco não deve ser subestimado, uma vez que é considerado a nível mundial o grupo com maior risco de suicídio consumado.

Esta pesquisa vem da observação de um número crescente de idosos que recorre pela primeira vez à Consulta de Gerontopsiquiatria no HSJ no Porto, com sintomas depressivos, frequentemente associados com ideação suicidas.

Objectivos: Caracterizar os idosos que recorrem à consulta de Gerontopsiquiatria do H.S.J. do Porto, a nível sociodemográfico, das incapacidades físicas e globais, assim como a nível da patologia orgânica e das variáveis psicológicas (depressão, a ideação suicida e a qualidade de vida). Também estabelecer a relação entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

Material e Métodos: Neste estudo transversal foram recrutados consecutivamente, 155 idosos de ambos os sexos da referida consulta. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: (1) idade igual ou superior a 65 anos; (2) ausência de défices auditivos; (3) ausência de défices cognitivos (doenças neurodegenerativas e/ou cérebro-vasculares). A inclusão dos idosos no estudo teve por base os dados inerentes aos registos clínicos da Consulta.

A existência de défice cognitivo avaliou-se com: *Mini Mental State Examination*, *Teste do Desenho do Relógio*, *Histórias/Memória Lógica* e *Token Test*, da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências*. Setenta e cinco idosos foram avaliados com os seguintes

instrumentos: questionário sociodemográfico e clínico; *EASYCare*; *Escala de Depressão Geriátrica* e *Questionário de Ideação Suicida*.

Resultados: A amostra final, com idade média de 72,80 (DP 6,04), variou entre 65 e 88 anos, sendo composta por 59 mulheres e 16 homens. Estes idosos residiam principalmente no norte de Portugal, particularmente em áreas urbanas e suburbanas (89,04%), com suas famílias (77,3%), e ainda se verificou um predomínio de participantes casados (62,7%) e viúvos.

Quanto à qualidade de vida percebida, obteve-se uma média de 10,47 (dp 1,49), mostrando que os idosos tiveram uma baixa percepção da mesma. Apurou-se que a maioria da amostra (66,7%) apresentaram depressão grave. No *Questionário de Ideação Suicida*, a média foi de 41.96 pontos ($DP=36.38$), incluída nos valores de potencial risco de suicídio.

Foi encontrada correlação positiva significativa entre a depressão geriátrica e ideação suicida ($r_s = .71, p < .001$). Verificaram-se também correlações significativas entre as dimensões da depressão geriátrica e qualidade de vida ($r_s = .50, p < .001$), bem como entre a ideação suicida e qualidade de vida ($r_s = .40, p < .001$).

Conclusão: Os dados da presente investigação corroboraram os dados encontrados em outros estudos, nacionais e internacionais relacionados com: ideação suicida, depressão e qualidade de vida nos idosos, sugerindo a necessidade da prevenção e tratamento da depressão. A falta de uma intervenção adequada, poderá conduzir ou agravar a baixa auto-estima, as percepções negativa de si próprio e da qualidade de vida, conduzindo à emergência de pensamentos/ideações e comportamentos suicidas.

A relação entre estas variáveis, nomeadamente entre a patologia depressiva associada e/ou ideação suicida, pode vir a mostrar-se importante, não apenas numa perspectiva preventiva em geral como em particular, na melhoria da prestação de cuidados de saúde mental.

Palavras-chave: Idosos, ideação suicida, depressão, qualidade de vida.

SUMMARY

Suicide Ideation, Depression and Quality of Life in the Elderly: Study on Geriatric Psychiatry Service

Introduction: With the increase in the elderly Portuguese population (more than 1 500 000 over 65), depression and suicide in this age group has acquired particular relevance in our society. The high prevalence of depression in aged suicidal people (an association much more common than in young adults) alerts us to the importance for preventive interventions. This risk should not be underestimated, among the elderly, who are considered to be the group with the highest risk of suicide worldwide. This research comes from the observation of a growing number of older people attending the outpatient department of Geriatric Psychiatry at the HSJ in Oporto for the first time with depressive symptoms, often associated with suicidal intentions.

Objectives: To study and characterize elderly patients from the outpatient department in terms of socio-demographic, physical and global disability as well as organic disease and psychological variables (depression, suicidal intentions and quality of life). Also to establish a relationship between suicidal intentions, depression and other variables.

Materials and Methods: In this cross-sectional study 155 patients of both sexes were recruited consecutively from this department, using the following inclusion criteria: (1) over 65 years, (2) without hearing impairment, (3) without cognitive deficit (neurodegenerative or cerebrovascular diseases). The inclusion of the elderly in the study was based on data relating to medical records from this geriatric consultation.

The existence of cognitive impairment was evaluated using: *Mini Mental State Examination, Clock Drawing Test, Stories/Memory Logic and Token Test from Dementia Assessment Lisbon Battery*. From the initial sample, 75 patients were evaluated using the following instruments: *Demographic and Clinical Questionnaire; Elderly Assessment System, Geriatric Depression Scale and Suicide Ideation Questionnaire*.

Results: The final sample with mean age (sd) of 72.80(6.04), ranged between 65 and 88 years, was made up of 59 women and 16 men. This sample lived mostly in northern Portugal, particularly in urban and suburban areas (89.04%), with their families (77.3%), and there was still a predominance of married (62.7%) participants and widowed people.

For the quality of life, related by the subject, there was a mean of 10.47 (sd 1.49), showing that the elderly had a low perception of their quality of life

It was found that the majority of this sample (66.7%) showed severe depression. In the Suicide Intention Questionnaire, the mean was 41.96 (sd 36.38), considered a value from which there is potential risk.

A correlation with statistical significance was found between geriatric depression and suicidal intention ($r=0.71$, $p<0.001$). There were also significant correlations between geriatric depression and quality of life ($r=0.50$, $p<0.001$) and between suicidal intention and quality of life ($r=0.40$, $p<0.001$).

Conclusion: The present data corroborate other studies related to suicide, depression and quality of life in the elderly, suggesting the need for prevention and treatment of depression. The lack of appropriate intervention can lead to low self-esteem, negative perception of themselves and their quality of life, leading to the emergence of suicidal thoughts and behaviour. The relationship between these variables, particularly between the pathology associated with depressive and /or suicidal intention, was shown to be important not only for the preventive approach in general, but also in improving the delivery of mental health care in particular.

Keywords: Elderly, Suicide Ideation, Depression, Quality of Life

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos gerou-se um interesse crescente pelas questões da velhice devido em parte à explosão demográfica da terceira idade. A diminuição da mortalidade que se verifica em todos os grupos etários, devida não só aos progressos da medicina como à melhoria das condições de vida, tornou-se responsável pelo aumento da duração média de vida e pelo aumento absoluto de idosos. Enquanto que a queda da natalidade contribuiu para o seu aumento relativo¹. Segundo um relatório divulgado pelo Institute for Family Policies, Portugal, seguido da Espanha, é o país da União Europeia - UE, em que a população está a envelhecer mais depressa².

A proporção de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos 45 anos, passando de 8% no total da população em 1960, para 17% em 2005. Em números brutos significa mais de um milhão e meio de portugueses (sendo que os dados do INE de 2008 indicam um total de 1.874 209 pessoas com mais de 65 anos). De acordo com as projecções demográficas, estima-se que a proporção volte a duplicar nos próximos 40 anos, representando, em 2050, 32% do total da população nacional³.

O envelhecimento populacional enquanto fenómeno social, é um dos desafios mais importantes do século XXI e obriga à reflexão sobre questões com relevância crescente como os meios de subsistência, a qualidade de vida dos idosos, o estatuto dos idosos na sociedade, a solidariedade intergeracional, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e sobre o próprio modelo social vigente⁴.

A qualidade de vida é inquestionavelmente uma das principais problemáticas sociais que se coloca ao envelhecimento progressivo da população. Este facto justifica a necessidade crescente de investigação, sobre o conhecimento da população idosa numa perspectiva biopsicossocial, com o intuito de lhes garantir, não só uma maior sobrevida, melhoria de qualidade de vida e bem-estar, promovendo o envelhecimento bem sucedido.

O termo de qualidade de vida, varia de autor para autor e, além disso, é muito subjectivo, pois refere-se à percepção que uma pessoa tem da sua vida, dependendo do seu nível sociocultural, da faixa etária e das suas expectativas e interesses pessoais⁵. Concretamente na pessoa idosa, tem sido muitas vezes associada a questões de dependência-autonomia⁶. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras⁶.

Reflectir acerca da qualidade de vida no idoso, é importante, quando se sabe que o processo de envelhecimento produz efeitos a vários níveis, tornando-se fundamental proporcionar ao idoso uma vida saudável, digna, independente e integrada socialmente, sendo da maior importância tomar consciência do valor da manutenção da sua funcionalidade, pois este aspecto permite-lhe ter uma vida activa e independente, nomeadamente no que se refere à realização e manutenção das tarefas diárias⁷.

A saúde mental é um direito Humano, que permite aos cidadãos usufruírem de bem-estar, qualidade de vida e saúde, promovendo assim, a formação, o trabalho e a participação na sociedade. Sendo um facto que a população está a envelhecer, isto pode implicar alguns riscos para a saúde mental e para o bem-estar do idoso⁸.

As perturbações mentais são frequentes entre a população idosa. Em Portugal não são conhecidas a incidência e prevalência da maioria das perturbações mentais, mas os dados evidenciam o impacto de vários determinantes, eventualmente, associados à existência de sofrimento psicológico⁹.

Vaz Serra (2003)¹⁰ reportando-se a dados da OMS (2001), mencionou que, em todo o mundo, se calcula que 212 milhões de pessoas sofram em dado momento de depressão. Em Portugal, os dados mais objectivos são os revelados pelo terceiro Censo Psiquiátrico de 2001 da Direcção Geral de Saúde, onde consta que a depressão foi a segunda patologia psiquiátrica mais frequente que recorreu aos serviços de saúde, com 14,9% dos casos, numa amostra de 66

instituições de Saúde Mental¹¹. Concretamente na população idosa, parece ser consensual que a depressão é a doença psiquiátrica mais comum¹².

Vários factores são associados a um risco acrescido de desenvolver depressão depois dos 65 anos. Marques e Firmino (2003)¹², numa revisão de estudos, salientam que não existe nenhuma evidência de que os factores genéticos contribuem significativamente na etiologia depressão geriátrica. Já em relação ao género, a depressão é consistentemente mais comum na mulher do que no homem ao longo do ciclo de vida. Quanto ao estado civil, os episódios depressivos são mais frequentes entre os idosos divorciados ou viúvos.

Várias doenças, também estão associadas à depressão, e de maneira geral são as crónicas, dolorosas e que determinam incapacidade funcional. Salienta-se que a incapacidade funcional é um factor indutor de depressão no idoso, mais importante do que a própria doenças ou da dor que lhe possa estar associada¹².

A depressão aparece como a perturbação psiquiátrica mais comum nesta população^{12,13,14} sendo responsável pela perda de autonomia, pela incapacidade marcada, pelo agravamento de quadros patológicos pré-existent¹⁵. Os estados depressivos são muito frequentes na velhice e na sua forma paroxística podem levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade^{14,16,17}.

Ferreira e Castela (1999)¹⁸, salientam que um indicador fundamental para o risco de suicídio e uma componente básica na classificação de comportamentos suicidas, é a ideação suicida. Esta designa, especificamente, os pensamentos e as cognições de autodestruição, de acabar com a própria vida. Num crescente hierárquico, a ideação suicida pode ir de pensamentos gerais sobre a morte até idealizações mais sérias sobre maneiras correctas de cometer suicídio. A identificação da gravidade da ideação suicida no indivíduo contribui para uma aproximação viável e pró-activa da detecção de indivíduos em risco de suicídio. A ideação pode ser vista como um estágio preliminar, precursor de outros comportamentos suicidas mais severos.

No entanto a ideação suicida é uma condição necessária, mas não suficiente, para determinar o comportamento suicida. Além disso é um importante factor de risco para as tentativas de suicídio¹⁹. Assim a identificação precoce da provável presença de cognições auto-destrutivas, beneficiará os sujeitos e os seus cuidadores²⁰.

A par das doenças mentais, o suicídio causa um enorme sofrimento nos indivíduos, nas suas famílias e nas comunidades que integram^{8,21}. Todos os anos quase um milhão de pessoas no mundo cometem o suicídio, o que significa, aproximadamente, 1,5% de todas as causas de morte, fazendo do suicídio a décima principal causa de morte a nível global²¹. Na maior parte dos países industrializados, a taxa de suicídio nos idosos é superior em relação a outros grupos etários²², chegando a ser três vezes maior em indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, quando comparado com indivíduos jovens²³.

Se forem associados um conjunto de factores como o sexo, idade, estado civil, situação económica e situação de trabalho, é possível identificar-se um indivíduo com maior risco de suicídio: é do sexo masculino, tem uma idade superior a 65 anos, viúvo, inactivo (desempregado ou reformado), está socialmente isolado, sem práticas religiosas, deprimido, com múltiplos problemas afectivos, económicos ou de saúde física ou mental^{17,24,25}. Destacando alguns estudos de investigação que relacionam os factores de risco mencionados, eles demonstram uma relação entre o envelhecimento, as perturbações de humor (depressão) e o risco de suicídio^{13,16}.

Importa salientar que o comportamento suicida é um fenómeno complexo e determinado por vários factores, sendo muitas vezes uma conduta carregada de ambivalência, isto porque mistura sentimentos contraditórios entre o desejar concretizar o acto e o seu oposto.

OBJECTIVOS

O presente estudo de investigação surgiu da constatação de um crescente número de pessoas idosos que recorriam pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do Serviço de

Psiquiatria do Hospital de S. João do Porto, E.P.E., com perturbações do humor, especificamente da depressão. Em alguns destes casos, também, eram enunciados aspectos relacionados com a ideação suicida. Este aspecto é tido por muitos especialistas, como um estadio antecedente de um comportamento suicida, que é bastante prevalente nesta faixa etária, como se constata nos estudos nacionais e internacionais, mas que pode ser prevenido. Assim tornou-se prioritário o estudo sobre a ideação suicida no idoso.

Foram definidos os seguintes objectivos para este estudo de investigação:

1. Caracterizar os idosos com idade igual ou superior a 65 anos, que recorreram pela primeira vez à consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital S. João do Porto, E.P.E., a nível sociodemográfico, das incapacidades físicas e globais (incluindo actividades de vida diária), assim como ao nível da patologia orgânica e das variáveis psicológicas. Nestas em particular procurou-se estudar a qualidade de vida percebida pelo idoso, a depressão e a ideação suicida.
2. Explorar a relação entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

MATERIAIS E METODOS

Participantes

Neste estudo transversal, foram recrutados de forma sequencial numa amostra de conveniência, 155 idosos com 65 ou mais anos de idade, que recorreram pela primeira vez à Consulta de Gerontopsiquiatria do Hospital de S. João do Porto, entre os meses de Abril e Outubro de 2009.

Da amostra inicial foram excluídos 80 pessoas idosas, por não cumprirem os seguintes critérios de inclusão: (1) idade superior ou igual a 65 anos de idade; (2) ausência de défices auditivos; (3) ausência de défices cognitivos (assim como ausência de doenças

neurodegenerativas e cérebro-vasculares). A inclusão dos idosos no estudo, teve por base os dados inerentes aos registos clínicos da Consulta.

Foi com base na amostra final de 75 idosos que se procedeu ao estudo das relações entre ideação suicida, depressão e restantes variáveis.

Instrumentos

Para se seleccionar os participantes deste estudo, verificou-se a existência de défice cognitivo que se avaliou com os seguintes instrumentos: *Mini Mental State Examination*^{26,27}, *Teste do Desenho do Relógio*^{28,29}, *Histórias/Memória Lógica* e *Token Test*, da *Bateria de Lisboa para a Avaliação das Demências*³⁰.

Os idosos seleccionados para a investigação foram avaliados com os seguintes instrumentos: Questionário de dados sociodemográficos e clínicos; *EASYCare - Sistema de Avaliação de Idosos*³¹, a *Escala de Depressão Geriátrica*^{32,33} e o *Questionário de Ideação Suicida*^{18,34}.

Procedimentos

Após aprovação por parte da Comissão de Ética para a Saúde, do Hospital de S. João do Porto do projecto de investigação, solicitou-se a autorização dos autores das escalas que se pretendiam utilizar. Depois da obtenção do referido consentimento, iniciou-se a recolha de dados, que foi antecedida pela obtenção do consentimento informado por escrito, dos participantes. No caso dos participantes com algum tipo de défice o consentimento informado foi obtido junto do seu cuidador ou familiar.

Procedeu-se à aplicação dos referidos instrumentos e relativamente aos procedimentos de análise dos dados, esta foi feita através de tratamento estatístico apropriado utilizado o programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 17.0 par o *Windows*.

Para a caracterização a amostra foi utilizada a estatística descritiva com cálculo de frequências (percentagens), de medidas de tendência central (médias, modas) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). No que diz respeito à análise correlacional, isto é, para se averiguar a relação entre a ideação suicida, a depressão e restantes variáveis, recorreu-se ao teste não-paramétrico de correlação de Spearman (r_s). Neste estudo utilizaram-se os níveis de 90 e 95% de significância.

RESULTADOS

Análise Descritiva

Relativamente à amostra final de 75 idosos, verificou-se quanto ao género um predomínio do sexo feminino ($N=59$; 78.7%). Em termos etários, os idosos, tinham idades compreendidas entre os 65 e os 88 anos de idade. A média foi de 72.8 anos, ($DP=6.04$) sendo que a faixa etária mais prevalente se situou dos 65 aos 74 anos (65.3%).

Inserir quadro 1

No que respeita aos anos de escolaridade, estes variavam entre 0 e 14 anos. A média foi de 4.68 anos ($DP=3.51$). O grupo de idosos que completou a instrução primária apresentou maior frequência ($N=36$), seguida do grupo de pessoas analfabetas ($N=13$) e com o 3º Ciclo ($N=10$).

Inserir quadro 2

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes era casada (62.7%), verificando-se ainda 22 (29,3%) viúvos.

Inserir quadro 3

Relativamente à pontuação no índice da *qualidade de vida percebida pelo sujeito*, a pontuação variou entre 8 e 14 pontos, obtendo-se uma média de 10.47 ($DP=1.49$). Isto significa que os idosos percepcionavam como baixa a sua qualidade de vida, baseando-se nos conceitos de saúde, solidão e habitação.

Quanto ao modo como consideravam a sua saúde, as respostas foram repartidas entre as opções de razoável e de fraca. Quanto ao sentimento de solidão, verificou-se em 58 dos casos. Na amostra final, apenas uma pessoa considerou a sua habitação como sendo fraca.

Inserir quadro 4

Relativamente à depressão, obteve-se uma média de 22.01 ($DP=5.95$), 93.4% dos casos deprimidos. O valor total desta escala variou numa amplitude de 5 a 30 pontos, com a moda de 26. A amostra apresentou depressão grave em 66.7% dos casos.

Inserir quadro 5

Quanto à pontuação da ideação suicida, as respostas variaram entre um mínimo de 0 e um máximo de 129 pontos, tendo-se obtido uma média de 41.96 pontos ($DP=36.38$), e moda de 36 pontos. Estes dados exprimem a grande variabilidade de pontuações totais obtidas.

Inserir quadro 6

Tomando como referência o valor de 41 pontos, apresentado como o valor limite a partir do qual existe potencial risco de suicídio³⁴, nesta amostra 40% ($N=30$) dos idosos situavam-se acima deste ponto de corte.

Foi também recolhida informação da existência de antecedentes de suicídio na família e na sua comunidade. Na amostra final, 16% ($N=12$) dos idosos mencionaram ter conhecimento de comportamento de suicídio na sua família. E em 17.3% ($N=13$) existiam casos de suicídio também na comunidade.

Inserir quadro 7

Além disso, 37.3% ($N=28$) revelaram que já tinham tentado um comportamento suicidário, e destes 14.7% ($N=11$), tinham tentado há menos de 2 anos. Intoxicação medicamentosa foi o método mais utilizado (18.7%).

Análise Correlacional

Verificou-se a existência de uma correlação significativa entre a dimensão da depressão e ideação suicida na amostra final ($r_s = .71$, $p < .001$). O que significa que associado a um aumento do valor da depressão, estava também associado um aumento da ideação suicida.

Estudando a relação entre a depressão e qualidade de vida percebida pelos idosos, encontrou-se uma correlação bastante significativa ($r_s = .50$, $p < .001$). Isto significa que associado a um aumento do valor da depressão havia um aumento do valor da pontuação de qualidade de vida, significando baixa qualidade de vida.

Obteve-se uma correlação positiva significativa entre a dimensão da ideação suicida com a qualidade de vida percebida pelos idosos ($r_s = .40$, $p < .001$). Isto significa que associada a um valor alto de ideação suicida existia uma percepção de baixa qualidade de vida, ou vice-versa.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Tal como se verifica na generalidade dos estudos, a população idosa em Portugal tem uma percentagem superior de mulheres^{4,35}. No que respeita à amostra final do presente estudo, mais de dois terços (78.7%) foram do sexo feminino. Isto implica naturalmente limitações nas inferências e generalizações dos resultados finais.

A maioria dos participantes neste estudo consistia em idosos casados e com baixas habilitações literárias (apenas instrução primária).

Relativamente à questão mais subjectiva abordada neste estudo, a qualidade de vida percebida pelos idosos, salientam-se os resultados correspondentes a uma baixa percepção da sua qualidade de vida. Neste índice engloba-se a avaliação do estado de saúde, solidão e habitação. Pode-se assim perceber que estes níveis estavam bastante fragilizados.

Assim também não será de estranhar que os valores encontrados para a depressão tenham sido elevados, apresentando a maioria dos idosos níveis de depressão grave. Como se verificou

noutros estudos a depressão assume uma importância relevante neste sector etário, sendo referida como o grande motivo de sofrimento psicológico, aparecendo como a perturbação psiquiátrica mais comum nesta população^{12,13,14}. Além disso, esta frequentemente associada a perda de autonomia, como resultado de incapacidade, e de agravamento dos quadros patológicos pré-existent¹⁵.

Relativamente à ideação suicida, verificou-se que 40% dos idosos estavam acima dos valores médios considerados de risco. Além disso, os idosos revelavam cognições recentes e frequentes sobre morte, desespero, tristeza, inutilidade e sofrimento. Também é de salientar, o número de idosos que referiu ter tido uma tentativa de suicídio (37.3%) recente.

Os estados depressivos são muito frequentes na velhice e podem levar ao suicídio, cuja frequência é maior nas pessoas com mais de 65 anos de idade^{14,16,17}.

Ao perceber que um aspecto que influencia o risco de suicídio é ter pensamentos e cognições de autodestruição, isto é, apresentar ideação suicida, como refere Ferreira e Castela (1999)¹⁸, então faz sentido a sua identificação precoce, levando a melhores resultados ao nível do encaminhamento e posterior intervenção.

A consolidação da relação entre estas variáveis, nomeadamente entre a patologia depressiva associada e/ou ideação suicida, pode vir a mostrar-se importante, não apenas numa perspectiva preventiva em geral, como em particular, na melhoria da prestação de cuidados de saúde mental.

O suicídio é frequentemente relacionado com as perturbações do humor depressivo, e, estas constituem as patologias tratáveis mais comuns entre as pessoas idosas que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde. Logo, muitas mortes por suicídio podem ser, potencialmente, evitadas se o sistema de saúde desenvolver com eficácia a sua acção preventiva. A redução das taxas de suicídio é um objectivo importante na agenda de qualquer plano nacional de saúde e particularmente relevante quando direccionado para a população idosa.

Quadros

Quadro 1- Distribuição da amostra relativamente às faixas etárias

Faixas etárias	<i>N</i>	<i>%</i>
65 a 74 anos	49	65.3
75 a 84 anos	22	29.3
Mais de 85 anos	4	5.3
Total	75	100

Quadro 2 - Distribuição da amostra relativamente aos níveis de escolaridade

Nível de escolaridade	<i>N</i>	<i>%</i>
Analfabetos	13	17.3
Instrução primária incompleta	6	8
Instrução primária completa	36	48
2º Ciclo	4	5.3
3º Ciclo	10	13.3
Ensino secundário	6	8
Total	75	100

Quadro 3 - Distribuição da amostra relativamente ao estado civil

Estado Civil	<i>N</i>	<i>%</i>
Solteiro	3	4.0
Casado/União de facto	47	62.7
Divorciado/Separado	3	4.0
Viúvo	22	29.3
Total	75	100

Quadro 4 - Distribuição da amostra relativamente ao índice da qualidade de vida percebida

Saúde	<i>N</i>
Excelente	0
Muito boa	1
Boa	4
Razoável	39
Fraca	31
Sente-se sozinho	
Nunca	3
Raramente	14
Algumas vezes	26
Frequentemente	27
Sempre	5
Habitação	
Excelente	3
Muito boa	19
Boa	36
Razoável	16
Fraca	1

Quadro 5 - Distribuição da amostra relativamente ao índice de depressão geriátrica

Depressão	<i>N</i>	<i>%</i>
Ausência de depressão	5	6.7
Depressão ligeira	20	26.7
Depressão grave	50	66.7

Quadro 6 - Média e amplitudes de resposta ao Questionário de Ideação Suicida

Dimensões	Média (dp)	Amplitude das respostas	Amplitude de resposta
		obtidas (min-max)	possível (min-max)
Ideação Suicida	41.96 (36.38)	0 – 129	0-180

Quadro 7 - Antecedentes de suicídio na família e na comunidade

Antecedente de suicídio na família		Antecedente de suicídio na comunidade	
Sim	Não	Sim	Não
12	63	13	62

BIBLIOGRAFIA

1. Fernandes, L., Pereira, M., Leuschner, A., Martins, S., Sobral, M., Azevedo, L., et al. (2009). Validation Study of the Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE) in Portugal. *International Psychogeriatrics*, 121 (1), 94-102.
2. Institute for Family Policies. (2009). *Report on the family in Europe 2009*. Geneva.
3. Gonçalves, C. & Carrilho, M. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos Nº. 40*. (pp.21-38). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
4. Instituto Nacional de Estatística. (2002). População e Envelhecimento. *Mulheres e homens em Portugal nos anos 90*. (pp.13-24). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
5. Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-52.
6. Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D., (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-71.
7. Faria, L., & Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento: actividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. In A., Fonseca. *Revista de Psiquiatria: Faculdade de Medicina do Porto, III (XXIV)*, 51-69.
8. União Europeia (2008). Conferência Europeia de Alto Nível - “Juntos pela Saúde Mental e Bem-Estar”: Pacto Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar (versão portuguesa).
9. Ministério da Saúde. (2008). Saúde Mental em Portugal. *Boletim Informativo Nº. 1*. Abril. Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
10. Vaz Serra, A. (2003). Prefácio. In A., Vaz Serra, (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão*. Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan.
11. Bento, A., Carreira, M., & Heitor, M. (2001). Censo Psiquiátrico de 2001. Síntese dos Resultados Preliminares. *Saúde em Números*, 16(1), 12. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

12. Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. In Vaz Serra, A. (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan.
13. Conwell, Y., Duberstein, P., & Caine, E. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52, 193-204.
14. Marques, L., & Ramalheira, C. (2006). Os idosos e o suicídio. In L. C. Pinto, A. Leuschner & J. Barreto (Eds), *Psicogeriatría*. (pp.233-244). Coimbra: Psiquiatria Clínica.
15. Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., & Caldas de Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18, 129-146.
16. Cohen, D., Llorente, M., & Eisdorfer, C. (1998). Homicide-suicide in older persons. *American Journal of Psychiatry*, 115(3): 390-396.
17. Saraiva, C. (2006) *Estudos sobre o para-suicídio: o que leva os jovens a espreitar a morte*. Coimbra: Redhorse.
18. Ferreira, J., & Castela, M. (1999). Questionário de Ideação Suicida (Q.I.S.). In M., Simões, M., Gonçalves & L., Almeida (Eds.). (1999). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. 2, 123-130. Braga: APPORT/SHO.
19. Taylor, A., Dal Grande, E., Gill, T., Fisher, L., & Goldney, R. (2007). Detecting determinants of suicidal ideation: South Australian surveillance system results. *International Journal of Public Health*, 52, 142-152.
20. Chamberlain, P., Goldney, R., Delfabbro, P., Gill, T., & Dal Grande, L. (2009). Suicidal Ideation. The Clinical Utility of the K10. *Crisis*, 30 (1), 39-42.
21. WHO: World Health Organization. (2009). *World Suicide Prevention Day 2009. Suicide prevention in different cultures*. Geneva.

22. Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., & Allebek, P. (2001). Life events and psychological factors, in elderly suicide – a case – control study. *Psychological Medicine*, 31, 1193-1202.
23. WHO: World Health Organization. (1999). *Figures and facts about suicide*. Geneva.
24. OMS: Organização Mundial de Saúde. 2000. *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais de Saúde em Atenção Primária*. Organização Mundial de Saúde. Genebra.
25. Campos, M., & Leite, S. (2002). O suicídio em Portugal nos anos 90. *Revista de Estudos Demográficos* N.º. 32. (pp. 81-106). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
26. Folstein, M., F., Folstein, S., E., & McHugh, P., R. (1975). Mini-mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
27. Guerreiro, M., Botelho, M., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do «Mini-Mental State Examination» (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 3 (1), 9-10.
28. Shulman K., Shedletsky R., & Silver I. (1986). The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 1, 135-140.
29. Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J., & Lantada, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer – Original. *Revista de Neurologia*, 28 (7), 648-655.
30. Guerreiro, M. (1998). *Contributos da Neuropsicologia para o estudo das demências*. Dissertação de doutoramento não publicada, Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
31. Sousa, L., & Figueiredo, D. (2000). Facilitar os cuidados aos idosos: uma escala de avaliação da qualidade de vida e bem-estar. *Psychologica*, 25, 19-24.
32. Yesavage J., Brink T., Lum O., Huang V., Adey M., & Leirer O. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17, 37-49.

33. Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2008). Escala de Depressão Geriátrica. In A., Mendonça & M., Guerreiro. *Escalas e Testes na Demência*. (pp. 58-59). (2ª Edição). Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência.
34. Reynolds W. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. Odessa, Fla: Psychological Assessment Resources.
35. Carrilho, M. & Patrício, L. (2009). A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, N.º. 46. (pp. 59-98). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.