



ISPA | Instituto Superior de Psicologia Aplicada

**Coisas da Idade?
Um olhar sobre o Para-Suicídio e a Depressão
na Terceira Idade**

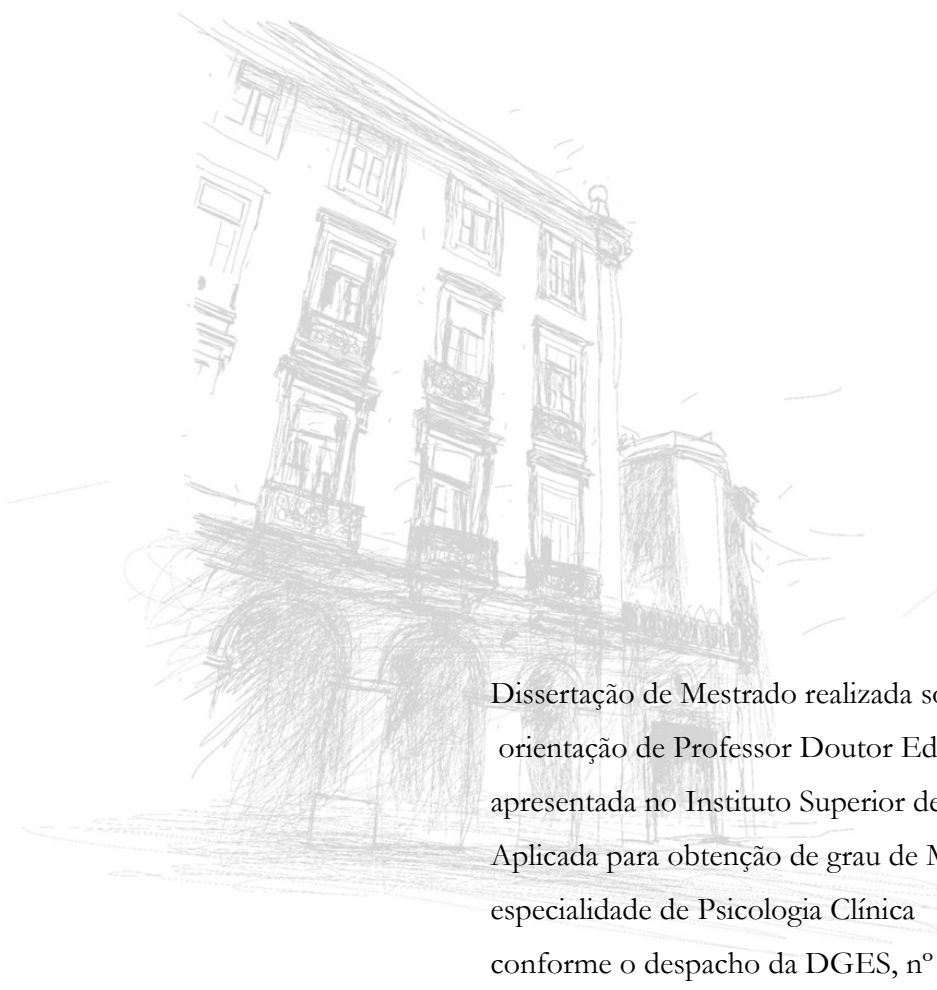
Margarida Correia Chagas Ricardo Marques

**Orientador de Dissertação:
Professor Doutor Eduardo Sá**

**Coordenador de Seminário de Dissertação:
Professor Doutor Eduardo Sá**

**Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Psicologia Clínica**

2009



Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professor Doutor Eduardo Sá, apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica conforme o despacho da DGES, nº 19673 / 2006 publicado em Diário da Republica 2ª série de 26 de Setembro, 2006.

Agradecimentos

Começo por agradecer a M. e família, que tornaram possível este trabalho, e que de forma tão prestável e interessada colaboraram neste estudo.

Um agradecimento muito especial ao Professor Eduardo Sá pelo apoio, disponibilidade, paciência e conselhos preciosos que comigo partilhou.

Aos membros do júri que, amavelmente, se disponibilizaram para ler este meu trabalho e estar presentes, o meu agradecimento.

Agradeço muito aos meus amigos pela força, pelas gargalhadas e por todos os momentos em que mesmo sem saberem, me ajudaram a ultrapassar as dificuldades e a seguir em frente.

Um enorme e especial agradecimento aos meus pais, irmãos e ao Quim, que estiveram e estão presentes em todos os momentos, encorajando-me e mostrando-se sempre disponíveis, compreensivos e atentos. Obrigada por estarem sempre aí!

E finalmente, o meu maior e mais sentido agradecimento é para os meus avós, que me ajudaram a crescer, que acreditaram em mim e me apoiaram independentemente das circunstâncias. Este trabalho é para vocês!

Muito Obrigada!

When I'm Sixty-Four

When I get older losing my hair,
Many years from now,
Will you still be sending me a valentine
Birthday greetings bottle of wine?

If I'd been out till quarter to three
Would you lock the door,
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four?

You'll be older too,
And if you say the word,
I could stay with you.

I could be handy mending a fuse
When your lights have gone.
You can knit a sweater by the fireside
Sunday mornings go for a ride.

Doing the garden, digging the weeds,
Who could ask for more?
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four?

Every summer we can rent a cottage
In the Isle of Wight, if it's not too dear
We shall scrimp and save
Grandchildren on your knee
Vera, Chuck, and Dave.

Send me a postcard, drop me a line,
Stating point of view.
Indicate precisely what you mean to say
Yours sincerely, Wasting Away.

Give me your answer, fill in a form
Mine for evermore
Will you still need me, will you still feed me,
When I'm sixty-four?

(J. Lennon & P. McCartney, 1967)

Índice

Introdução.....	9
Enquadramento teórico.....	11
1. Envelhecimento.....	11
1.1. O Idoso e a Solidão.....	17
2. A Depressão.....	21
2.1 Definições	22
2.2. Modelos Explicativos da Depressão	27
2.2.1. Perspectiva Psicodinâmica.....	27
2.3. A Depressão na 3ª Idade.....	34
3. O Para-Suicídio.....	42
3.1. Definições.....	45
3.2. Modelos Psicológicos do Suicídio.....	47
3.2.1. Modelo Psicodinâmico.....	48
3.2.2. Modelo Cognitivo.....	51
3.2.3. Perspectiva Existencial... ..	54
3.3 Epidemiologia.....	55
3.3.1. Factores sociodemográficos.....	57
3.4. Motivações e Precipitantes.....	59
3.4.1. Métodos.....	60
3.5. Terapêutica e Prevenção.....	61
Delineamento do Estudo e Método.....	64
1. Pertinência do Estudo de Caso.....	64
2. Os Métodos Projectivos	68
2.1. O Rorschach.....	69
3. A escala de depressão geriátrica de Yesavage.....	71
4. A entrevista clínica de investigação.....	71
5. Procedimento.....	78

Resultados	80
1. História de M.....	80
1.1. Análise e discussão dos dados recolhidos.....	89
2. Análise do Rorschach.....	95
3. Resultado da Escala Geriátrica de Yesavage.....	96
Discussão	96
Limitações do Estudo	99
Conclusões	100
Referências bibliográficas	102
Anexos	113
Anexo A: Consentimento Informado.....	114
Anexo B: Protocolo de Rorschach de M.....	116
Anexo C: Escala de Depressão Geriátrica.....	122

Resumo

O para-suicídio é um acto ou comportamento de risco, não fatal, que parte da livre vontade de um determinado indivíduo, embora ele não tenha uma clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo.

Este é um comportamento normalmente associado à adolescência, mas se considerarmos que cada período do desenvolvimento tem um contributo crucial para a capacidade de ter uma vida adulta normal e se existirem problemas ao longo do percurso, eles podem actuar como barreiras graves ao desenvolvimento e podem afectar o modo como a pessoa progride psicológica e socialmente, então poderá ser o para-suicídio na terceira idade uma realidade?

O presente estudo tem como objectivo compreender quais as dimensões da vida de uma idosa de 67 anos que contribuíram para a levar ao para-suicídio, sendo que este surge também influenciado pela depressão.

A metodologia escolhida é o estudo de caso e os instrumentos utilizados são a entrevista clínica de investigação, o Teste de Rorschach e a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

Pretende-se conhecer quais as vivências desta idosa e da sua família que estão na base do para-suicídio e que implicações dele resultam.

Palavras-Chave: Terceira Idade; Para-suicídio; Depressão.

Abstract

Para-suicide is an act or risk behavior that is not fatal, but results from the free-will of a certain individual, who does not intend to die, but risks harming him or herself.

This behavior is generally associated with adolescence, but what if we consider each development period as a vital contribution to lead a normal adult life, and if problems should arise throughout one's course, these may act as serious obstacles in ones development, and may affect the way a person develops both psychologically and socially. Bearing in mind these aspects, can we then speak of para-suicide within elderly?

The study here developed aims at understanding to what extent the occurrences in the life of a 67 year old elderly woman have contributed to her para-suicide attempt, also considering that it is influenced by her diagnosed depression.

In terms of methodology we have undertaken a case study, and as for the instruments used, we have a clinical research interview, the Rorschach Test and the Yesavage's Geriatric Depression Scale.

Our objective is to understand this elderly woman's experiences, as well as her family's, which are at the base of her para-suicide attempt, and what are the implications resulting from it.

Key-words: Elderly; Para-suicide; Depression.

A sociedade atribui-nos, ao longo da vida, diversas idades como o são a idade cronológica, a idade para andar, para ir à escola, para tirar a carta de condução, a idade da reforma. Temos ainda a idade que os outros vêm em nós. Contudo, aos 65 anos, inscritos no Bilhete de Identidade, as pessoas passam a ser consideradas idosas.

O envelhecimento progressivo da população portuguesa – sendo já Portugal o sétimo país mais envelhecido do mundo, sem ser aquele onde a esperança de vida é maior - comporta inevitavelmente uma série de implicações cuja extensão e intensidade vamos apreendendo aos poucos.

No entanto, o nível económico ou cultural, o estado civil, as relações familiares e o lugar onde habitam os idosos, subdividem este grupo, aparentemente homogéneo, num número indeterminado de subgrupos com necessidades diversas.

Essas necessidades advêm do facto da terceira idade poder ser considerada como um período de características próprias, diferenciadas das outras etapas do ciclo de vida, já que se observam diversas mudanças, de entre elas a maior probabilidade de défices cognitivos, biológicos e sociais. Tais características acabam por propiciar, em diversos casos, o desencadeamento de transtornos mentais, incluindo depressões, bem como ideação, tentativa e suicídio (Merlin *et al*, 2004).

Neste trabalho decidi debruçar-me sobre um desses fenómenos: é cada vez mais crescente o número de idosos que tenta pôr fim à vida em Portugal, logo torna-se pertinente entender o porquê deste fenómeno, para que haja divulgação deste tipo de problemática, até como meio de prevenção e intervenção, tão importante e tão pouco explorada e para isso estudei o caso de uma idosa que tentou o suicídio e procurei entender os factores e as razões que a levaram por esse caminho.

Este trabalho funciona assim como uma exploração da diversidade de opiniões e situações possíveis acerca deste tema, uma vez que cada caso é um caso, e cada um nos transporta para um novo cenário, sujeito a interpretações diversas, o que leva ao surgimento de novos elementos. O investigador tem de ter, assim, uma capacidade de adaptação que lhe permita contextualizar a informação recebida e tirar dela o melhor partido.

Sendo assim, na primeira parte deste estudo apresento uma revisão teórica e bibliográfica sobre aspectos fundamentais do envelhecimento, abordando as suas fases e problemáticas levantadas ao longo desse processo, com grande destaque para duas delas, ainda pouco estudadas nesta faixa etária: a depressão e o para-suicídio.

Numa outra parte do estudo apresento os dados referentes à metodologia escolhida e objectivos que se pretendem alcançar. Termino este trabalho com o estudo do caso de M. e respectiva discussão e conclusões.

Enquadramento Teórico

1. O Envelhecimento

“Life can only be understood looking backward,

but it must be lived forward”

(The Curious Case of Benjamin Button, 2008)

Actualmente, e na nossa sociedade, não é particularmente fácil estabelecer os limites em que começa e acaba a terceira idade, pois se a idade da reforma (65 anos) era um marco, artificial, mas seguro, do início da velhice, hoje as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por razões que não se prendem com a idade (desemprego, incapacidade, reforma antecipada), tornando difícil definir quem é e quem não é idoso (Pimentel, 2005).

Esta autora afirma que a delimitação do período em que considera o ser humano como idoso é difícil de concretizar, uma vez que o envelhecimento é um fenómeno que ocorre a vários níveis e varia de pessoa para pessoa.

Devido a esta dificuldade, há já autores que defendem que a expressão “terceira idade” se torna inadequada para classificar um grupo tão extenso, tão diversificado e tão heterogéneo: *“Admite-se que à luz das mudanças no significado de velhice e na postura cada vez mais activa dos membros mais velhos aos diferentes níveis (local, nacional, europeu), se tenha tornado inadequado a terminologia habitualmente utilizada para os descrever (velho, idoso, reformado). É esta uma das razões para a distinção, hoje corrente, entre terceira idade (50-74 anos) e quarta idade (75 e mais anos), uma distinção ainda baseada na idade e que poderá não corresponder, em muitos casos, à realidade funcional”* (Costa, 1993).

De facto, é extremamente difícil definir os idosos como um grupo com características específicas e comuns que os distingam de outros grupos. A idade cronológica surge, aparentemente, como um marco e uma forma relativamente precisa de identificar esse grupo. No entanto, mentalmente e socialmente, podem ser tão distintos entre indivíduos, que qualquer classificação se torna arbitrária, pois dificilmente encontra critérios homogéneos que a fundamentem.

O envelhecimento da população é um fenómeno observado em todos os países. Os progressos médicos e a melhoria das condições de vida são tais, desde a Segunda Guerra Mundial, que o número de pessoas com mais de sessenta anos aumenta de ano para ano. (Fontaine, 2000).

A convergência das descobertas farmacológicas, o melhoramento das condições de vida e a elevação do nível cultural provocaram uma verdadeira explosão do número de pessoas idosas com bom funcionamento, boa saúde e felizes por viverem (Fontaine, 2000).

A tendência para o crescimento da população idosa é um dos traços mais salientes da sociedade portuguesa actual. Habitado durante décadas a viver com uma imagem de si mesmo, sob o ponto de vista demográfico, alicerçada em elevadas taxas quer de natalidade, quer de mortalidade, Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum à generalidade dos países europeus, só agora começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com um aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país (Paúl e Fonseca, 2005).

Binet e Bourliere, citados por Gonçalves (1990, p. 30), referem 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*”.

O envelhecimento inicia-se imediatamente após a fecundação, visto que muitas células envelhecem, morrem e são substituídas antes mesmo de nascer. Estudiosos do tema têm constatado que envelhecer é um acontecimento natural que compõe o desenvolvimento normal e integral de qualquer pessoa, sendo produto de um processo dinâmico de uma vida na qual o indivíduo se modifica incessantemente. Assim, é um processo biológico universal, pelo qual o ser humano é necessariamente levado à velhice (Alburquerque, 1994; Fraiman, 1995; Santos, 1994). Aliás, para a Biologia, o envelhecimento é um fenómeno natural, universal e necessário. No entanto, não se pode reduzir o processo através do qual a pessoa envelhece à sua vertente biológica, como um facto programado de forma rígida e uniforme para todos os indivíduos.

O envelhecimento não é uma doença: vive-se, logo envelhece-se. É, no entanto, um processo complexo e universal, sendo comum a todos os seres vivos, nomeadamente ao homem. Importa referir que o envelhecimento pode ser considerado um processo contínuo, podendo no entanto observar-se uma evolução mais rápida ou, pelo menos, mais notória nas últimas fases da vida do homem (Fernandes, 2002).

Ligado ao conceito de envelhecimento, encontramos o conceito de idade que, segundo Levet-Gautrat (1985), pode ser utilizado em vários sentidos:

- A idade cronológica, que se refere ao tempo que decorre entre o nascimento e o momento presente, e que nos dá indicações sobre o período histórico que o indivíduo viveu, mas

não fornece indicações precisas sobre o estado de evolução do mesmo; ou seja, a idade cronológica diz muito pouco sobre cada indivíduo e não é suficiente para o definir;

- A idade jurídica, que corresponde à necessidade social de estabelecer normas de conduta e de determinar qual a idade em que o sujeito assume certos direitos e deveres perante a sociedade, mas que não corresponde a uma realidade biopsíquica;

- A idade física e biológica, que tem em conta o ritmo a que cada indivíduo envelhece. Os diferentes órgãos e funções vitais não envelhecem todos ao mesmo ritmo, daí que as diferenças intra-individuais sejam tão importantes como as interindividuais. Tem de haver prudência quando se atribui uma doença ou deficiência à idade, pois, muitas vezes, os problemas advêm do ambiente e das condições sociais, económicas e culturais e não são inerentes à idade, tal como aqui é definida;

- A idade psico-afectiva, que reflecte a personalidade e as emoções de uma pessoa e que não tem, à partida, limites em função da idade cronológica. Um grande número de pessoas idosas não se sentem velhas e não se reconhecem como tal, são os outros que reflectem a imagem da sua velhice a partir da sua aparência. Um dos dramas do envelhecimento é o desacordo que existe entre o que sentimos e a imagem que de nós é construída;

- A idade social, que corresponde à sucessão de papéis que a sociedade atribui ao sujeito e que são correspondentes às condições socioeconómicas.

É de sublinhar que, apesar do envelhecimento ser acompanhado por alterações a diferentes níveis, qualquer dos défices físicos, psicológicos e sociais podem ser atenuados ou incrementados pelo contexto em que o idoso se inscreve.

Então, muito embora se observe a existência de factores limitantes relacionados com a idade, eles não afectam senão modestamente a capacidade de reestruturação e manutenção da saúde intelectual e mental da pessoa idosa que se socorre de estratégias apropriadas. Tais capacidades não dependem tanto da idade que o indivíduo tem, quanto do contexto sócio cultural em que se insere.

Assim sendo, as diferentes formas de estar e sentir só são compreensíveis na perspectiva do curso de vida e da consequente relação do idoso com o seu cenário actual.

O envelhecimento não ocorre de forma estanque em todos os indivíduos: Enquanto uns tendem a apresentar padrões habituais de envelhecimento que reflectem alterações típicas da idade, outros tendem a alcançar um elevado nível de funcionamento nos domínios físico, psicológico e social, em que apenas alguns sinais típicos da mudança ocorrem.

Assim, se o processo de envelhecimento é normal e universal as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se a um ritmo diferente de pessoa para pessoa dependendo de uma multiplicidade de factores internos e externos (Schroets & Birren, 1980, cit. por Sequeira e Silva, 2002).

Segundo Paúl (1997) estas diferenças podem explicar-se à luz da combinação de factores genéticos, pessoais e ambientais. Apesar de errada, há uma tendência para pensar o envelhecimento como universal, devendo-se talvez ao facto desta se inscrever no ciclo biológico natural de todo o ser humano: nascimento, crescimento e morte.

Por outro lado, há vários autores que falam de *velhice*, embora este conceito não seja unânime. Schroets & Birren (1980, cit. por Sequeira e Silva, 2002) dizem-nos que é um processo inelutável caracterizado por um complexo conjunto de factores fisiológicos, psicológicos e sociais específicos de cada indivíduo. Embora mais recentemente Fontaine (2000), defenda que o envelhecimento não é sinónimo de velhice. Este último é o estado que caracteriza um grupo de determinada idade, o das pessoas com mais de sessenta anos.

No entanto, é complicado falar da velhice dentro de um quadro geral, uma vez que ninguém envelhece de uma maneira ou ao mesmo ritmo (Paúl, 1997).

A velhice constitui um período de grandes mudanças nos planos biológico, psicológico e social, bem como no plano das relações pessoa-mundo. Estas mudanças exigem ao idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida. Pela profunda alteração a diferentes níveis, e pelo esforço que a personalidade terá de fazer para se adaptar, trata-se de um momento de risco para o equilíbrio e Bem Estar psicológicos da pessoa idosa (Pinheiro & Lebres, 1998, cit. por Sequeira e Silva, 2002).

Falando-se em geral acerca da velhice e das pessoas idosas subentende-se frequentemente que o significado exacto da palavra *idoso* – ou *velho* – é explícito para todos, o que de modo nenhum corresponde à verdade. Ainda que muitos considerem a “passagem à reforma” como a porta de entrada para a velhice, sabemos bem que a idade da reforma é diversa consoante as ocupações, os países, os sistemas sociais e as épocas históricas. Os 65 anos também há muito que

deixaram de ser um indicador rigoroso para sinalizar o início da velhice, optando-se actualmente por considerar a existência de múltiplas idades possíveis de transição idade adulta-velhice ou, de forma mais correcta ainda, a existência de processos de envelhecimento individuais e diferenciados de pessoa para pessoa, em linha com as trajectórias desenvolvimentais a que cada um esteve sujeito ao longo da sua vida. Não sendo fácil, ou até mesmo possível, assinalar uma idade ou um acontecimento que sejam sinónimos absolutos de entrada na velhice, as mais recentes transformações sociais têm tornado ainda mais difícil a tarefa de concretizar adequadamente o que é envelhecer e quais são os factos e acontecimentos que protagonizam o envelhecimento (Oberg, Narvanen, Nasman e Olsson, 2004).

Por outro lado, o período da velhice é cada vez mais prolongado, o que põe em causa o papel passivo que a sociedade tem atribuído a estes indivíduos. O papel do idoso na sociedade tem de ser repensado, pois não é concebível que as pessoas encarem cerca de um quarto da sua vida como um vazio de perspectivas (Pimentel, 2005).

No entanto, ser idoso, só por si, não deveria ser um facto negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem, não perdem necessariamente as suas capacidades, e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação. O idoso experiente tem, no entanto, alguma dificuldade em adaptar-se aos novos contextos. Ele enfrenta normalmente um conflito entre a estabilidade e o dinamismo, pois para manter o seu equilíbrio pessoal precisa de uma certa continuidade no seu meio ambiente. No entanto, a dinâmica da sociedade obriga-o a mudar continuamente. Face à necessidade de adaptação, a atitude mais perigosa é manter uma postura rígida, defendendo a estabilidade a todo o custo como mecanismo de segurança. Encontrar a forma adequada de adaptação à mudança social nas suas continuidades e descontinuidades parece ser o único caminho viável para uma adequada reapreciação das qualidades e do potencial dos idosos nas sociedades contemporâneas (Pimentel, 2005).

De acordo com a mesma autora, é importante para o idoso manter o seu equilíbrio emocional e psíquico, para o que terá de se manter activo, ter objectivos e continuar a aprender e a crescer interiormente. Após a reforma, é difícil reorganizar o dia-a-dia, o tempo livre, a ausência de horários e de responsabilidades laborais. Também a vida conjugal tem de se readaptar a um novo convívio, pois a saída dos filhos de casa, por um lado, e o abandono da actividade profissional por outro, traduzem-se num significativo aumento do tempo a partilhar.

O processo de adaptação do idoso aos novos condicionalismos (nomeadamente a reforma, a viuvez, o maior distanciamento dos filhos, etc.), pode ser difícil, e a consciencialização

ao longo dos anos para esses acontecimentos e para a preparação da sua ocorrência pode ser uma boa forma de prevenir reacções menos positivas por parte do idoso.

Paúl e Fonseca (2005), sintetizam quatro ideias acerca desta temática:

- O processo de envelhecimento e a velhice constituem uma experiência e uma fase que devem ser consideradas como parte integrante do ciclo de vida;

- Aos indivíduos mais velhos aplica-se igualmente o princípio da heterogeneidade, ou seja, as pessoas idosas são tão ou mais variadas entre si do que os jovens ou os adultos;

- Expressões como envelhecimento, velho, idoso, velhice, etc., são expressões relativas em termos de significado, o qual está fortemente dependente do contexto social e histórico em que são produzidas;

- A investigação relativa aos processos de envelhecimento deve optar por procedimentos através dos quais as ideias, percepções e vidas reais das pessoas idosas sejam efectivamente tidas em consideração.

Evidencia-se, assim, quão difícil é sustentar uma uniformidade no processo de envelhecimento, como se se chegasse a um estágio do ciclo vital em que se esbatem as diferenças individuais.

É falso pensar nos idosos como num grupo homogéneo de indivíduos caracterizado por uma diminuição das capacidades vitais, bem como dos recursos sociais e económicos.

Muitas são as formas de se ser velho, importando perceber que existem idosos e idosos e que, qualquer um deles carrega consigo a sua história de vida, determinada tanto pelo seu património genético como pelo seu património psicossocial.

De facto, e tal como afirmam Lima e Viegas (1988, p. 149) «*Se a velhice é o destino biológico do homem, ela é vivida de forma muito variável consoante o contexto em que se inscreve*».

É uma etapa da vida que permanece pouco conhecida e estudada, se comparada a outras fases do desenvolvimento humano (Oliveira, Santos, Cruvinel e Néri, 2006).

Para fazer a ponte entre o idoso e a depressão, é importante referir a solidão, este é um fenómeno que hoje em dia aparece fortemente ligado aos idosos e é um dos aspectos mais citados pelos autores que estudam a terceira idade, uma vez que faz parte dos factores que mais contribuem para a depressão neste grupo:

“A velhice é uma viagem de dois rostos: um, o da solidão, infinitamente mais doloroso do que o outro, o da relação com os demais” (Olievenstein, 2000).

É paradoxal que na era das comunicações, dos media, o homem parece estar mais exposto que nunca à solidão (Ruiz, 2001).

Solidão é a inexistência generalizada de relações pessoais, sociais ou comunitárias satisfatórias, ou explicitando melhor, é um estado permanente de sofrimento emocional que emerge quando um individuo se sente deslocado, não compreendido ou rejeitado pelos outros e/ou quando não tem parceiros sociais adequados para actividades pretendidas, em particular actividades que proporcionem em sentimento de integração social e oportunidades de intimidade emocional (Carvalho, 2000).

A relação entre a manifestação objectiva de “estar só” e a manifestação subjectiva de “sentir-se só” é fundamental para a compreensão das questões do isolamento e da solidão. Está demonstrado que uma pessoa que está ou vive sozinha, pode ou não sentir-se só. De igual modo, uma pessoa que se sente só, pode estar só, viver só ou acompanhada. Obviamente, o sentimento de solidão é, de um modo geral, mais comum entre os indivíduos que vivem sozinhos (Seabra, 2006).

López Ibor, citado por Ruiz (2001), afirma que a solidão confronta o homem consigo mesmo, com as suas limitações pessoais, com as culpas do passado, com o presente que percebe como insuportável e com as incertezas do futuro. Assim a solidão implicaria carência do apoio afectivo e expressar-se-ia por um sentimento de temor diante o desconhecido e pelo que possa acontecer no futuro.

A solidão reforça de maneira considerável a vivência do Eu, projectando-a preferencialmente numa visão negativa da vida passada e de insegurança perante o futuro. Assim, a solidão vai instaurando um estado depressivo, com diferentes características em função de cada personalidade (Ruiz, 2001).

Segundo Angerami (1986) é na velhice que a solidão apresenta uma das suas facetas mais desesperantes. É comum, inclusive, a associação directa da solidão com a velhice. Existe toda uma propulsão social no sentido de considerar até mesmo como normal o sofrimento legado ao “velho” pela solidão.

A sociedade, por outro lado, preocupa-se com lucros e produção e, assim, promove uma amnésia social onde o homem é esquecido como homem, na medida em que passa a fazer parte de um contexto onde a idade é vista como limitadora, deturpadora, destruidora na continuidade das capacidades de crescimento do ser humano que tem muito a ensinar pois possui anos de vivência e experiência. O presente é explicado através da própria experiência vivida; o “velho”, no entanto, não é ouvido através das suas experiências. Ao contrário, essas experiências são desprezadas, muitas vezes, até mesmo pelos rótulos de senilidade. E se os velhos são considerados inúteis e desprovidos de vida própria, a realidade, por outro lado, configura o distanciamento da dignidade humana diante de actos tão desumanos.

De acordo com Angerami-Camon (1999), a solidão e o vazio existencial são inerentes ao homem contemporâneo, mas com a proximidade da velhice estes sentimentos tornam-se cada vez mais angustiantes. Na velhice ocorre o sentimento de abandono conivente ao abandono real que ocorre nas suas vidas. A velhice é revestida por um sentimento de angústia onde se perde o sentido de significação e aos poucos vê-se frente a um vazio existencial nunca preenchido pela essência do ser. Todo o seu trabalho, as suas lutas anteriores e até mesmo o seu sentido de significação estavam sedimentados na confiança e afecto dos seus semelhantes mais próximos. Esta perda de significação é condizente com a sua realidade: passa de uma situação de abandono perdendo os papéis que desempenhava dentro dum contexto sócio-familiar. E, na medida em que são abandonados pelo núcleo familiar, aos poucos também se abandonam desprezando contínua e fluentemente todos os contactos com o mundo exterior vivendo quase que exclusivamente de reminiscências e promessas de um tempo bom que se perdeu no ser e no espaço. A perda do sentido de vida é conflituosa e angustiante levando a um sentimento de culpabilidade quando se defronta com as imposições sociais que lhe são negadas independentemente das condições físicas, muitas vezes aptas para o desempenho de tais atribuições. Esta perda leva a outros objectivos existenciais diferentes daqueles concebidos noutros momentos da vida.

Muitas vezes na sequência da morte do cônjuge, os idosos afastam-se mais dos restantes familiares, para não sobrecarregarem, distanciando-se ainda mais em direcção à solidão, privando-se do convívio e dos recursos práticos até então disponíveis. Quando estão doentes, o medo de dependência e o medo de sobrecarregar a família são factores de risco suicida potencial. Mas

mesmo quando não há doença, mais cedo ou mais tarde, o resultado é uma dependência crescente dos cuidados alheios, um desaparecimento quase ostensivo do mundo social, com eventual acolhimento em instituições e lares de terceira idade onde, muitas vezes, perdem os últimos vestígios de privacidade. Ou então, são deslocados para novos contextos geográficos, por exemplo para casa dos filhos, por iniciativa destes, para uma terra longe, diferente, que não faz parte da sua história. Embora possa ter consequências positivas, esta deslocação corre o risco de sacrificar as relações residuais que ficaram na comunidade original, as rotinas e os recursos sociais do passado, a memória dos lugares e dos amigos. Ao mesmo tempo, comporta o risco de subordinar o idoso a normas e regras sociais que lhe são estranhas, que não fazem parte da sua história. Todo este percurso, nomeadamente as perdas relacionais que se multiplicam nas redes de apoio social, contribuem decisivamente para a deterioração cognitiva e emocional do idoso (Pearson & Conwell, 1996).

Apesar de ser inegável que o envelhecimento é um período de perdas, também não deixa de ser verdade que pouca atenção tem sido dada à consideração de medidas preventivas no sentido do controlo e da redução dessas perdas, acentuando não tanto os efeitos negativos da velhice, mas antes as características da pessoa que envelhece e que é, até ao fim, uma “pessoa em desenvolvimento” (Fonseca, 2005).

Weiss (1973, cit. por Seabra, 2006), refere que a dicotomia “isolamento social vs isolamento emocional” é importante para a compreensão da solidão. O *isolamento emocional* pode ser entendido como a ausência de uma figura de vinculação na vida do indivíduo, enquanto que o *isolamento social* pode ser considerado como a ausência de um lugar numa comunidade a que pertence. Pela análise destes conceitos verifica-se que um indivíduo pode estar social e emocionalmente isolado; ou nem social nem emocionalmente isolado. As pessoas que constituem o primeiro grupo são as que podem beneficiar tanto de programas de intervenção social, como de intervenções psicológicas e são aquelas que mais precisam de intervenção social imediata e de aconselhamento.

As Redes de Suporte Social são o conjunto de vínculos específicos existente num grupo restrito de pessoas, com a particularidade adicional de as características desses vínculos, como um todo, permitirem a interpretação do comportamento social das pessoas envolvidas. As pessoas incluídas na rede de um indivíduo, são aquelas com quem ele contacta mais regularmente como os parentes, os amigos, os colegas de trabalho ou os colaboradores. Dos modelos propostos para a compreensão da relação entre o suporte social e a solidão, o modelo proposto por Weiss é o que inclui os elementos mais importantes das conceptualizações do suporte social. Weiss designa

por provisões as funções sociais que podem ser obtidas através das relações sociais e afirma que, para evitar a solidão, são necessárias seis provisões:

- A *vinculação*, que é a afinidade emocional da qual resulta uma sensação de segurança;
- A *integração social*, que é o sentimento de pertença a um grupo que partilha interesses e atitudes semelhantes;
- O *reconhecimento exterior*, que é o reconhecimento da competência do indivíduo por parte dos outros;
- A *relação de confiança*, que é a garantia de poder contar com os outros para ajuda tangível;
- A *orientação*, que é a garantia de poder contar com os outros para aconselhamento e informação;
- A *oportunidade de cuidar dos outros*, que é a sensação que outros contam conosco para o seu bem-estar.

Segundo Carvalho (2000¹), a investigação documenta que o isolamento social e a solidão permanente apresentam riscos potenciais para perturbações emocionais e físicas entre múltiplas populações e situações. Contudo, também se verifica que os factores que exercem influência, seja o isolamento social, seja a solidão, não são específicos de nenhuma doença.

Matilde perde, dia a dia, cada vez mais, a acção do corpo; perde o apetite de viver; perdeno o gosto de se levantar da cama pela manhã; vão-se tornando cada vez mais difíceis as tarefas caseiras, vai perdendo o gosto de tudo. Mas pior que a perda da anterior imagem do corpo que, cada vez mais vai empalidecendo, murchando e mirrando, pior é, diz, a especular consciência da morte da relação de amor entre ela e António e António e ela. Morrem os projectos comuns, morre para eles o futuro; morre o prazer de estarem; morre o diálogo.

(Miguel de Unamuno, *O Espelho da Morte*, 1913)

A depressão enquanto manifestação de sintomas inter-relacionais a factores psíquicos, orgânicos, hereditários, sociais, económicos, religiosos, entre outros, tem vindo a apresentar-se na sociedade pós-moderna com um índice bastante elevado, ocasionando um sofrimento que interfere significativamente na diminuição da qualidade de vida, na produtividade e incapacitação social do indivíduo, atingindo desde crianças a idosos, rompendo fronteiras de idade, classe socioeconómica, cultura, raça e espaço geográfico (Coutinho *et al*, 2003).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, no ano 2020, a depressão seja a principal doença causadora de sofrimento nos países desenvolvidos. A depressão é uma das doenças psiquiátricas mais frequentes. Pensa-se que uma em cada quatro mulheres e um em cada dez homens, podem vir a ter crises depressivas durante a sua vida (Kaplan & Sadock, 2005).

Segundo um estudo epidemiológico de grande escala realizado nos EUA em 2003, o National Comorbidity Survey Replication, a probabilidade de um indivíduo vir a sofrer de depressão *major* durante a sua vida é de 16,2%. Quando avaliado em fase depressiva a severidade dos sintomas em mais de 50% dos indivíduos é grave ou muito grave, tendo sido constatado que 96,9% dos doentes apresenta perturbação funcional (social, profissional, ou familiar). Apesar disso os autores verificaram que só 21,6% destes indivíduos receberam o tratamento adequado (Kessler *et al*, 2003).

As perturbações depressivas são caracterizadas pelo seu curso recorrente, muitas vezes crónico. Prejudicam a qualidade de vida dos indivíduos afectados mais do que qualquer outra doença, e frequentemente, conduzem ao suicídio e para-suicídio. Mais de 15% dos doentes com depressão *major* cometem suicídio. Os presentes índices altos de suicídio são considerados como importantes indicadores do subdiagnóstico e subtratamento da depressão (EAAD, 2006). Estudos recentes (*apud* Solomon, 2002) apontam que de 2 a 4% dos deprimidos poderão cometer suicídio como consequência directa ou indirecta da depressão, e que 50% da população, em algum período da vida, poderá experimentar algum sintoma relacionado com estados depressivos.

O seu diagnóstico passa muitas vezes despercebido, quer por falta de reconhecimento da depressão como doença, quer porque os seus sintomas são atribuídos a outras causas (doenças físicas, *stress*, etc.) e sem tratamento, os sintomas podem permanecer por semanas, meses ou anos. Felizmente, com o tratamento apropriado, é possível ajudar a maioria das pessoas que sofre de depressão (NIMH, 2000).

2.1. Definições

Ao abordarmos a problemática da depressão coloca-se à partida, várias questões, das quais se evidenciam duas que se revelam fundamentais: a abrangência e consequente importância que a mesma assume, sobretudo nos nossos dias, e a grande ambiguidade que o termo, em si, encerra (Fernandes, 2002).

Segundo a mesma autora, esta indefinição terminológica, que não poderá ser considerada como sinónimo de confusão, resulta essencialmente da sua complexidade e da aplicação do conceito em sentido mais ou menos restrito ou mais ou menos amplo.

Também Coutinho (2001) nos diz que no quotidiano, constata-se que a palavra depressão é utilizada de forma genérica, abrangendo um grande número de doenças, principalmente as mentais, distorcida do seu significado real. No senso comum, designa desde alterações psicológicas e perturbações psiquiátricas graves a flutuações de humor ou de carácter.

Segundo Frasilho e Guerreiro (2009), uma perturbação depressiva é uma doença que envolve o corpo, o humor e os pensamentos. Afecta os instintos, a maneira como a pessoa come e dorme, a visão que tem de si e o modo de pensar sobre as coisas. Não é o mesmo que “estar em baixo”, não é um sinal de fraqueza pessoal, nem algo que se possa controlar. As pessoas com uma perturbação depressiva não conseguem simplesmente “recompôr-se” ou “animar-se”.

Para Camon (2001), a depressão emerge como resultante de uma inibição global da pessoa que afecta a função da mente, altera a maneira como a pessoa vê o mundo, sente a realidade, entende as coisas e manifesta as suas emoções. Desse modo, é considerada uma doença do organismo como um todo, que compromete o ser humano na sua totalidade, sem separação entre o psíquico, social e o físico. Ainda segundo este autor, o desespero em relação à vida, a angústia, o desejo de um fim, a morte como presença, o medo como aliado da existência, o abandono da auto-estima, o suicídio como proposta, expressam entre outros sinais a dor do deprimido.

Por outro lado, Solomon (2002) define a depressão como uma imperfeição no amor, assinala que, quando ela chega, de uma forma geral pode degradar o eu da pessoa e obnubilar toda a capacidade no acto de dar ou receber afecto. As pessoas variam quando enfrentam a depressão; umas são de facto corajosas e outras fracas e podem, inclusive, matar-se. Porém, se de alguma forma todos possuem uma certa capacidade para suportar certos níveis de depressão, também possuem a capacidade para suportá-la em muitas circunstâncias, tratar-se e continuar a sua vida de uma forma digna e que lhe proporcione prazer.

Segundo Frasilho e Guerreiro (2009), a palavra depressão tem diferentes *significados*:

Estado Afectivo

Os sentimentos de tristeza e alegria dão cor ao fundo afectivo da vida psíquica normal. A tristeza constitui-se na resposta humana universal às situações de perda, derrota, desapontamento e outras adversidades. Esta resposta tem valor adaptativo, do ponto de vista evolutivo, uma vez que, através do retraimento se poupam energia e recursos para o futuro. Por outro lado, constitui um sinal de alerta, para os demais, de que a pessoa está a precisar de companhia e ajuda. As reacções de luto, que se estabelecem em resposta à perda de pessoas queridas, caracterizam-se pelo sentimento de profunda tristeza, exacerbação da actividade nervosa vegetativa (suores, palpitações, etc.) e inquietude. A reacção de luto normal pode estender-se até um ou dois anos, devendo ser diferenciada dos quadros depressivos propriamente ditos. No luto normal a pessoa, usualmente, preserva certos interesses e reage positivamente ao ambiente quando devidamente estimulada. Os sentimentos de culpa no luto limitam-se a não ter feito todo o possível para auxiliar a pessoa que morreu, outras ideias de culpa estão geralmente ausentes.

Sintoma

Enquanto sintoma, a depressão pode surgir nos mais variados quadros clínicos, entre os quais: perturbação de pós-*stress* traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças sistémicas, etc. Pode ainda ocorrer como resposta a situações stressantes ou a circunstâncias sociais e económicas adversas.

Síndrome

Enquanto síndrome, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta de capacidade para sentir prazer, apatia), mas também uma gama de outros aspectos, incluindo alterações cognitivas (por exemplo, falta de concentração ou de memória),

psicomotoras (por exemplo, inibição) e vegetativas (por exemplo, alterações do sono ou do apetite).

Doença

Como doença, a depressão tem sido classificada de várias formas, dependendo do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adoptado. Entre os quadros mencionados na literatura actual encontram-se: perturbação depressiva *major*, perturbação depressiva recorrente, distímia, perturbação bipolar, etc.

De facto, segundo Barreto (1973), quando nos debruçamos sobre a depressão como quadro clínico estamos geralmente a referir-nos a um síndrome, ou seja, a um conjunto de sintomas e sinais, com uma génese comum e constituindo uma vertente importante do quadro clínico de diversas doenças, ou mesmo a uma doença da qual, em princípio, são conhecidos a etiologia, a patogenia, os sintomas, a evolução, o tratamento, as complicações e o prognóstico.

Em contrapartida e de certo modo num extremo oposto, a depressão é frequentemente identificada, numa perspectiva genérica, como a expressão apenas de um sintoma – a tristeza.

No entanto, a etiologia da depressão, a perturbação do afecto mais estudada, está longe de ser totalmente compreendida. Muitos casos de depressão ocorrem após determinados eventos stressores, no entanto nem todos os indivíduos ficam deprimidos nessas circunstâncias. A probabilidade de certa pessoa vir a sofrer de uma perturbação depressiva depende de uma complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Ou seja, depende da intensidade e duração do evento stressor, do substrato genético do indivíduo, das suas estratégias e reacções de *coping* e da rede de suporte social em que se insere (U.S. Public Health Service, 1999).

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a proeminência dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os doentes relatam essas sensações. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas actividades em geral e a redução do interesse pelo meio externo. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia. No diagnóstico da depressão levam-se em conta os sintomas psíquicos, os fisiológicos e evidências comportamentais (Del Porto, 1999; Gelder *et al.*, 2001; Kaplan & Sadock, 2005).

Sintomas psíquicos da depressão:

Humor depressivo

É a sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Os pacientes costumam aludir ao sentimento de que tudo lhes parece fútil, ou sem real importância. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir alegria ou prazer na vida. Tudo lhes parece vazio e sem graça, o mundo é visto “sem cores”, sem matizes de alegria. Em crianças e adolescentes, sobretudo, o humor pode ser irritável, ou “rabugento”, ao invés de triste. Certos pacientes mostram-se antes “apáticos”, referindo-se muitas vezes ao “sentimento da falta de sentimentos”. Constatam, por exemplo, já não se emocionarem com a chegada dos netos, ou com o sofrimento de um ente querido, e assim por diante. O deprimido, com frequência, julga-se um peso para os familiares e amigos, muitas vezes invoca a morte para aliviar os que assistem na doença. São frequentes e temíveis as ideias de suicídio. As motivações para o suicídio incluem distorções cognitivas (perceber quaisquer dificuldades como obstáculos definitivos e intransponíveis, tendência a superestimar as perdas sofridas) e ainda o intenso desejo de pôr fim a um estado emocional extremamente penoso e tido como interminável. Os pensamentos de suicídio variam desde o remoto desejo de estar simplesmente morto, até planos minuciosos de se matar (estabelecendo o modo, o momento e o lugar para o acto). Os pensamentos relativos à morte devem ser sistematicamente investigados, uma vez que essa conduta poderá prevenir actos suicidas, dando a possibilidade ao doente de expressar o que está a sentir, podendo-se abrir assim uma “via alternativa”.

Anedonia

Ou, por outras palavras, redução da capacidade de experimentar prazer na maior parte das actividades, antes consideradas como agradáveis. As pessoas deprimidas podem relatar que já não se interessam pelos seus passatempos favoritos. As actividades sociais são frequentemente negligenciadas, e tudo lhes parece ter o peso de terríveis “obrigações”.

Fadiga ou sensação de perda de energia

A pessoa pode relatar fadiga persistente, mesmo sem esforço físico, e as tarefas mais leves parecem exigir esforço substancial. O tempo de execução das tarefas habituais torna-se muito mais prolongado.

Diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões

Decisões antes quase automáticas parecem agora custar esforços desmedidos. Um paciente pode-se demorar infundavelmente para terminar um simples relatório devido à incapacidade em escolher as palavras adequadas. O curso do pensamento fica notavelmente lentificado e há um desinteresse generalizado.

Sintomas fisiológicos da depressão:

Alterações do sono

O mais frequente é a insónia, podendo ocorrer também hipersonolência. A insónia é, tipicamente, intermédia (acordar a meio da noite, com dificuldades em voltar a adormecer) ou terminal (acordar mais cedo que o habitual). Pode também ocorrer insónia inicial. Com menor frequência, mas não raramente, os indivíduos deprimidos queixam-se de sonolência excessiva.

Alterações do apetite

O mais comum é a perda do apetite, mas pode ocorrer também aumento do apetite. Muitas vezes a pessoa precisa de se esforçar para comer, ou ser ajudada por terceiros a alimentar-se.

Redução da libido

Outra das características habituais na depressão é a redução de interesse sexual.

Sintomas físicos

São muito comuns na perturbação depressiva, incluindo dores articulares, nos membros ou na coluna, problemas gastrointestinais, cefaleias, tonturas ou mesmo dor torácica. Segundo um estudo da Organização Mundial de Saúde, 69% dos doentes que se dirigem a um médico de cuidados primários apresentando critérios de depressão major, apenas se queixam destes sintomas físicos, contribuindo assim para o subdiagnóstico da depressão. Demonstrou-se também que a presença e a gravidade dos sintomas físicos piora o prognóstico da perturbação depressiva (Trivedi, 2004).

Evidências comportamentais da depressão:

Isolamento social

O isolamento social pode significar muitas coisas, desde a depressão, a fobia social, passando pela insegurança. Trata-se, no entanto, de um sintoma muito frequente de depressão, causado não só

pelo desinteresse generalizado, mas também por uma baixa auto-estima sentido “que ninguém se interessa por mim”.

Crises de choro

Embora não sejam uma evidência de depressão, são comuns e podem ser consideradas como uma forma de *coping* com a angústia.

Comportamentos suicidas

Mais de 90% dos suicídios ocorrem no contexto de doença psiquiátrica, dos quais as perturbações depressivas são as que mais contribuem.

Alterações psicomotoras

O mais frequente é a inibição psicomotora e lentificação generalizada, sendo, porém, possível observar-se em certos casos agitação psicomotora. Com frequência os pacientes referem uma sensação de peso nos membros.

2.2. Modelos Explicativos da Depressão

O desenvolvimento da doença e o modo como o processo mórbido evolui desde o seu início até ao aparecimento de uma lesão identificável ou dos seus principais sintomas e sinais constitui a patogénese ou a patogenia dessa doença (Fernandes, 2002). Existem vários modelos explicativos da depressão e embora nenhum destes modelos seja, por si só, capaz de explicar a problemática da depressão em toda a sua extensão e profundidade e a diversidade de fenómenos depressivos, sendo importante que os mesmos se complementem e enquadrem numa perspectiva global de estudo da depressão.

2.2.1. Perspectiva Psicodinâmica

A ideologia que suporta este modelo surgiu com Freud, criador da psicanálise e continuada pelos adeptos e/ou dissidentes. De um modo geral, as concepções psicodinâmicas sobre a patogénese da depressão apoiam-se nas inter-relações que os adeptos afirmam existir entre a constituição, instintos, desenvolvimento psicosexual e mecanismos psíquicos de defesa dos indivíduos (Fernandes, 2002).

A depressão, segundo a psicanálise, encontra-se associada aos portadores de constituição ambivalente. São pessoas que convivem com sentimentos contraditórios, como amor e o ódio, ou o querer e não querer. É o tipo de constituição que mais enseja a aquisição de patologias depressivas (Fernandes, 2002).

O sentimento de não se ser amado como se desejaria constitui o essencial da depressão. Surge a par com a organização da memória, que permite a criação da ausência (Santos, 2002).

Coelho (2004) traça o quadro clínico de uma depressão: o paciente está triste e em tensão desagradável. É intolerante em relação à sua situação clínica, o que aumenta o seu mal-estar psicológico. A sua auto-estima está abalada, a sua autoconfiança despedaçada. A lentidão da sua iniciativa, pensamento e acções motoras tornam-no incapaz de um esforço sustentado e com perseverança. O seu comportamento indica medos e sentimentos de culpa manifestos ou subjacentes. Encontra-se preocupado com as suas alegadas falhas, defeitos e sentimentos de desmerecimento, e ressentido profundamente por a vida não lhe ter proporcionado um mais agradável bem-estar. Normalmente, tem ideias e, por vezes, impulsos suicidas. Dorme mal, o apetite e o desejo sexual estão diminuídos ou desvanecidos. Desinteressa-se pelo trabalho e compromissos habituais, evitando relações afectivas ou competitivas. Por fim, perde a sua capacidade de fruir a vida. É arrastado para um mundo por si criado, da sua própria imaginação, um mundo mais dedicado à busca do sofrimento do que à felicidade.

Tais crises podem ser ocasionadas por uma grande perda, fracasso ou derrota; ou podem aparecer sem aparente factor desencadeante. A sua instalação pode ser súbita ou gradual, a sua duração de dias a semanas ou a muitos meses. A sua gravidade oscila do levemente neurótico ao totalmente psicótico.

Ainda segundo este autor, o episódio depressivo é um desesperado grito por amor, precipitado por uma perda real ou imaginada, que o paciente sente ameaçar a sua segurança emocional (e material). No caso mais simples, o(a) paciente perdeu a(o) sua(seu) amada(o). A reacção emocional a esta emergência desenvolve-se, sem o conhecimento do próprio paciente, como um processo expiatório de autopunição. Culpando-se e castigando-se pela perda que sofreu, ele agora deseja reconciliar-se com a mãe e reintegrar-se nos seus cuidados amorosos. A imagem-alvo de arrependimento do paciente é a segurança emocional e alimentar que ele, enquanto criança, desfrutava agarrado ao seio da sua mãe. O grito de amor mudo do paciente é padronizado no ruidoso e faminto grito por ajuda da criança. O processo expiatório é governado pelo princípio de emergência da reparação: no organismo, a dor do prazer perdido tende a

provocar actividade, cujo objectivo é a recuperação do prazer perdido. Contudo esta motivação dominante no paciente por arrependimento é complicada pela presença, simultânea, de um forte ressentimento. Quanto à sua culpabilidade, ele é humilde e anseia o arrependimento; quanto à sua raiva coerciva, é ressentido.

Na fase inicial do episódio depressivo, o paciente tende a desabafar o seu ressentimento na pessoa amada, aquela pela qual ele se sente desapontado ou abandonado. Ele quer forçar esta pessoa a amá-lo. Quando o paciente sente que a sua raiva recalçada está derrotada, a sua necessidade de arrependimento assume prioridade; a sua raiva, então, retrai-se e volta-se contra ele próprio, aumentando, pela sua veemência, a gravidade das suas auto-reprovações, auto-acusações e autopunições. Como tentativa extrema de arrependimento, o paciente pode então ser conduzido ao suicídio. Quando ele tenta pôr termo à sua vida, parece agir sob a forte ilusão de que este supremo sacrifício promoverá a reconciliação com a mãe e assegurará os seus cuidados para sempre (Rado, 1933, cit. por Coelho, 2004).

Coimbra de Matos (2001), comentando a dificuldade em elaborar uma teoria da depressão, afirma que esta resulta do facto de a pensarmos fundamentalmente em termos de doença e não de sintoma. Sendo a depressão sobretudo um afecto (um afecto disfórico, de desprazer e de sofrimento), afirma que a depressão constitui, juntamente com a ansiedade “(...) sinaliza ou traduz a perturbação que se avizinha – a ansiedade – ou, é já manifesta – a depressão – na relação objectal”.

Segundo Coimbra de Matos (2001), a Depressão “(...) é, na sua essência, a incapacidade de realizar a desidealização dos objectos, recuperando a idealidade para o investimento narcísico. A Depressão é, pois, no fundo, uma depressão narcísica: a pobreza do investimento libidinal do eu.” É uma tristeza cujo motivo se procura negar para manter incólume o narcisismo, a auto-imagem.

De acordo com este autor, a falta e a perda de afecto é normalmente a grande causa das depressões: *“A personalidade depressiva resulta de faltas de afecto na infância que se vão acumulando e multiplicando ao longo da vida, tendo como consequência uma maior susceptibilidade à depressão.”*

Coimbra de Matos (2001) identifica como importante factor etiológico da disposição depressiva o facto da criança não ter sido valorizada pela mãe. A conduta subsequente da mãe, ao facto da criança não corresponder ao seu ideal, é de uma exigência exacerbada fundamentando, segundo o autor, a organização de um Eu Ideal ou um Ideal do Eu precocemente organizado, sob os desígnios do materno.

Este autor, refere-se, assim a uma “pré-história de privação narcísica” (2001) na depressão, ou a um passado de frustração narcísica primária, que descreve como a história pré-edipiana da criança que não se sentiu amada (globalmente amada, amada como pessoa) na medida do seu desejo. Coimbra de Matos reconhece a componente narcísica como fundamental, mas julga ser um extremismo considerar que todas as depressões sejam depressões por inferioridade (Pasche, 1969), preferindo designá-las de anaclíticas, narcísicas ou melancólicas, consoante predominem os sentimentos de desamparo, de inferioridade ou de culpa.

De acordo com a perspectiva psicanalítica de autores como, Abraham, Freud, Klein e Balint, a reflexão sobre a depressão passa, necessariamente pelo estudo dos estádios mais precoces do desenvolvimento da criança, do tipo de relação de objecto que ela estabeleceu, da forma como atravessou diversas etapas da sua evolução, pelo estudo, no fundo, do que construiu dentro de si e que vai, de algum modo, determinar e influenciar a sua existência futura. Segundo Coimbra de Matos (2001), existem três aspectos essenciais que definem a estrutura da Depressão: A dependência oral-anaclítica, a insuficiência de compleição narcísica e a severidade do Supereu.

Dependência Oral-Anaclítica

Neste primeiro aspecto existe uma notável dependência do deprimido de um objecto, este com uma função protectora (objecto anaclítico, que apoia e protege) e provisora (objecto oral). Esta dependência que está presente na infância muitas vezes prolonga-se na adolescência, onde não dispensam de um objecto de apoio, alguém que cuide deles e os proteja. Nas personalidades depressivas mais graves (ex: melancolia) esta dependência relacional adquire um cariz simbiótico, já próximo da esfera psicótica. A relação com o objecto não é no sentido de criar/construir algo, mas sim no sentido de o objecto servir para suprimir as necessidades do sujeito, de ser cuidado e protegido, sempre com uma ansiedade depressiva de uma possível ameaça de abandono afectivo, de uma perda presencial do objecto e de um possível castigo ou humilhação.

Esta expectativa negativa nas relações impede a progressão genital, faz com que haja regressão e fixação pré-genital e inibe os comportamentos de autonomia (a falta de confiança no amor do objecto ou do objecto ou dos objectos impede a construção relacional adulta).

A Insuficiência de Compleição Narcísica

Está aqui presente uma deficiência narcísica, uma baixa auto-estima onde o depressivo tem um *self* real diminuído e uma auto-imagem desvalorizante.

No depressivo existe um narcisismo dependente, ou seja, uma auto-estima que se alimenta do olhar do outro que necessita de se transformar em narcisismo autárcico, auto governado em que a auto-imagem é reflectida no espelho interno. A auto-imagem está desinvestida (mantém-se através das relações valorizantes (ser amado pelos outros) e pelas experiências de sucesso).

A Severidade do Supereu

O Supereu depressivo é severo, implacável, nunca perdoa e castiga a mais insignificante transgressão. O objecto interno está convertido numa instância crítica que impede todo o desenvolvimento do Eu. O Supereu é precoce e maioritariamente de origem pré-edípiana (na depressão de tipo melancólico o Supereu é sobretudo de origem oral).

Este Supereu depressivo é muito nuclear. É de natureza predominantemente materna, ou seja, é construído na relação com o objecto primário. No entanto, de mão dada com este Super eu castigador está um Ideal do Eu extremamente exigente, que aponta para a perfeição absoluta, nunca atingível, mas que o sujeito julga alcançá-la.

A personalidade depressiva tem como principais traços:

1. Baixa auto-estima (não há depressão sem culpa e sobretudo sem inferioridade, porque a retirada do amor pelo objecto – a causa principal da depressão – é só por si desnarcisante. Por isso, o sintoma patognomónico da depressão é a baixa auto-estima);
2. Culpabilidade;
3. Supereu severo;
4. Vulnerabilidade à perda;
5. Tendência à apatia;
6. Idealização do passado.

Estes traços de personalidade são na maioria das vezes egossintónicos e correspondem, potencialmente, a uma depressão crónica, latente ou larvar.

A negação das partes más do objecto e a idealização das boas é o principal traço da relação depressiva – pois é o mecanismo que permite ao sujeito não perder *totalmente* o seu objecto, o que lhe acarretaria um aprofundamento insuportável da depressão.

É por esta última razão que definimos o objecto do depressivo como um objecto **semiperdido**:

- Perdido enquanto bom objecto – objecto satisfatório e suficientemente gratificante; o que o indivíduo reconheceu o objecto não ser (com efeito, o sujeito verificou que o objecto real não correspondia a objecto do desejo e da fantasia).

- Não perdido, já que o indivíduo o mantém à custa de um auto-engano, de uma ilusão: reforçando as suas qualidades e diminuindo os seus defeitos (perdê-lo totalmente seria demasiado doloroso, demasiado triste; os sentimentos de solidão, abandono e desamparo – aumentados – tornar-se-iam intoleráveis).

O depressivo é o objecto narcísico dos pais, ou seja, foi investido pelos pais da missão de os salvar da sua própria imperfeição, tendo de para isso conseguir, ser ele o perfeito (é a sua ilusão). Isto é, existe uma ausência de afecto incondicional, uma vez que este filho deve “satisfazer os planos” dos pais e estes não respeitam a sua personalidade. Assim, podemos dizer que o depressivo está prisioneiro do perfeccionismo.

Este esforço no sentido da perfeição leva a que o depressivo consuma imensa energia libidinal para recalcar a agressividade – do que resulta o declínio de toda a pulsão (sexual); é como se o investimento da realidade fosse afectado por um curto-circuito causado pelo investimento fundamentalmente inconsciente da proto-representação ou representação objectal, aprisionando-o e esvaziando-o. É a nostalgia do depressivo, esta “saudade” sem objecto – falta-lhe qualquer coisa mas ele não sabe o que é que lhe falta a maioria das vezes; ao contrário do que acontece na verdadeira saudade: investimento consciente do objecto real perdido.

Falando de depressão enquanto factor decorrente da ausência, Sami-Ali (1997) descreve duas modalidades de depressão. Na primeira o objecto define-se para o sujeito enquanto ausente-presente. Nesta, a relação com o objecto ausente, perdido, permanece investida aproximando a depressão da nostalgia.

Na segunda modalidade Sami-Ali define a relação com o objecto no sentido presente-ausente. Nesta, o autor refere uma perda que não implica o desaparecimento físico, mas a indisponibilidade do outro, remetendo para as situações precoces de depressão materna.

Condição prévia para a existência de depressão, para a consciência na perda ou da ausência é a constituição de uma relação de objecto em que existe uma relação de amor, conferindo ao objecto qualidades como dador de conforto, segurança, afecto (Santos, 2002).

Coimbra de Matos (2001) refere que o amor e o ódio dirigidos a um mesmo objecto, sendo esse o objecto privilegiado é a primeira experiência da “posição depressiva” de Melanie Klein, conduzindo ao primeiro afecto depressivo e à depressão primária. A percepção de um objecto que frustra despoleta ódio face a esse objecto, devido à insuficiência do seu amor.

À posição esquizo-paranóide e posição depressiva de Melanie Klein, Coimbra de Matos acrescenta a posição narcísica e a posição edipiana, correspondendo estas a diferentes relações de objecto. A posição narcísica é dominada por sentimentos de inferioridade e de vergonha. Segundo Coimbra de Matos é na vigência desta posição narcísica que se desenvolve a estrutura da depressão neurótica, enquanto a depressão psicótica ou melancólica se organiza sob o domínio da posição depressiva (Coimbra de Matos, 1991).

Na posição depressiva assiste-se à emergência de uma ansiedade de natureza narcísica, proveniente de uma crença em si enquanto destituído de capacidades face ao outro, o que equivale aos sentimentos de inferioridade experimentados pelo sujeito. Nesta alude-se às situações das patologias limite. Na depressão limite predomina a dependência excessiva face a um objecto devido a uma deficiência no desenvolvimento da autonomia do Eu.

O fio condutor da compreensão da patologia depressiva é a relação internalizada com o objecto frustrante; a finalidade terapêutica e a restauração do *self*, o que exige mudar o tipo de relação de objecto.

Coimbra de Matos (2001), diz-nos que para conseguir esse objectivo, é fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica desenvolvutiva e sanígena, progressivamente transferida para a realidade convivencial do paciente. A cura da depressão passa pela realização de um trabalho de luto que estava bloqueado por uma depressão mais sentida, pela consciencialização, aceitação e elaboração da perda, sobretudo pela vivência e aceitação do sentimento de perda.

*Se me ponho a cismar em outras eras
Em que ri e cantei, em que era querida,
Parece-me que foi noutras esferas,
Parece-me que foi numa outra vida...*

Florbela Espanca

O processo de envelhecimento implica normalmente uma adaptação a alterações na vida quotidiana. Estas mudanças podem traduzir-se pela perda de velhas rotinas, da “saúde de ferro” com que sempre se viveu, ou inclusive pela morte de entes queridos. A reforma é outra mudança característica desta fase do ciclo de vida, sucedendo que frequentemente abandona-se o mercado de trabalho sem planeamento de actividades alternativas e cai-se no isolamento (físico e psicológico) e na perda de relações sociais. Em Portugal, a velhice sem independência e autonomia ainda faz parte de uma face oculta da opinião pública, pois, sendo mantida no âmbito familiar dos domicílios ou nas instituições/lares, impede a sua visibilidade e dificulta uma maior preocupação política em termos de protecção social (Costa, 2005).

Não há dúvida que, do ponto de vista vivencial, o idoso está numa situação de perdas continuadas, como seja a diminuição do suporte sócio-familiar, a perda do status ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e a incapacidade pragmática crescente. Estas perdas provocam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que, como refere Ballone (2002, cit. por Martins, 2008), acabam por gerar síndromes depressivas.

São a própria sociedade e o Estado que libertam o idoso das suas obrigações e o privam do estatuto social e económico que resulta essencialmente do exercício de uma actividade profissional. Mas é desvalorizado também um outro papel importante, o de progenitor, pois os filhos já adquiriram, nesta fase, completa autonomia (Pimentel, 2005).

Para algumas pessoas, o trabalho ou a família constituíram o único investimento que fizeram na vida. Quando a doença e a redução do estado económico chegam sentem-se desamparados e inúteis (Zal, 1992).

Para o idoso, como sabemos, a rede de apoio social pode caracterizar-se por uma constrição progressiva das ligações sociais, provocada pela morte ou migração dos seus membros,

pela dificuldade crescente do cumprimento das tarefas sociais de relação e ainda por uma redução de oportunidades para o estabelecimento de novas relações interpessoais. As muitas perdas que acompanham a retracção das redes de apoio social do idoso tendem a ser desvalorizadas pelos profissionais de saúde e pelos próprios idosos. Mas é inquestionável um empobrecimento progressivo na quantidade, qualidade e variedade das trocas sociais. O idoso perde ligação aos familiares, muitas vezes por morte do cônjuge. As funções parentais deixam de ser necessárias com a autonomia dos filhos. Os amigos afastam-se, também por morte ou deslocação. A reforma implica uma perda de papéis sociais. As doenças, a redução das faculdades cognitivas e sensoriais, o prejuízo das capacidades motoras, todos estes factores comprometem o espírito de iniciativa do idoso e a sua independência nas actividades do dia-a-dia. Esta constrição dramática das redes de apoio social associa-se à experiência de um empobrecimento emocional progressivo, a uma eventual depressão relacional que resulta da solidão, da ausência de relações, das mesmas relações que, no passado, tinham ajudado a definir a própria identidade pessoal (Quartilho, 2006).

Sabe-se que o reconhecimento clínico do quadro depressivo em idosos, data dos fins da década de 1960 e início da década de 1970, apresentando, desde então, controvérsias acerca do seu diagnóstico, dificultando o seu reconhecimento nessa fase vital do desenvolvimento humano. Apesar da sua existência reconhecida, a depressão no idoso continuar a ser um desafio para os estudiosos que lidam com esta problemática. O reconhecimento clínico da depressão geriátrica é bastante complexo. Por um lado, os sintomas são muitas vezes atribuídos a processos genéticos, sociais, degenerativos cerebrais e a doenças físicas que contribuem em proporções variadas. Por outro, o facto das pessoas idosas serem mais susceptíveis à depressão, sobretudo quando perdem a sua auto-estima e começam a considerar-se inúteis, um peso para a sociedade e para as suas famílias. O convívio com a solidão, a perda de sentido de vida, a renúncia, a desistência, são desafios constantes no processo de envelhecimento (Coutinho *et al*, 2003).

A depressão, assim, pode ser vista numa perspectiva interaccional que nos permite identificar os modos como os modelos convencionais de depressão atribuem características intrínsecas às pessoas deprimidas, na personalidade ou na estrutura cognitiva, ou na história familiar, quando afinal estes atributos podem eventualmente ser integrados num registo interaccional, vistos como resultantes de uma relação particular entre o idoso e o seu ambiente, uma relação que a certa altura é influenciada pelo vazio do horizonte, pela lembrança, pela história de vida, e sobretudo pelas perdas associadas ao processo de envelhecimento (Areal, 1996, cit. por Quartilho, 2006).

A depressão é a afecção mental mais frequentemente apontada por muitos autores quando se referem à população idosa (Santos, 2002). Não existe no entanto unanimidade relativamente a este facto. Autores como Mitchell, Mathews & Yesavage, (1993), citados por Maria Constança Paúl (1993) têm vindo a pôr em causa esta ideia. Estes autores consideram que a taxa de prevalência de depressão nos idosos é baixa. São igualmente frequentes as alusões ao facto das depressões ocorridas na terceira idade serem não o primeiro episódio de depressão na vida do sujeito mas antes: “...*não mais do que a repetição de uma nova crise depressiva, cujo surto inicial terá ocorrido bastantes anos atrás, podendo ter apresentado uma ou mais recorrências.*” (Vaz Serra, 1978, cit. por Santos, 2002, p. 97).

Entre os diversos factores que encontramos na base desta discordância estão as questões levantadas relativamente à falta de consenso relativo à definição do conceito, do diagnóstico e da classificação da depressão (Santos 2002).

De acordo com Vaz Serra (1994) “*uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de factores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semi-permanente na relação do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo*”.

É nas idades mais avançadas que ela atinge os mais elevados índices de morbilidade e mortalidade, na medida em que assume formas incharacterísticas, muitas vezes difíceis de diagnosticar e, conseqüentemente, de tratar (Martins, 2008).

A taxa de prevalência das depressões, observada nos idosos, varia conforme os critérios clínicos utilizados para as classificar e a população estudada. Encontram-se também diferenças entre estas taxas de depressão conforme a população estudada esteja institucionalizada em lares ou a residir no seu domicílio, o grau de autonomia que apresentam entre outros aspectos (Santos, 2002).

A depressão pode atingir cerca de 20% da população (com tendência para aumentar), representando a primeira causa de incapacidade nos países desenvolvidos no âmbito global das doenças psiquiátricas. Em conjunto com a esquizofrenia, a depressão é responsável por 60% dos suicídios em Portugal (Ministério da Saúde, 2004) e os resultados do terceiro censo psiquiátrico realizado em 2001 revelou, nos idosos, uma predominância de casos de depressão na consulta externa e na urgência (Costa, 2005).

De facto, as teorias que sustentam a depressão no idoso, como sendo diferente do tipo de depressão em outras faixas etárias, apoiam-se, entre outros aspectos, nas diferenças de sintomatologia apresentadas em cada caso (Martins, 2008).

Existem diversos estudos que demonstram que os idosos apresentam, na sua maioria, depressões atípicas, não se encaixando por isso nos padrões das classificações existentes nomeadamente CID 10 e DSM-IV (Cohen e Eisdorfer, 1997, cit. por Martins, 2008).

Segundo estes autores, as depressões atípicas podem ser caracterizadas pela falta de episódios de tristeza, claramente distintos, mostrando-se o doente apático, com queixas subjectivas de comprometimento cognitivo, ansiedade proeminente, somatização e excesso de preocupação com o corpo.

Com a intenção de descrever uma síndrome depressiva específica ou uma doença depressiva própria da idade tardia, a maioria dos autores têm estudado as depressões de início tardio comparando-as com as de início precoce. Entre as depressões de início tardio, a pseudo demência depressiva, a síndrome de Cotard e a melancolia involucional foram as mais estudadas (Menchón, 1996). As características essenciais destes quadros resumem-se no Quadro 1. Estes quadros clínicos não se validaram como subcategorias específicas no idoso, mas como formas clínicas duma mesma depressão.

<i>Pseudo demência depressiva</i> Depressões que decorrem com transtornos cognitivos proeminentes e que apresentam problemas de diagnóstico diferencial entre a demência e a depressão.
<i>Síndrome de Cotard</i> Não tem diferenças entre sexos e só se associa em depressões na terceira idade. Presença de delírios de negação com respeito ao próprio corpo, parte do mesmo ou à própria existência.
<i>Melancolia involucional</i> Idade de início acima dos 50 anos. Decorre com ansiedade, aumento da actividade psicomotora, ideação de culpa, ideação delirante (hipocondríaca, niílista, de ruína e calamidade iminente) e elementos paranóides. Tende para a cronicidade.

Quadro 1 – Depressões específicas da terceira idade, segundo Urretavizcaya (2003).

No idoso, reproduzem-se todas as patologias do adulto jovem, com especial relevo para a depressão (Seabra, 2006). Esta é um dos traços mais frequentemente atribuídos às pessoas idosas nomeadamente porque persiste a noção estereotipada que a vivência das pessoas idosas está necessariamente constringida pela doença, por condicionantes económicas e sociais e, como tal, a depressão será uma consequência normal do envelhecimento (Lebowitz, 1999).

No entanto, existem controvérsias a respeito da influência da idade como sendo um factor de risco para o desenvolvimento da depressão. Estudos actuais apontam que a idade em si parece não estar directamente relacionada com a eclosão de sintomas depressivos, mas há uma associação indirecta através de repercussões do avanço da idade em aspectos físicos, psicológicos e sociais. Assim, viver numa instituição, apresentar uma doença crónica, apresentar limitações físicas funcionais, sentir dor, haver diminuição do suporte social e emocional, etc. São factores amplamente relacionados com o aumento da vulnerabilidade do idoso frente a transtornos depressivos (Beekman *et al.*, 1995; Kaplan *et al.*, 1997; Hybels *et al.*, 2001).

A depressão na terceira idade tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos doentes e prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada a perturbações do foro médico e cognitivas da terceira idade, o aumento dos custos com os cuidados de saúde e o aumento das taxas de mortalidade relacionadas com suicídio e doenças do foro médico (Reynolds e Kupfer, 1999, cit. por Spar e La Rue, 2002).

Devido à gravidade destas consequências, a depressão geriátrica tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde pública (Lebowitz *e col.*, 1997), mas apesar disso continua a ser subdiagnosticada e subtratada, especialmente quando ocorre no contexto de múltiplos problemas médicos (Spar e La Rue, 2002).

Entre as pessoas idosas revela-se uma problemática particularmente relevante não apenas devido à sua prevalência mas principalmente devido à sua apresentação diferenciada (Rodrigues e Leal, 2004).

Os doentes idosos podem apresentar as mesmas formas de estados depressivos que os outros doentes, por vezes com acentuações particulares (importância das perturbações mnésicas e das queixas somáticas, por exemplo), mas podemos encontrar neles perturbações específicas: depressão de involução, pseudodemência, por exemplo.

O termo *melancolia de involução* encontra-se na nosologia de Kraepelin para designar uma forma específica de estado depressivo que aparece pela primeira vez depois dos 50 anos. Estes

estados caracterizam-se por uma significativa agitação ansiosa, por preocupações hipocondríacas, por sintomas obsessivos e pela presença duma sintomatologia delirante (dano, ciúme, indignidade, transformação ou negação de órgãos). Esta concepção encontra-se hoje praticamente abandonada desde que se demonstrou que estes estados não diferiam significativamente de outros estados depressivos (Pedinielli e Bernoussi, 2006).

Kales e Valenstein (2002, cit. por Rodrigues & Leal, 2004) assumem que a depressão entre as pessoas idosas é extremamente complexa, apresentando uma sintomatologia heterogénea. As manifestações da depressão neste grupo etário são, frequentemente distintas e únicas: sintomas como a perda de apetite, insónia, falta de energia, desinteresse e queixas somáticas podem assumir um carácter mais relevante que o humor depressivo ou a culpa (Gallo e Rabbins, 1999; Serby e Yu, 2003, *cit. por* Rodrigues e Leal, 2004).

Alguns autores propõem, inclusive, distinguir duas síndromes diferentes entre os idosos deprimidos: a síndrome depressiva clássica, e outra menos característica, chamada de síndrome “de depleção” – caracterizada pela presença de desesperança, diminuição de interesse pelo ambiente, sensação de falta de perspectivas, diminuição de apetite e pensamentos recorrentes sobre a morte, na ausência de humor disfórico, ideação de culpa e auto-acusação – progressivamente mais frequente frente ao processo de envelhecimento (Newmann *et al.*, 1991 cit. por Júnior e Kuczynski, 2004).

Van Den Berg *et al.* (2001) preferem dividir a depressão nos idosos em três subgrupos, baseados na correlação etiológica:

- ✓ A depressão de início precoce, associada à vulnerabilidade psicobiológica de longa duração;
- ✓ A depressão de início tardio, como reacção a algum stress grave no curso da vida;
- ✓ A depressão de início tardio associada a factores vasculares.

Na realidade, o idoso apresenta-se, muitas vezes, com múltiplos sintomas confusionais e preocupações somáticas, negando o humor disfórico ou não o vivenciando. A existência de doenças físicas concomitantes pode constituir um factor confusional no diagnóstico, visto que a maioria dos idosos personifica a interacção entre doenças físicas e psiquiátricas (Martins, 2008).

Entre as queixas mais frequentemente apresentadas salientam-se as algias atípicas, nomeadamente cefaleias, queixas reumatológicas e queixas gastrointestinais. Nestes casos, deve suspeitar-se de uma depressão subjacente sempre que se excluam causas orgânicas e/ou estejam

presentes sintomas da síndrome depressiva (anergia, variação diurna do humor e insónia precoce), ou ainda eventuais tratamentos “específicos” que não melhorem o quadro clínico (Simões, 1996, cit. por Martins, 2008).

As pessoas idosas deprimidas podem não aceder ao devido diagnóstico e tratamento, o que pode ser reforçado pelo facto de que, embora as pessoas idosas sejam capazes de reconhecer as problemáticas associadas à saúde mental, a generalidade não conceptualiza a saúde mental como uma necessidade importante (Currin, Hayslip, Schneider, & Kooken, 1998 cit. por Rodrigues e Leal, 2004).

Segundo Gazelle, Hallal e Lima (2004), concluiu-se que apenas $\frac{1}{4}$ dos idosos foi questionado sobre tristeza e depressão na sua última consulta médica. Isso mostra que os médicos podem estar a negligenciar a depressão nesta população, por considerarem as manifestações depressivas em idosos como decorrentes naturais do envelhecimento ou não terem conhecimento da magnitude desta doença nos dias de hoje e os graus de incapacidade e custo que esta causa nos idosos, nas suas famílias, sociedade e no sistema de saúde.

A depressão no idoso é um motivo de hospitalização pelo menos tão frequente quanto a demência e apresenta um quadro clínico com queixas frequentes de hipocondria, agitação e sintomas obsessivos e medo da indigência (Fernandes, 2002).

A depressão é considerada um transtorno multifactorial, diversas variáveis devem ser focadas como responsáveis pelo seu início e desenvolvimento (Weissman e Olfson, 1995).

Segundo Marques *et al.* (1989), existem três grandes factores que, em termos etiológicos, são geralmente apresentados como importantes no eclodir da depressão nos idosos: factores ambientais, factores genéticos e factores orgânicos.

Relativamente aos factores ambientais que consideram como todas as situações traumáticas que se deparam ao idoso relacionadas com as condições do meio (profissional, social ou familiar), apontam como mais importantes: o isolamento e falta de convívio social; a ausência de trabalho, com conseqüente imobilidade; a saída dos filhos da casa paterna, ou síndrome do “ninho vazio”; a morte do conjugue ou de pessoas de família; a noção de desvalorização social e profissional; a noção de “fardo” para a família; as perdas físicas, mentais e sociais próprias do idoso.

No que concerne aos factores genéticos, para além de nos dizerem que a maioria das crises de depressão major em idades tardias são aquelas em que o peso genético é maior, e que os indivíduos que sofrem uma primeira crise na terceira idade são mais ajustados emocional, social e

psicologicamente do que aqueles que sofrem esta primeira crise em idades mais jovens, afirmam-nos que existem factores genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias e que as suas manifestações têm vindo a aumentar de geração em geração.

Quanto aos factores orgânicos a ter em conta no desencadear de uma depressão, referem-nos a existência de uma grande diversidade de afecções orgânicas que se podem manifestar em sintomas desta natureza, salientando-se as alterações senis e arterioscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais.

Segundo Barreto (1984), as depressões nos idosos são geralmente do tipo funcional, ou seja, não são pródromos nem resultantes de doença degenerativa senil ou cerebrovascular. Experiências referidas por este autor, levadas a cabo por diferentes investigadores ou em épocas cronologicamente distintas, viriam a confirmar tais conclusões, nomeadamente a de que a incidência de quadros demenciais não é mais elevada nos depressivos do que nos idosos vistos na sua generalidade e a de que é maior a frequência de casos de suposta demência que se vêm a revelar de natureza depressiva do que as depressões terem, de alguma forma, interferência directa num quadro demencial.

As pessoas depressivas manifestam mudanças cognitivas e comportamentais características. São apáticas, desmotivadas e sensíveis unicamente aos factos negativos da vida, o que lhes cria um *feedback* de reforço do seu estado. Estão frequentemente possuídas por ideias suicidas, por vezes com passagem ao acto. A perturbação torna-se *major* quando o estado perdura durante diversas semanas. Os sintomas são então os seguintes: insónia, letargia, anorexia, isolamento social, forte degradação da auto-estima e sentimento de externalidade (Fontaine, 2000).

Tendo em conta que a depressão no idoso terá de ser, em muitas situações, enquadrada no contexto social em que o indivíduo está inserido, poderemos afirmar que os indivíduos deprimidos afectam de forma relevante aqueles que com os mesmos contactam e, por seu lado, são afectados por essas pessoas com quem se relacionam (Fernandes, 2002).

Portanto, a investigação da depressão em idosos torna-se cada vez mais importante, visto que é uma enfermidade muito prevalente e que, frequentemente, é considerada como consequência natural do envelhecimento, sendo negligenciada como possível indicador de uma morbilidade que causa severos danos à qualidade de vida do idoso e dos seus familiares, e que resulta em custos elevados para a sociedade em geral (Gazelle, Hallal e Lima, 2004).

*I know a hundred ways to die.
I've often thought I'd try one:
Lie down beneath a motor truck
Some day when standing by one.*

*Or throw myself from off a bridge-
Except such things must be
So hard upon the scavengers
And men that clean the sea.*

*I know some poison I would drink.
I've often thought I'd taste it.
But mother bought it for the sink,
And drinking it would waste it.*

(Edna St. Vincent Millay, "From A Very Little Sphinx")

Os comportamentos para-suicidários e o suicídio estão a aumentar de forma preocupante nalguns países do Ocidente. Apesar do suicídio ter decrescido nos anos 90 em Portugal, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera estes comportamentos um problema de Saúde Pública (OMS, 2000). Em Portugal, a taxa de para-suicídio é cerca de 250 por 100.000 habitantes/ano.

Dados da Organização Mundial de Saúde referem que anualmente cerca de vinte milhões de pessoas tentam o suicídio e pelo menos um milhão comete suicídio; depreende-se da leitura destes dados que nem todas as tentativas de suicídio têm como desfecho a morte. De forma a distinguir estas duas situações foi introduzido por Kreitman e colaboradores, em 1969, o conceito de para-suicídio definido como um acto cometido deliberadamente que pode mimetizar o gesto suicida, mas que não conduz à morte (Saraiva, 1999). Este termo inclui quer os comportamentos infligidos contra si-próprio, quer aqueles que são realizados num contexto de ambivalência cuja intenção de causar a morte não se encontra presente (Miller & Glinski, 2000).

No entanto, pensa-se que as taxas de suicídio estejam subestimadas, em parte porque os sobreviventes não identificam os sinais de suicídio, pelo contrário tendem a chamar-lhes acidentes em vez de suicídio (Kennedy & Tanebaum, 2000).

O *para-suicídio* ou comportamento para-suicida corresponde, de acordo com a OMS., a um acto ou comportamento não fatal, eventualmente não habitual num dado indivíduo e com o qual ele não tem clara intenção de morrer, mas no qual se arrisca a danos em si mesmo (mais ou

menos graves) caso não exista a intervenção de outrem; o para suicídio pode também ocorrer na sequência da ingestão excessiva de determinadas substâncias com o intuito de provocar alterações desejadas. Este comportamento parte da livre vontade do próprio e não visa a morte (Oliveira, Amâncio e Sampaio, 2001).

De acordo com Sampaio (2002), o suicídio é um fenómeno complexo e multideterminado, muitas vezes paradoxal. Sendo um acto individual, surge muitas vezes carregado de significado relacional – o suicida pode pretender matar-se, pedir ajuda ou agredir alguém com a sua atitude.

Toda a conduta auto-destrutiva é carregada de ambivalência: o suicida quer viver e morrer ao mesmo tempo e mesmo nas situações em que existe uma clara intenção de morte, é possível descortinar alguma esperança de vida, o que afinal faz com que valha sempre a pena lutar para salvar a vida de alguém em risco de suicídio.

O para-suicídio e o suicídio podem ter significados diferentes, sendo quase sempre mais clara a intenção de morte nos gestos fatais; contudo, mesmo no suicídio, este pode surgir como acontecimento inexplicável, que só uma pormenorizada autópsia psicológica poderá eventualmente esclarecer. De entre os possíveis significados do gesto suicida, salienta-se a morte como refúgio, o desejo de vingança, a tentativa de identificação com o objecto de amor perdido, a destruição de uma parte de si próprio sentida como incontrolável ou mesmo o triunfo sobre as limitações humanas.

A característica nuclear de todos os para-suicidas é a rejeição, com o gesto para-suicidário a reproduzir uma patologia dos afectos. Os indivíduos com três ou mais condutas auto-destrutivas são desamparados que sentem rejeições persistentes, com problemas sociais graves, associados a leituras pessimistas dos outros e do mundo e sintomas persistentes da depressão (Saraiva, 1999).

Tradicionalmente, na literatura, a culpa e, mais recentemente, a vergonha têm sido apontadas como sentimentos relacionados com a depressão e com as condutas auto-agressivas (Serralta, 2001).

Os para-suicidas são cada vez mais frequentes nas sociedades contemporâneas, ocorrem no contexto psicossocial da conquista por autonomia, tantas vezes com um carácter predominantemente simbólico de aproximação à morte, desafiando-a, sem visar o morrer. O que

suscita um sentimento de identidade renovado, como meio de ficar com mais direito a viver, de se afirmar, obter auto-estima e reconhecimento social.

O modo como a pessoa percebe e resolve os seus problemas está ligado à personalidade de cada um e pode ser mais importante do que o problema em si para determinar o risco suicida. Pensamento inflexível e falta de adaptabilidade são características prevalentes no suicídio em idosos (Duberstein & Conwell, 1995; Williams & Pollock, 2000; cit. por Harwood *et al.*, 2006).

Num estudo desenvolvido por Santos, Saraiva e Sousa (2005), conclui-se que os indivíduos com comportamentos para-suicidários da amostra demonstraram valores mais elevados de depressão, tinham maiores dificuldades na resolução de problemas e um baixo auto-conceito. Os para-suicidas tinham dificuldade em referir mais do que uma pessoa de referência, ou a educação ser exercida somente por um progenitor, estando excluído o outro de quaisquer funções no relacionamento com o para-suicida, ou seja, são referidos pais ausentes. Foi revelado também um sobreenvolvimento emocional no clima familiar e a figura da mãe foi referida, maioritariamente, como sendo super-protectora.

De um modo geral, nos para-suicidas a família de origem é disfuncional. São frequentemente submetidos a maus tratos, a rejeição, a abuso físico e sexual. Muitos deles passam por acontecimentos traumáticos graves, tendendo a apresentar uma auto-estima pobre. Estas características foram tão comuns que lhe permitiram elaborar um conceito que denomina por RESF: Rejeição Sentencial Familiar e que é comum a grande parte dos para-suicidas.

Então, o suicídio e o para-suicídio são fenómenos correlacionáveis verificando-se que mais de um terço dos suicidas apresentavam uma história prévia de comportamentos suicidários (Robins *et al.*, 1959; Barraclough *et al.*; 1974; cit. por Saraiva, 1999). Muitas investigações consideram a existência de uma tentativa prévia de suicídio como o melhor predictor de uma nova tentativa de suicídio (Leon, Friedman, Sweeney, Brown & Mann, 1990; Shaffi, Carrigan, Whittinghill & Derrick, 1985 cit. por Miller & Glinski, 2000).

Na prática clínica a expressão tentativa de suicídio é equívoca, porque encerra fenómenos distintos, embora parcialmente sobreponíveis: suicídio frustrado e para-suicídio. Desde o segundo quartel do século XIX que existem referências comparativas a estes fenómenos em *Des Maladies Mentales* (Esquirol, 1838, cit. por Saraiva, 2006), quando o clínico francês escreveu que por cada 100 tentativas de suicídio apenas 40 eram mortais, o que à partida coloca diversas questões complexas cujo cerne é a intenção letal.

No clássico *Attempted Suicide: Its Social Significance and Effects* de Stengel e Cook (1958), são descritas não só algumas das motivações subjacentes aos comportamentos suicidários, tais como influenciar ou assustar amigos e familiares, mas também as diferenças entre suicídios e tentativas de suicídio, no sentido do que Kreitman, Philip, Greer e Bagley (1969) viriam a designar de para-suicídio.

Segundo Saraiva (2006), o problema da intenção letal permite especular, numa leitura psicanalítica ou filosófica, que a ambivalência do suicida vai até ao fim, aparentemente, o indivíduo deseja, ao mesmo tempo, os dois mundos, a vida e a morte, jamais devendo interpretar-se o comportamento suicidário apenas como um suicídio frustrado, noção assaz comum mesmo entre psiquiatras.

Na tentativa de suicídio são essenciais a função de apelo, consequência automática do gesto para além da intenção do indivíduo, e a catarse de libertação da agressão, orientada para outros e para o próprio.

No sentido de distinguir fenómenos diferentes, a Escola de Edimburgo, através do Centro Regional de Tratamento para Intoxicados, defende a expressão comportamentos não fatais de auto-destruição (intoxicação voluntária e auto-lesão deliberada) nos quais parecem subjacentes duas intenções: acto contra o próprio e obtenção de objectivos a prazo (Kessel, 1965, cit. por Saraiva, 2006). Quatro anos depois entra no glossário psiquiátrico o vocabulário para-suicidio (Kreitman, Philip, Greer & Bagley, 1969, cit. por Saraiva, 2006). Estes autores, não abandonando a referência à ideia e ao vocabulário de suicídio, consideram a noção de para-suicídio como qualquer acto cometido deliberadamente e que mimetiza um gesto suicidário, mas que não conduz à morte.

Um grupo de peritos em suicidologia da OMS redefiniu, em York (1986), o conceito de para-suicídio, assimilado pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10), em 1992:

“Acto não fatal, na sequência de um comportamento invulgar, protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem, que provoca auto-lesão ou ingere uma substância em sobredosagem para além do prescrito ou da dose reconhecida como terapêutica, e que visa mudanças desejadas pelo indivíduo, quer através desse acto quer através de eventuais consequências físicas”. Na realização deste estudo, adoptei este conceito como referência.

De acordo com Saraiva (2006), o para-suicídio, é um comportamento que representa um jogo de análise transaccional de apelos, reapelos e manipulações, respondente a um intenso conflito de relação no plano dos afectos, no qual o corpo é simultaneamente protagonista e instrumento de revoltas e desamparos.

O para-suicídio decorre da conjugação stresse-vulnerabilidade (genéticas, neurofisiológicas, psicológicas e culturais), onde a reemergência de memórias traumáticas de infância ou adolescência ocupa papel de relevo. O para-suicídio depende da personalidade e sua estrutura cognitiva e ainda de múltiplos factores do meio ambiente, quer de protecção, quer de risco. É um comportamento-doença subjacente a uma patologia dos afectos, de ajustamentos, da personalidade e da interacção social e familiar (Saraiva, 1997, 1999, 2001, 2003, 2006).

É, então um acto iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se auto-mutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que o indivíduo acredita ser farmacologicamente activa (Saraiva, 1999). Segundo este autor (1997, 1999, 2003) o para-suicídio é um comportamento patológico que, apesar de parecer mimetizar o suicídio nalguns dos seus aspectos, não visa a morte tida como aniquilação consciente e determinada, mas antes um jogo comunicacional e transaccional de expectativas de mudança ou manipulação das esferas familiares ou sociais.

Vaz Serra, Saraiva, Alte da Veiga e Ramalheira (2000) enfatizaram o para-suicídio como um acto não fatal protagonizado por um indivíduo sem a intervenção de outrem que deliberadamente provoca auto-lesão ou ingere uma substância em sobredosagem. É um acto reconhecido como não decorrente de um comportamento rotineiro ou habitual e considerado um comportamento de fuga ou de apelo, susceptível de levar a alterações do meio envolvente.

Para Chiles e Strosahl (1995; cit. por Vaz Serra, 2006) o comportamento suicidário “*é um método aprendido de resolução de problemas*”. Segundo estes autores o suicida pretende: libertar-se de

estados emocionais internos muito penosos para si (angústia, depressão, aborrecimento, culpabilidade) e de problemas externos que sente como: inevitáveis, intermináveis e intoleráveis:

Os problemas são considerados:

- *Inevitáveis*: se o indivíduo acredita que nenhum esforço é suficiente para os resolver.
- *Intermináveis*: se cria a expectativa de que não se modificam de acordo com o seu desejo pessoal.
- *Intoleráveis*: se as emoções evocadas pela situação ultrapassam o seu limiar de resistência.

Torna-se por isso importante, a respeito das tentativas de suicídio e do para-suicídio, conhecer as causas, identificar os sinais de alerta, estabelecer programas de prevenção e de tratamento. É imprescindível conhecer em que ambientes sociais vive este tipo de pessoas, que problemas confrontam que as leva ao desespero, quais são as suas características psicológicas e psicopatológicas. Uma avaliação correcta e adequada de cada caso propicia a que sejam estabelecidas as formas de abordagem mais convenientes e os cuidados a instituir no seguimento (Vaz Serra, 2006).

3.2. Modelos Psicológicos do Suicídio

O suicídio tem permitido diversas abordagens, talvez por resultar duma complexa interação de factores biológicos, psicológicos, sociais e relacionais (Heikkinen, Isometsä, Marttunen, Aro, & Lonnqvist, 1995, cit. por Santos, 2007) ou, como refere Dickstra (1989), por ser um fenómeno tanto social como individual, sendo necessária a participação não só dos profissionais de saúde e dos leigos, mas também dos políticos e outros responsáveis para conseguir uma redução importante na incidência anual de suicídios e de tentativas de suicídio. É possivelmente pela necessidade de diversas abordagens, fomentando várias entrecruzilhadas que, como refere Cobb (cit. por Saraiva, 1999) “O suicídio, mesmo cometido em público, persiste como o mais misterioso acto do ser humano” Segundo os autores estudados podemos encontrar alguns tipos de classificação acerca dos modelos do suicídio. Para Sampaio (1991), de acordo com Fisher e Shaffer (1984), existem “essencialmente três modelos: psicológico, nosológico e sociológico.”

Segundo Quartilho (2006), a compreensão do suicídio exige um esforço interdisciplinar, global. Se considerarmos algumas das diversas perspectivas de abordagem, a sociologia aparece

ligada aos contributos de Durkheim, interpretando o suicídio como um índice de bem estar social, ao longo de um espectro que considerou as categorias egoístas, altruísta, anómica e fatalista. A abordagem psicológica, por sua vez, valoriza habitualmente a presença de conflitos internos, de sintomas e comportamentos individuais, inspirando-se em orientações teóricas que vão da psicanálise às teorias da vinculação e teorias cognitivo-comportamentais. A perspectiva médica convencional sobre o suicídio, finalmente, privilegia a dimensão biológica das doenças mentais e dos comportamentos suicidários. Mas a existência de diferentes orientações teóricas não obriga à manutenção de fronteiras rígidas entre as várias disciplinas científicas. Da neurobiologia à antropologia médica, os diversos contributos interdisciplinares têm mostrado que os factores psicológicos e sociais podem ter efeitos relevantes sobre os sistemas fisiológicos.

3.2.1. Modelo Psicodinâmico

A teoria clássica advém directamente da obra de Freud *Luto e Melancolia* (1917), na qual se relatam os mecanismos psicodinâmicos da depressão grave. A perda do objecto amado pode ser chorada e, conseqüentemente, resolvida pelo processo do luto, mas certas pessoas predispostas não aguentam e vêm a assumir atitudes de cólera, inclusive, de proporções assassinas. Essas pessoas são as que “optam” por escolhas narcisistas objectais. Numa tentativa de proteger o objecto amado, o indivíduo internaliza-o e torna-o uma parte do próprio *ego*. O sadismo, outrora dirigido para o objecto volta-se agora para o próprio *ego*, identificado com o objecto perdido. Tal hostilidade inconsciente ao virar-se então para o objecto de amor internalizado faz supor que as razões para o suicídio sejam intra-psíquicas. A partir daquela obra de Freud são considerados dois eixos: sadismo/masochismo (agressividade) e narcisismo (introjecção) e dois processos: clivagem *ego*/super-*ego* (culpabilidade) e clivagem *ego*/ideal do *ego* (vergonha).

Depois da I Guerra Mundial, Freud conceptualiza o instituto de morte (*thanatos*), após tomar conhecimento da crueldade do gás de mostarda e dos ataques de baioneta nas trincheiras, em oposição ao instinto de vida (*eros*), que reunia a *libido* e a auto-conservação. A tendência à auto-destruição passa a ligar intrinsecamente todo o desejo agressivo ou sexual ao desejo de morte.

Outros psicanalistas exploram melhor a ideia de Freud de escolha narcisista objectal (Abraham, 1924; Menninger, 1933) ao sentirem essa fixação oral como resultado de experiência prévia de perda ou frustração, onde a regressão à fase sádico-oral contribui para a agressão

assassina. Zilboorg (1936, cit. por Saraiva, 1999) considera mesmo um modelo etno-cultural de identificação com o morto, o que impulsiona o desejo de um suicídio por reunião.

Quando Hendrick (1940) e Friedlander (1940) publicam alguns casos de doentes com fortes impulsos suicidas que afirmaram ter estado primeiramente motivados por instintos libidinosos, ficou claro que os aspectos eróticos das regressões orais eram tão importantes quanto os aspectos agressivos.

Menninger (1933) refere que todo o suicida encerra três desejos: de matar (agressão baseada no instinto de morte); de ser morto (resposta do super-ego à necessidade de punição por culpabilidade); e de morrer (regressão ao útero materno). Noutra perspectiva, o mesmo autor distingue três tipos de suicídio: crónico (ex.: mártires, neuróticos, anti-sociais, psicóticos), focal (ex.: auto-mutilações, impotência, frigidez) e orgânico (ex.: doença orgânica).

Klein (1935), embora concordando com o conceito de Freud de que o suicídio representa um ataque a um objecto internalizado, considera, porém, que esse ataque é selectivo, no sentido de só aniquilar a parte má do objecto e preservar a parte boa, que seria valiosa para o *self*.

Hendin (1963) descreve fantasias suicidas, como cólera voltada para o próprio, necessidade de expiação, reunião com objecto amado, renascimento, sensação de onnipotência, como testar um controlo sobre a morte. É também nesta perspectiva que Morse (1973) sugere a existência de um elemento comum em todas as fantasias suicidas: gratificação de um desejo em relação a um objecto amado e perturbação do teste da realidade, que o autor entende como principal requisito para o suicídio. Assim, o suicida acredita que vive para além da morte, experimentando não só o prazer do acto fatal em si mas também os seus efeitos nos outros.

Uma distinção entre suicídio depressivo e suicídio esquizóide foi estabelecida por Guntrip (1968, cit. por Saraiva, 1999), enquanto que no primeiro a força agressiva é reorientada para o próprio, no segundo, o indivíduo busca a morte como caminho fantasiado para um renascimento, face à perda do *self*.

Kohut (1977) refere-se ao suicídio como um fracasso da passagem da fase simbiótica com a mãe para a fase de separação. Para Mahler (1968) o suicídio reproduz mesmo o fracasso da negociação entre a fase simbiótica do desenvolvimento, onde as representações do *self* da criança e da mãe são indiferenciadas, para a fase de separação onde *self* e objecto são diferenciados. O resultado futuro seria a tendência para o indivíduo se envolver em relacionamentos nos quais as pessoas são mais tratadas como partes do *self* do que uma só. Asch (1980) chama a esta situação

escolha do objecto simbiótico, a partir do conceito freudiano da escolha narcísica do objecto. Este autor refere-se ainda ao sado-masiquismo, daqueles doentes, à natureza diádica dos suicídios, pela transferência da dor para um sobrevivente, e a mecanismos de defesa como deslocamento e projecção. O artigo de Asch é relevante na medida em que contempla uma leitura psicodinâmica interpessoal.

A relação com a mãe parece ser ambivalente a partir do tratamento psicanalítico de jovens para-suicidas (Friedman *et al.*, 1972). O tipo de vinculação à mãe (Bowlby, 1951) prolonga-se durante anos e parece estar relacionado com o desenvolvimento de distúrbios da personalidade (West & Sheldon, 1987). Muitos deles acompanham-se de comportamentos suicidários, vistos como vinculações activas com a função de assinalar o sofrimento aos outros, puni-los com a rejeição e, ao mesmo tempo, coagi-los a reconstituírem uma nova ligação como vital (Adam, 1990).

Furst & Ostow (1979) descrevem diversos mecanismos psíquicos que justificariam os trajectos do suicídio, exemplificados na auto-destruição como equivalente à destruição do objecto, no terminar de uma angústia insuportável, na obtenção de uma resposta desejada da parte da pessoa amada ou ainda como vingança, masiquismo ou instinto de morte inabalável.

Kernberg (1984) divide os auto-destruidores em três tipos: os *borderline* que pretendem controlar o caos pela auto-mutilação; os narcisistas patológicos que pela sua grandiosidade estão mais vulneráveis a traumas; e os psicóticos com fantasias autistas acerca do próprio corpo.

Em Portugal, Coimbra de Matos (1982) diz-nos que a motivação para desejar a morte deduz-se da vivência depressiva. Morrer aparece como uma solução “razoável”: interromper uma caminhada de insucessos ou não aceitar uma vida com excessivos sofrimentos, desgastes ou desaires. Refere que a perda, agressividade e inibição libidinal, seriam as razões da sem razão de querer morrer. O autor enuncia quatro aspectos masoquistas e narcisistas para a morte, explicativas do desejo de morrer:

1. Obter o amor total e duradouro do objecto, como desejo de fusão, de ser benquisto e desejado;
2. Vulnerabilidade narcísica;
3. Intolerância à dor da perda, com aumento do penar para obter perdão e amor;
4. Impossibilidade de suportar o orgulho ferido e a derrocada da onnipotência, mais importante na “crise do adulto”.

Sá (2001), considera o suicídio como uma forma desesperada de comunicar uma dor que perante a falência da defesa narcísica, se pode expressar das seguintes formas:

- Através da angústia de abandono, em que a separação é sentida como uma queda num abismo de morte;
- Movido por um impulso de raiva narcísica, concretiza o plano suicida;
- Como ruminação obsessiva, cujo conteúdo é movido pelo desprezo narcístico e altivo, onde o suicídio comunica que nada nem ninguém está à altura de entender e de ajudar quem se tenta suicidar;
- Para eliminar a dor, induzindo uma dor aguda (mas contida) que absorva a vida interior e o mundo emocional (pode surgir sob a forma de sintomas diversos, quadros psicossomáticos que se configuram como um suicídio lento);
- Para destruir os objectos de amor abandonados (mãe, pai, companheiro/a) introduzindo remorsos persecutórios que os mortifique de culpa.

Maltsberger e Buie (1980) sintetizaram a visão psicanalítica do suicídio, retratando-o como um distúrbio de internalização, um esforço para lidar com introjecções hostis e com ausências de “conforto interno” necessárias à estabilidade.

3.1.1.1. Modelo Cognitivo

A tendência suicida reflecte um processo contínuo que vai da ideação suicida à tentativa de suicídio e ao suicídio consumado. Nos modelos cognitivos fundamenta-se a premissa de que existe uma interacção entre a forma como os indivíduos pensam (expectativas, crenças, inferências, esquemas, lembranças, distorções cognitivas) e como subsequentemente se sentem e comportam face aos acontecimentos do seu mundo. A origem do comportamento suicida remonta a representações e processos de pensamento distorcidos e desadaptados aprendidos ao longo do desenvolvimento (Reinecke, 2004).

Segundo este autor, clinicamente o objectivo é ajudar os indivíduos a identificar e modificar os processos desadaptativos e as crenças cognitivas disfuncionais, promovendo o desenvolvimento de crenças adaptativas e funcionais, sem negligenciar os factores sociais, ambientais, biológicos, emocionais e comportamentais, que podem ter contribuído para aumentar

a angústia do paciente e o levou a considerar o suicídio como a única saída para enfrentar os problemas stressantes da vida.

Nesta perspectiva, o suicídio é um estado mental que se caracteriza por sentimentos depressivos associados às seguintes distorções cognitivas (Freeman & Reinecke, 1993, cit. por Saraiva, 1999):

- “Pensamento dicotómico”, os indivíduos suicidas revelam tendência para categorizar a experiência em extremos opostos (tudo ou nada, preto ou branco), adoptam uma perspectiva absoluta num ou noutro extremo revelando inflexibilidade em perspectivar outras alternativas;
- Sentimentos de catástrofe: as dificuldades são percebidas com exagero podendo funcionar como uma função adaptativa de procura de ajuda ou culminando num fracasso;
- Sobregeneralização: há uma construção hipergeneralizada com base num acontecimento negativo isolado, que é excessivamente generalizado a todas as situações ou vivências, surgindo a opção do suicídio como razoável;
- Abstracção selectiva: há uma valorização selectiva de informação ou experiências que suportam as crenças de desespero em detrimento de outros dados disponíveis;
- Inferência arbitrária: tirar conclusões independentemente da ausência ou contradição com dados da realidade;
- Maximização ou minimização: tendência para desvalorizar os acontecimentos de vida positivos valorizando em excesso o significado dos acontecimentos de vida negativos;
- Racionalização emocional: quando há confusão entre emoções e realidade (eu sinto “isto”, logo eu sou “isto”);
- Condicionalismos: crenças disfuncionais que dificultam a concretização de projectos;
- Rotulagem: sobregeneralização negativa fundamentada em erros e imperfeições;
- Personalização: interpretação de experiências exteriores como se fizessem parte da vivência pessoal;
- Controlo de falácias: generalizar a experiência de ausência de controlo num momento específico para todos os momentos;

- Pensamento comparado: constante comparação cognitiva com os outros;
- Desqualificação do positivo: todas as apreciações são seguidas de um “sim, mas...”;
- Falácia do belo: crença de que a totalidade das experiências se devem qualificar na categoria de *belo*.

Igualmente denota-se um aumento das crenças irracionais e da tendência para comportamento impulsivo (Prezant & Neimeyer, 1988 cit. por Reinecke, 2004), défices no “pensamento futuro positivo”, na capacidade de resolução de problemas sociais (exacerbando o sentimento de alienação e confirmando a crença de que os outros o rejeitam) que interagindo com acontecimentos stressantes de vida podem evocar pensamentos e conseqüentemente comportamentos de risco (Reinecke, 2004).

Este autor define a desesperança como “... conjunto geral de expectativas negativas sobre si mesmo e o futuro”, quando concomitante com um quadro depressivo funciona como um importante indicador da intenção suicida, constituindo os sentimentos de pessimismo um foco importante para a abordagem terapêutica.

Outras investigações sobre a relação entre depressão e suicídio identificaram a desesperança, como uma importante variável mediadora e apontam para o facto de esta funcionar como precursora do suicídio (Weishaar & Beck, 1990).

A nível da intervenção, é importante salientar que as crises suicidas são, na maioria dos casos, de tempo limitado, o intenso “impulso para agir” desaparece depois de um curto período, persistindo contudo os pensamentos suicidas às vezes por um longo período de tempo (Reinecke, 2004). No processo de avaliação do risco de suicídio é importante indagar sobre os métodos contemplados, o grau de familiaridade com a letalidade do método escolhido e a facilidade de acesso relativamente a esses métodos.

É importante estar atento às mudanças súbitas de humor e aos sinalizadores verbais que podem indicar directa ou indirectamente uma intenção suicida. É também importante avaliar os recursos ambientais que o paciente dispõe caso necessite de uma intervenção. Verificar qual o grau de probabilidade de detecção da intenção suicida grave e, no caso de uma tentativa de suicídio, o grau de probabilidade da intervenção ser realizada a tempo garantindo o auxílio médico adequado (Scott, Williams & Beck, 1989).

Nesta perspectiva, Rojas (1984) delinea uma classificação do fenómeno suicida com base na etiologia, intencionalidade, tipo de integração social, consciência das implicações do comportamento e atitude do indivíduo face à vida. Neste sentido, desenvolveu uma análise fenomenológica dos vários estados emocionais do indivíduo suicida:

- A *angústia* (enquanto receio relativamente a algo que provém do interior humano e que incide sobre a estrutura do Eu provocando fragmentação que terá repercussões na relação com o próprio e com os outros) despoleta o processo suicidário quando o indivíduo ao experimentar este estado emocional considera ser inútil o esforço para continuar a viver;

- O estado emocional de *aborrecimento*, igualmente de origem interna e que estimula a percepção subjectiva de indiferença, um vazio interior crescente e uma diminuição da riqueza vivencial. Há um retraimento relacional com conseqüente empobrecimento do mundo interior, podendo ser observável nesta fase comportamentos de inquietação e de auto-aniquilação.

- A *melancolia* domina o mundo emocional acentuando o distanciamento relativamente ao objecto exterior emergindo o sentimento de impotência total;

- No *desespero* abdica da preocupação sobre o que eventualmente possa acontecer destituindo o papel do futuro no projecto existencial por recusar ou não o conseguir perspectivar;

- A *desesperança* acentua a passividade e o indivíduo sente-se mais impotente para lidar com os conflitos internos e externos, instigando o isolamento em consequência da percepção de incapacidade de lidar com os acontecimentos quotidianos e de interagir com outros perspectivando a morte como única saída;

- A *calma* é atingida com a morte, sendo o suicídio, a opção emergente na ausência do significado existencial.

Sampaio (1991) cita Raymond Aron (1975) que advoga que ninguém é responsável pelo seu nascimento. E por não o ter escolhido é totalmente livre de escolher a sua morte, rejeitando deste modo o legado existencial concedido sem pedido prévio, surgindo o suicídio como uma escolha alicerçada em liberdade.

Segundo Goldman (1984), compete à epidemiologia reunir dados referentes à frequência e à distribuição de determinado fenómeno verificado na população em geral com o objectivo de determinar padrões de ocorrência quanto à idade, ao sexo, à raça, à localização geográfica, ao estatuto socioeconómico, ao estilo de vida e a outros factores que contribuem para o aparecimento e a severidade do fenómeno em causa. Os dados coligidos fornecem pistas para a génese e a etiologia do fenómeno e, ao identificar os factores de risco, contribuem para a identificação das populações em risco e pôr em prática medidas de prevenção.

Os factores de risco que contribuem para o suicídio na terceira idade são significativamente distintos dos descritos para populações mais novas (Caine & Conwell, 2001).

O factor de risco mais identificado no comportamento suicida, na terceira idade, é o que advém das perturbações do humor (em particular Depressão Major) quando relacionadas com factores sociais, familiares e acontecimentos de vida (Beautrais, 2002).

Outros factores de risco são:

- Doenças físicas: a maioria dos idosos tem pelo menos uma doença física ou incapacitante (Quan *et al.*, 2002).
- História de doença ou perturbação mental: vários estudos apontam para a existência de uma prevalência superior a 90% de psicopatologia diagnosticada entre os suicídios consumados, donde se destacam as doenças afectivas (Conwell, 2002). Segundo Snowdon (2001), 50% dos sujeitos acima dos 55 anos apresentava diagnóstico de depressão major. A perturbação distímica, bem como os sintomas depressivos que não preenchem os critérios de depressão, podem constituir um factor de risco (Hoyert *et al.*, 1997 cit. por Mourinho *et al.*, 2004).

No que diz respeito a factores sociais, parece existir uma relação entre comportamentos suicidas e níveis limitados de interacção e suporte social (Beautrais, 2002). Um estudo realizado por Bartels *et al.* (2002) revelou que o suporte social está fortemente associado ao aumento dos níveis de suicídio e ideação de morte. Assim, cada vez que o indivíduo tem a percepção da diminuição do seu suporte social ocorre um aumento progressivo da ideação suicida.

A solidão está associada ao suicídio consumado e uma rede de contactos mais alargada pode representar directamente a redução da mesma. Ocorre, portanto, uma diminuição da ideação suicida devido ao melhoramento das redes e suporte sociais.

Têm-se tentado estabelecer modelos que relacionem os factores de risco com factores intrapessoais.

Duberstein (2000) efectuou um estudo em que tentou relacionar a teoria do *continuum* de severidade e traços de personalidade (teoria dos cinco factores). No modelo do *continuum* de severidade estão implícitos cinco pressupostos:

1. A pesquisa da tentativa de suicídio pode ser o motor de busca para o suicídio consumado;
2. A pesquisa da ideação suicida pode substituir a pesquisa de tentativas de suicídio;
3. A ideação suicida é um factor de risco clínico para a tentativa de suicídio e para o suicídio consumado;
4. A tentativa de suicídio é um factor de risco clínico para o suicídio consumado;
5. A ausência de referência de ideação suicida indica uma diminuição do risco de tentativa de suicídio ou de suicídio consumado.

Assim, este modelo vai da forma mais severa do comportamento suicida, o suicídio consumado, à ideação suicida.

A teoria do modelo dos cinco factores é baseada em décadas de pesquisa e aceite pela quase generalidade dos autores e pressupõe que os atributos da personalidade podem ser agrupados em cinco dimensões principais: neuroticismo, extroversão, esperança, agradabilidade e conscienciosidade (Mourinho *et al.*, 2004).

Tendo por base esta teoria, Duberstein evidenciou que a elevada extroversão distingue as pessoas que nunca fizeram uma tentativa de suicídio das que já o fizeram. A extroversão está positivamente relacionada com afectos positivos e maior suporte social e negativamente correlacionada com o traço, mas não com o estado, de falta de esperança. Sujeitos extrovertidos podem ser menos propensos a comportamentos suicidas mesmo quando afectados por um episódio depressivo, porque conseguem recrutar e beneficiar das relações familiares e de amizade (Zwerg & Hirichsen, 1993; cit. por Duberstein, 2000). A extroversão está também associada com o estatuto de vida dos que tentam o suicídio, sendo possível que outros traços de personalidade estejam relacionados com a letalidade das tentativas de suicídio.

O neuroticismo mostrou-se um forte predictor de ideação suicida, em particular se associado a outros traços como a agradabilidade e esperança.

Sujeitos com baixa esperança relatam menos ideação suicida, o que pode levar a pensar que possam estar protegidos do suicídio e tendo em conta o modelo do continuum de severidade, são menos vulneráveis ao suicídio consumado. Contudo, patologias que envolvam a supressão dos afectos como a depressão, podem mascarar uma real ideação suicida não relatada. Assim, indivíduos com depressão e que tenham falta de esperança, como traço de personalidade, estão em risco acrescido de suicídio consumado (Duberstein, 2000).

Harwood *et al.* (2001) demonstraram que indivíduos idosos vítimas de suicídio apresentavam perturbações de personalidade ou traços de personalidade acentuados (ansiosos e dependentes).

Heisel *et al.* (2002) elaboraram um modelo estrutural em que relacionaram o funcionamento cognitivo com a ideação suicida mediado pela depressão/falta de esperança tendo encontrado uma relação inversa entre o funcionamento cognitivo e a ideação suicida nos idosos. Esta relação, mediada pelo factor combinado da depressão e falta de esperança, conduz a um processo psicológico no qual os idosos com baixo funcionamento cognitivo estão em risco acrescido de experienciar dor psicológica intensa, reflectida pela depressão e falta de esperança, que por sua vez vai constituir um risco acrescido de considerações e contemplações suicidas, potenciando o aumento do risco de suicídio. Entre os factores envolvidos neste processo encontram-se os julgamentos negativos respectivos ao próprio e ao futuro.

No comportamento suicida estão ainda contemplados factores sociodemográficos [onde o indivíduo constitui o maior factor de risco, sendo este superior ao da viuvez (Pearson, 2002)], familiares, de infância e acontecimentos de vida stressantes recentes (como problemas na relação com o parceiro, stress financeiro, etc.) (Beautrais, 2002).

4.1.1.1. Sexo

O para-suicídio é mais comum no sexo feminino, especulando-se múltiplas razões, entre elas que isso poderia corresponder a défices de estratégias alternativas para lidar com situações de conflito, restando-se mais a mulher de manifestações agressivas. Também a opção por métodos não violentos na mulher, como sobredosagens de psicofármacos ou analgésicos significa maior probabilidade de sobrevivência (Retterstøl, 1993). Para Clifton & Lee (1976) essa tendência para-suicidária das mulheres corresponde a uma consequência da socialização do papel sexual, de modo que extravasam os sentimentos positivos em situações agradáveis e viram contra elas próprias as reacções negativas face a situações desagradáveis.

Todavia, nos últimos vinte anos, tem-se vindo a observar um aumento generalizado de para-suicídios no sexo masculino (Saraiva, 2006).

4.1.1.2. Idade

A incidência das tentativas de suicídio e os suicídios em si têm demonstrado tendências opostas no que concerne à idade: a incidência do suicídio aumenta com o avanço da idade; as tentativas de suicídio tendem a diminuir, atingindo uma incidência bastante baixa na terceira idade (De Leo & Dieskra cit. por De Leo *et al.*, 2001, cit. por Mourinho *et al.*, 2004).

É também consensual que a taxa de tentativa de suicídio é mais elevada nas mulheres jovens, e de que são os homens mais velhos que correm maior risco de consumarem o suicídio (CDC cit. por Duberstein *et al.*, 2000).

Comparações entre as taxas de suicídio e de tentativas de suicídio, de acordo com a idade, sugerem que comportamentos cujo objectivo é manipular ou demonstrar auto-destruição ocorrem menos frequentemente nos idosos mais novos do que nos idosos com idade mais avançada. Isto poderá indicar que estes estão determinados a cometer o suicídio, esperando que o resultado seja de facto a morte. Esta indicação é reforçada pelos métodos letais que utilizam, pelas notas que deixam, pela avaliação psiquiátrica realizada e pela elevada taxa de suicídios consumados depois de uma ou mais tentativas, em comparação com o grupo dos idosos mais novos (Frierson, 1991; Miller, 1979; Lonqvist & Achté, 1985; Gardner *et al.*, cit. por De Leo *et al.*, 2001 cit. por Mourinho *et al.*, 2004).

4.1.1.3. Família

Do empirismo clínico é reconhecido que as famílias dos para-suicidas aparentam ser rígidas e conflituosas, embora esses contornos sejam difíceis de perceber e mensurar (Saraiva, 2006).

Segundo este autor, os agregados familiares dos para-suicidas podem ser caracterizados pela rigidez, conflitos relacionais e dificuldades na comunicação. No geral, são famílias numerosas e o ambiente é retratado significativamente como mau, sendo o pai e a mãe definidos como punitivos ou ausentes.

O stress resultante de famílias violentas e a ausência de um ambiente de suporte familiar, tem um papel importante na ideação suicida (Reinherz *et al.*, 1995; Johnson, Brent, & Connolly, 1998).

4.1.1.4. Acontecimentos de vida

Para além da importância dos acontecimentos de vida em relação à família, acima referidos, vários autores evidenciam um maior número de acontecimentos de vida negativos fora do controlo dos indivíduos para-suicidas, sendo particularmente focados múltiplos conflitos e problemas sexuais.

Brent *et al.* (1988) referiram as perdas familiares e as dificuldades de relacionamento os principais acontecimentos de vida deste tipo de doentes. O destaque ia para discussões conjugais e doença grave do próprio ou de um familiar.

Rivas, Torres e Zulueta (1998) chamam a atenção para a importância que as relações intrafamiliares desempenham no desenvolvimento de comportamentos suicidários. As emoções expressas no seio familiar parecem adquirir uma relevância significativa no estudo do comportamento para-suicidário (Santos, 2007).

As razões assinaladas pelos para-suicidas para os seus comportamentos são diversas, mas o nível de concordância com os psiquiatras é apenas de 50% em relação à intenção suicida (Bancroft *et al.*, 1979, cit. por Saraiva, 2006).

Neste estudo, o grupo de doentes apontou como principal razão a existência de uma situação insuportável que obrigava a fazer alguma coisa sem que se soubesse bem o quê. De seguida os doentes assinalaram, por ordem decrescente: aliviar o estado de tensão, fugir momentaneamente de uma situação insuportável, perda estranha de controlo, provar o amor a outrem, mostrar o desespero, procurar ajuda, testar o amor de outrem, vingança, influenciar outrem e simplificar a vida de outrem.

Na população portuguesa, as explicações para os comportamentos suicidários parecem diferir no doente e nos familiares, segundo Sampaio (1985), 13% dos para-suicidas imputam o seu gesto a factores externos ao próprio e à família, ao contrário de 42% das famílias que responsabilizam esses mesmos factores.

4.2.1. Métodos

A ingestão de barbitúricos decresceu a partir dos anos 70 como método de comportamento suicidário, acompanhando também a diminuição de prescrições. Actualmente, de entre os fármacos mais usados em sobredosagens encontram-se benzodiazepinas, antidepressivos, antiepilépticos, antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios. Substâncias químicas altamente tóxicas usadas na agricultura, como os pesticidas, são também métodos escolhidos no nosso país (Saraiva, 2006).

De acordo com este autor, numa forma global, os métodos mais utilizados no continente europeu, são intoxicações medicamentosas (64% homens e 80% mulheres) ou corte de pulsos (16% homens e 9% mulheres).

É importante realçar que a própria escolha do método para-suicida indicia, quase sempre, uma intenção suicida alta ou baixa. Aparentemente, os métodos violentos surgem associados a alta intenção suicida e nos casos de intoxicação voluntária baixos valores na intenção suicida poderão querer significar risco elevado de complicações médicas.

4.3. Terapêutica e Prevenção

“Quando abriu os olhos, Veronika não pensou: ‘Isto deve ser o céu’. O céu jamais utilizaria uma lâmpada fluorescente para iluminar o ambiente, e a dor – que apareceu uma fração de segundo depois – era típica da Terra. Ah, esta dor da Terra – ela era única, não pode ser confundida com nada. Quis mexer-se, e a dor aumentou. Uma série de pontos luminosos apareceram, e mesmo assim Veronika continuou a entender que aqueles pontos não eram estrelas do Paraíso, mas consequência do seu intenso sofrimento.

- Recuperou a consciência – ouviu uma voz de mulher. – Agora você está com os dois pés no Inferno, aproveite.”

(Paulo Coelho, *Veronika Decide Morrer*, 1998)

4.3.1. Internamento

À partida, poderá ser formulada a pergunta se os para-suicidas justificam um investimento terapêutico, até porque muitos deles têm alta dos Bancos de Urgência sem qualquer orientação. Frances & Clarkin (1981, cit. por Saraiva, 2006), referem mesmo uma melhoria espontânea após o para-suicídio e as vantagens do não tratamento, com argumentos realistas relacionados com iatrogenização, perda de tempo e custos. Também a própria questão dos critérios de internamento suscita controvérsia, existindo autores que se opõem à hospitalização psiquiátrica após o para-suicídio, pela regressão que pode provocar (Sampaio, 1985), enquanto outros defendem um internamento curto para tirar partido de um maior envolvimento familiar (Klerman, 1986).

4.3.2. Psicoterapia

A psicoterapia de um para-suicida desafia as capacidades intelectuais e emocionais de qualquer terapeuta (Saraiva, 2006).

Na tentativa de dar uma resposta a esta problemática, várias abordagens psicológicas têm contribuído com modelos explicativos e investido no desenvolvimento de programas terapêuticos de intervenção nos comportamentos suicidários.

4.3.3. Tratamento psicofarmacológico

Goldblatt & Schatzberg (1990, cit. por Saraiva, 2006), consideram que as terapêuticas somáticas devem ter como alvo os sintomas da afecção subjacente, bem como os factores de stress ou o tipo de apoios sociais. Para além disso, o clínico deve prescrever no contexto geral da

relação médico-doente. Muitas das vezes é preferível que o doente não fique em poder de grandes quantidades de medicamentos, sendo detentor apenas, por exemplo, da medicação diária ou semanal, quando existe a possibilidade de intoxicação medicamentosa.

4.3.4. Prevenção

Uma prevenção de suicídio efectiva deverá combinar estratégias dirigidas à população em geral e outras cujo objectivo são os grupos de risco.

A mudança de atitudes da parte de uma comunidade em relação ao suicídio não é possível dum momento para o outro.

As campanhas de educação para o público em geral têm como objectivo promover o reconhecimento do risco de suicídio, nomeadamente os sinais de alarme, a informação acerca de factores de risco, de protecção, doença mental e a redução do estigma associado a doença mental e aos comportamentos auto-destrutivos.

O estigma é um obstáculo à procura de ajuda e está presente em todos os níveis da sociedade. São conhecidas as atitudes punitivas, por vezes brutais, da parte de alguns técnicos de saúde nos cuidados prestados ao suicida frustrado, como por exemplo nas “lavagens ao estômago” e a punição dos olhares, por exemplo, nos Serviços de Urgência. Trata-se de uma linguagem não verbal que estigmatiza de uma forma perene.

A informação contida nas campanhas de educação deve revestir-se de cariz pedagógico e abrangente, relacionada com as perspectivas históricas, filosóficas, religiosas, psicológicas, sociológicas, de modo a que seja contemplada uma reflexão despreconceituada e séria.

Educar todos os que na comunidade lidam com grupos de risco – professores, pais, educadores, enfermeiros, trabalhadores das prisões, lares e outros – constitui uma oportunidade de identificar indivíduos em risco e orientá-los para avaliação e tratamento.

À comunidade e aos governos compete estabelecer normas que poderão diminuir os suicídios impulsivos. É o que acontece nos gestos suicidas súbitos, com armas de fogo, pesticidas, psicofármacos, após discussão, desencadeando sentimentos como vergonha ou culpa.

Uma legislação restritiva no uso de armas de fogo, na prescrição de barbitúricos, na redução das quantidades por embalagens de fármacos de elevada toxicidade, como o paracetamol, e na venda de pesticidas tóxicos, pode declinar o número de mortes por suicídio de indivíduos impulsivos, que com o seu gesto procuravam apenas um escape de uma situação difícil

de tolerar emocionalmente. A proximidade destes meios pode levar a que eventuais para-suicidas se transformem em suicidas “involuntários”.

O papel do Clínico Geral, é essencial na identificação de casos de alto risco suicida. Sabe-se hoje que a maioria dos suicidas tem contacto com o seu médico um mês antes da morte, assim, o foco dos programas de formação dirigidos a estes profissionais deve ser:

- O diagnóstico precoce e tratamento eficaz da depressão;
- Aprender a detectar e a valorar a ideação suicida;
- Formas de avaliação do suicídio;
- Formas de comunicação com um suicida.

Diversas intervenções terapêuticas psicológicas e psiquiátricas podem ter impacto na prevenção secundária e terciária:

- Reduzir a ideação suicida ou as tentativas de suicídio;
- Actuar na impulsividade, raiva, irritabilidade e agressão auto-dirigida;
- Melhorar a adesão à terapêutica;
- Reduzir os sintomas clínicos ou aspectos do prognóstico e curso associados ao risco de suicídio;
- Tratar comorbilidades;
- Proporcionar suportes sociais e comunitários e continuidade de cuidados pós comportamento suicidário.

Apesar de até agora nenhuma investigação ter concluído que é possível prever ou prevenir o suicídio de qualquer indivíduo, mesmo os de grupos de risco, uma história de tentativa de suicídio e a existência, num dado momento, de ideação suicida são o melhor predictor de comportamento suicidário (Santos, Freitas e Saraiva, 2006).

Delineamento do Estudo e Método

Segundo Pinto (1990), o método remete para os procedimentos ou técnicas específicas para a recolha e análise dos dados. A metodologia descreve e analisa “(...) os métodos científicos, as suas potencialidades e limites, assim como aos pressupostos subjacentes à sua aplicação. O objectivo da metodologia não é compreender os produtos da investigação científica, mas antes o próprio procedimento científico”. (p. 35).

1. Pertinência do Estudo de Caso

A terceira idade dá-nos a possibilidade de uma construção muito diversificada de problemas científicos e de objectos de estudo, todos eles do maior interesse e que podem conduzir o investigador à indecisão, dada a curiosidade científica que poderá sentir por áreas e temas distintos.

Por vezes, as sensibilidades e motivações que advêm de uma experiência prévia podem ser decisivas e facilitar essa escolha, foi esse o meu caso. Interessa-me os comportamentos suicidários em idosos. O que pode levar um indivíduo que tem uma maior experiência de vida, que sabe que o tempo que tem para viver é mais curto do que o que já viveu, a querer antecipar a morte? Os idosos são a segunda população com maior índice de suicídio em Portugal, no entanto há uma lacuna relativamente a informação sobre este tema e isto desperta-me algumas questões que pretendi estudar neste trabalho: Quando há uma taxa elevada de suicídio, existe ao mesmo tempo, vários sujeitos que o tentam, embora não seja fatal, assim sendo haverá vários fenómenos de para-suicídio em idosos, ainda que na literatura este seja apontado maioritariamente como sendo característico da faixa etária dos 16-20 anos. Terão as mesmas características do para-suicídio adolescente? Será cometido pelos mesmos motivos?

Com este estudo, esperava encontrar algumas respostas para estas questões, nomeadamente factores diferenciais dos descritos para uma população mais jovem. Para isso a análise qualitativa dos dados, decorrente do estudo de caso, parece a mais frutífera, no sentido em que, a partir da singularidade deste caso, se podem levantar novas questões.

Partindo desta base de interesse pelos comportamentos suicidários na terceira idade, a presente investigação representa o estudo de caso de M., uma idosa que tentou o suicídio em consequência duma depressão subjacente a outros problemas de saúde.

M. é uma mulher de raça branca e nacionalidade portuguesa. Vive numa aldeia rural no litoral de Portugal, é uma mulher de cabelo grisalho, olhos grandes e escuros, escondidos atrás de uns óculos de lentes grossas, tem um rosto cansado, marcado pelas dificuldades da vida que se espelham nas suas muitas rugas. Tem 67 anos, embora aparente mais, tem uma estatura baixa e é forte. É casada e tem três filhos: duas filhas (uma com 48 e outra com 41 anos) e um filho com 45 anos. Tem oito netos e dois bisnetos.

A idosa entrevistada é uma pessoa física e mentalmente autónoma, apesar dos seus vários problemas de saúde, e tentou pôr fim à sua vida há um ano.

Demonstra algumas dificuldades de organização do discurso, mas no geral expressa-se bem.

O que encontrei em M. foi um conjunto de factores de risco ao longo da sua vida que conduziram ao para-suicídio, este surge nesta idosa ligado aos acontecimentos de vida em relação à família, isto confirma a ideia de que há um maior número de acontecimentos de vida negativos fora do controlo destes indivíduos em comparação com outros sem esta problemática. M. sofreu perdas familiares precoces, dificuldades de relacionamento e rupturas familiares que foram determinantes para que ela fosse deprimindo, há nesta mulher uma depressão continuada e nunca tratada, o que me leva a pensar que o para-suicídio veio acontecendo aos poucos, houve em M. um suicídio silencioso e lento que veio acontecendo à medida que o tempo passava.

M. vem de uma família conflituosa e mais tarde volta a reviver um ambiente de conflitos, nomeadamente com o filho, uma pessoa que lhe é significativa, que tinha problemas de drogas e álcool e essa dificuldade persistia há algum tempo antes da tentativa de suicídio.

Tive, assim, como objectivos específicos: conhecer a imagem que o idoso tem de si próprio e da relação com os seus familiares; compreender o papel e o estatuto do idoso no grupo familiar; compreender as razões que levaram ao para-suicídio e a forma como ele representa essa realidade. Para tal e tendo em vista o conhecimento aprofundado desta problemática, sem procurar extrapolar os resultados obtidos para outras populações, que não a estudada, e sem pretensão de representatividade estatística, optei por uma pesquisa exploratória e intensiva. Procedi assim, ao estudo de caso, valorizando a descrição do fenómeno ou situação pelo

indivíduo e a sua opinião, optando-se pela entrevista semi-estruturada como principal instrumento de recolha de dados. Interessou-me compreender o para-suicídio associado à depressão na terceira idade, e de que forma interfere com a vivência diária do idoso, da família e nas relações que se foram estabelecendo ao longo da vida. Mais do que uma busca por dados estatísticos e significativos, pretendi conhecer o âmago da questão e aceder ao vivido e sentido ao longo do tempo, assim como situar-me o mais próximo possível da realidade concreta do sujeito.

A pesquisa centrou-se no testemunho do idoso e na descrição de passagens da sua história de vida, tendo, no entanto, a consciência de que a narrativa do idoso é sempre articulada em função da sua interpretação dos acontecimentos, e que este poderá não incorporar no seu discurso determinados factos ou condições que lhe tenham passado despercebidos ou que ele, inconscientemente, rejeite. Surge, no entanto, como mais importante, a significação atribuída pelo mesmo às situações ou factos, uma vez que estas só são importantes a partir do momento em que são percebidas e interpretadas pelo sujeito, condicionando a sua actuação.

De acordo com Duhamel e Fortin (2003) o estudo de caso é uma metodologia que permite estudar não apenas um único sujeito mas também uma família, grupo ou organização. Os objectivos deste tipo de metodologia situam-se a dois níveis: aumentar o conhecimento face a um sujeito permitindo a elaboração de hipóteses e serve também como meio de analisar os efeitos de alguma mudança no indivíduo.

Marques (1999) fala-nos da psicologia enquanto “*ciência do individual*” (p.50) cujo objecto de estudo deixou de ser “*individuo-objecto e individuo-sintoma*” (p.51) para ser “*o individuo-sujeito, considerado sujeito-vivência e sujeito-relação*” (p.51).

Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut (1999) falam deste tipo de metodologia da seguinte forma: “É o aspecto da realidade intimista e de confiança que faz o valor actual destes documentos, em contraste com a despersonalização dos estudos estatísticos.” (p.90).

Marques (1999) acrescenta: “O único trabalho que a Psicologia Clínica pode efectuar é o de *construir o conhecimento* da realidade psicológica do sujeito e não captá-lo e imobilizá-lo numa designação breve” (p.33).

A possibilidade de podermos captar o nosso objecto de estudo só pode operar num espaço e num tempo criados e recriados por dois sujeitos, ambos implicados subjectivamente numa interacção que só o *contexto* e os *saberes* respectivos limita e delimita, espaço e tempo onde opera a *intersubjectividade*. (p.34)

Também Yin (1984) revela dados importantes em relação ao estudo de caso. Para o autor, esta é a metodologia mais utilizada quando se colocam questões em redor do **como** e do **porquê**, quando o investigador não pode controlar todas as variáveis em redor do seu alvo de investigação ou quando se pretende estudar um fenómeno no contexto real em que ele acontece.

O estudo de caso permite-nos estabelecer relações entre os elementos de um mesmo sistema (Hammersley, Gomm & Foster, 2000), possibilitando um maior entendimento do indivíduo no seu ambiente.

Segundo Pinto (1990), o estudo de casos é um método de observação que pretende descrever, de modo preciso, os comportamentos de um indivíduo. Constituí um tipo de investigação muito semelhante ao da observação naturalista não tendo por objectivo manipular variáveis ou estabelecer relações entre elas. No método de estudo de casos, o investigador é, frequentemente, um observador participante, podendo efectuar modificações e ajustamentos no seu comportamento de forma a avaliar certas hipóteses específicas que tenha previamente desenvolvido e estando o seu interesse mais centrado num determinado tipo de comportamentos previamente seleccionados, do que na totalidade deles.

Ainda que Oliveira (2001) nos diga que é um método que inevitavelmente se revela inferencial dada a existência de imensas variáveis de difícil controlo e Poirier e outros (1999) alertarem para o facto de o investigador se tornar também ele um elemento presente no estudo, é esta a metodologia que mais nos permite chegar ao outro, vendo-o como ele é: indivíduo integrado no seu ambiente em constante relação com os outros.

Posso concluir então que o estudo de caso é um método privilegiado de aceder às vivências do sujeito e do ambiente que o rodeia, permitindo explorar com os próprios “personagens” o manifesto e o latente, preservando a individualidade, ao contrário da generalização e massificação de dados inócuos e desprovidos de contexto.

Para complementar o estudo de caso e compreender quais as dimensões da vida da idosa que são afectadas pelas dificuldades/acontecimentos apresentadas, compreendendo o que elas implicaram e implicam na sua vida relacional, física e afectiva foram utilizados a entrevista clínica de investigação, o Teste de Rorschach e Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage.

2. Os Métodos Projectivos

Para a investigação da personalidade o psicólogo dispõe dos métodos projectivos que possibilitam uma apreensão mais profunda dos conteúdos dos quais o sujeito não tem total consciência (Rosa, 2000).

L. F. Frank (1939, cit. por Rosa, 2000), criou a expressão “métodos projectivos” para designar um conjunto de instrumentos que procuravam abordar o indivíduo no que ele tem de singular.

A noção de “projectão”, quando se fala de técnicas projectivas, não se refere aos mecanismos de defesa, mas a um processo comum a todos os indivíduos. Trata-se de uma projectão interpretativa.

Laplanche e Pontalis (1974, cit. por Rosa, 2000) definem a projectão dizendo: “o sujeito percebe o meio ambiente e responde ao mesmo em função dos seus próprios interesses, atitudes, hábitos, estados afectivos duradouros ou momentâneos, esperanças, desejos, etc.”. O indivíduo estrutura ou interpreta a sua realidade de acordo com as suas próprias características. Há uma interacção dinâmica entre os objectos do mundo externo e o mundo interno da pessoa, criando-se uma terceira realidade. Para esta percepção dinamicamente significativa da realidade, Bellak (1992) propõe o termo “apercepção”. De acordo com esta definição, a apreensão do meio terá sempre um componente subjectivo. As preocupações, vivências e necessidades do indivíduo no momento direccionam a atenção e a percepção do ambiente.

Existe um contínuo na percepção que iria, teoricamente, desde uma percepção “objectiva” até uma distorção aperceptiva extrema que implicaria uma perda de contacto com a realidade.

Nas técnicas projectivas procura-se favorecer o aparecimento do mundo interno. É fornecido um mínimo de elementos externos suficientes apenas para produzir a resposta e permitir uma avaliação do contacto com a realidade. Anzier (1961) afirma que a percepção é feita

do confronto da estimulação (factores externos) com a intensidade das necessidades do indivíduo (factores internos).

2.1. O Rorschach

Este teste foi criado em 1920 por Herman Rorschach, e é um dos testes projectivos mais difundidos e estudados no âmbito da Psicologia Clínica. A sua utilidade repercute-se no modo como possibilita, inserido num contexto relacional, aceder à subjectividade do sujeito, à sua identidade nas suas mais diversas expressões.

Composto por dez pranchas onde figuram manchas precisas do ponto de vista perceptivo mas ambíguas, este teste induz à regressão. Esta configuração apresenta um duplo apelo ao real, à percepção e ao imaginário, à projecção.

Estes procedimentos reenviam a um trabalho assimilável ao trabalho do sonho, produzindo movimentos que vão da fantasia à realidade. Promove um convite ao jogo entre as representações e os afectos, observando-se as possibilidades que o sujeito apresenta de ligação a si e ao mundo real e relacional.

O uso desta prova projectiva, não exclui, de forma alguma, a entrevista. O seu uso inscreve-se num procedimento clínico de conjunto, cuja intenção exploratória necessita de uma abordagem pluridimensional, que permite a melhor compreensão possível do sujeito (Chabert, 1998).

De acordo com esta autora, esta prova vem, por vezes, completar ou mesmo esclarecer os dados clínicos obscuros ou insuficientes que podem, então, adquirir um sentido determinante na compreensão do sujeito. Por outro lado, a referência aos elementos trazidos pelos testes projectivos, e a sua confrontação com as informações vindas de outras fontes, conduzem a uma apreensão do funcionamento psíquico de um sujeito muito mais exaustiva e fiável.

Adaptando a fórmula proposta por Catherine Chabert (1998) *“Vou mostrar-lhe dez cartões e vai dizer-me tudo aquilo em que eles o fazem pensar, o que pode imaginar a partir destes cartões”* aplicar-se-á este teste.

A articulação das várias características perceptivas é susceptível de ser traduzida por um determinado valor simbólico.

Poderemos relacionar, em termos simbólicos a apresentação da prancha I com o início ou a entrada num assunto, colocando a situação ao nível da abordagem do desconhecido.

A construção simétrica das pranchas em torno de um eixo médio remete para a projecção do corpo e são as pranchas mais fechadas, como é o caso das pranchas I, IV, V que mais facilitam este tipo de projecção. A prancha V por ser unitária comporta um forte apelo ao sentimento de integridade psíquica, que pode ser ameaçada por um estado de sofrimento. Este sentimento de integridade liga-se ao do conceito de si. Esta prancha coloca questões que dizem respeito ao investimento narcísico da imagem de si.

No caso da prancha IV, a solicitação simbólica latente está ligada ao poder, à força ou à autoridade. Estas imagens de potência serão melhor ou pior organizadas consoante sejam ou não testemunho de uma construção corporal delimitada e bem definida.

A justaposição da mancha e do fundo branco que observamos na prancha VII põe à prova os limites dentro/fora. A invasão pelo branco ou o fascínio pelo vazio pode remeter para a destruição, para um nível de funcionamento primário em que surgem temas onde o corpo aparece vazio, destruído.

A sensibilidade às lacunas intramaculares, aos contornos recortados da mancha ou a abertura superior da mancha e poderá remeter para uma fragilidade ao nível da imagem do corpo.

O vermelho que vemos aparecer nas pranchas II e III, reenvia para as pulsões agressivas e sexuais. A um nível primário emergem temas de destruição, rebentamento, a um nível mais evoluído vemos surgir temas de luta ou competição.

Nas pranchas de configuração bilateral, pranchas II, III e VIII, a representação do corpo pode ser fortemente posta à prova. O esforço de unificação, reflectido em respostas globais poderá indiciar uma procura ansiosa de unidade face ao material sentido como disperso ou fragmentado. Face à apresentação das figuras em duplo em que um é a réplica do outro, poderá indiciar fragilidades ao nível da identidade.

A significação simbólica dominante que resulta da disposição espacial das silhuetas humanas que se impõem no caso da prancha III, predispõe para a expressão da representação de si face ao outro e da relação que se procura. A apresentação da prancha VIII preside neste teste à introdução das várias cores de tom pastel constituindo a solicitação, nesta prancha, à partilha emocional. As respostas poderão reflectir a valorização narcísica ou preocupações somáticas ou

até mesmo de uma vivência de destruição corporal. As cores poderão provocar distorções e confusões dentro/fora.

As pranchas VIII, IX e X multicolor de tons pastel favorecem associações que reenviam para preocupações hipocondríacas e. i. para angústias de fragmentação.

A prancha X pela sua grande dispersão, põe à prova as capacidades de unificação da imagem corporal.

3. A escala de depressão geriátrica de Yesavage

A GDS (Geriatric Depression Scale), foi desenvolvida em 1982 por J.A. Yesavage e colaboradores. Tem 30 itens desenvolvidos especificamente para identificar a depressão em idosos. Os itens têm respostas de sim ou não, que foram pensadas para ser mais simples que as escalas com várias categorias de resposta, sendo a sua avaliação quantitativa directamente proporcional: quanto maior a cotação atingida, maior a incidência de sintomatologia depressiva passível de ser avaliada em pormenor. Contudo, um diagnóstico de depressão não deve ser feito somente com base no resultado desta escala. Apesar deste teste ser fiável e válido, os resultados devem ser considerados no conjunto do diagnóstico e é recomendado como parte de uma consulta geriátrica.

4. A entrevista clínica de investigação

Com o objectivo de construir a história de vida do sujeito, acedendo à sua subjectividade bom como às suas circunstâncias reais de vida, utilizar-se-á a entrevista clínica.

“Só «colados» na onda da história poderemos compreender, aceitar e melhorar a condição daquele que se nos entrega como doente”.

(Coimbra de Matos, 2001, p. 63)

Chiland (1983) descreve a entrevista como uma troca de palavras entres duas pessoas, onde se estabelece um diálogo assimétrico, dado o facto de suceder entre alguém que é profissional e um outro que não o é.

Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut (1999) consideram a entrevista semi-directiva a melhor forma de aceder ao mundo interno do sujeito, já que lhe permite falar de si, tendo como guia um questionário que serve como mera orientação de ideias.

Segundo Castàrede (1983), ao realizar uma entrevista de investigação é importante ter em conta a liberdade que é dada ao entrevistado, bem como à profundidade que se pretende conseguir por meio das questões.

Numa entrevista em que se pretende conhecer o sujeito que está diante de nós, acedendo igualmente ao sentido e não unicamente ao descrito é extremamente relevante ter em conta estas duas dimensões.

Se considerarmos em síntese as contribuições referidas, chegamos a uma fórmula assim: A entrevista clínica deve ser um espaço de partilha e empatia entre entrevistador e entrevistado, sendo que o primeiro conduz a entrevista com o propósito de fazer emergir a natureza dos conflitos do sujeito na sua história, acedendo ao seu mundo interno, focando-se nos períodos críticos antecedentes e desencadeantes. Além de ser uma fonte rica em informações sobre o paciente, pretende-se que a partir da entrevista se observe a expressão do sujeito na sua subjectividade, na sua identidade.

É desejável que durante a entrevista se estabeleça uma relação empática que proporcione a expressão da subjectividade do sujeito. Foco de atenção será o estabelecimento da relação com o seu interlocutor. A atitude será de observação, escuta e de acompanhamento do discurso, onde se pretende que a fala reflecta essa relação empática. Os aspectos não verbais serão também alvo de observação como seja a postura corporal, a mímica, o olhar, a expressão, a modulação vocal. A expressão dos afectos através do corpo torna pertinente a observação de factores como a tonicidade, a respiração, o olhar, a distância e a aproximação, o rosto e a voz (Santos, 2002).

O estabelecimento de uma relação empática permitirá a compreensão efectiva do que acontece no outro, auxiliando-o na melhor compreensão de si. Pretende-se que deste encontro transpareça o modo como a pessoa vivencia as suas experiências e os mecanismos utilizados para a adaptação às vicissitudes da sua vida.

O facto de se ter como objectivo a recolha de dados para um fim de pesquisa, como Leal (2000) o descreve, remete-nos para a necessidade de um guião de entrevista elaborado tendo em conta o modo como o outro lida com as perguntas e delas parte para maiores explorações ou se

conforma dando uma resposta que considere adequada, ou qualquer outro tipo de reacção. Isto é, é necessário ter em conta o outro e o tipo de vivências ou sentimentos despoletados pelas questões (Bénony & Chahraoui, 2002).

A entrevista é um instrumento no qual o entrevistador tem por objectivo obter informações do entrevistado, relacionadas com um objectivo específico e na entrevista aberta o entrevistado é livre para discorrer sobre o assunto. Isto permite ao sujeito narrar a sua própria história e dar as suas próprias perspectivas sobre a questão de investigação. Esta modalidade permite ao entrevistador uma maior flexibilidade, na medida em que se pode alterar a ordem das perguntas e se tem ampla liberdade para fazer intervenções, de acordo com o andamento da entrevista (Bleger, 1993, citado por Teixeira, 2002).

Pedinielli e Rouan (2005) falam-nos de várias formas de entrevista: a directiva, semelhante ao questionário, em que as questões são formuladas por forma a permitir uma resposta directa e em que as instruções são claras e específicas; a semi-directiva, em que as instruções são pouco apontadas e em que é dada ao entrevistado alguma liberdade para explorar os temas que lhe são propostos e a entrevista livre ou não directiva, em que a entrevista não é estruturada e o sujeito é livre de abordar os assuntos que mais deseje.

Surge assim, como melhor alternativa para possibilitar a concretização do objectivo deste estudo o uso da entrevista semi-directiva, em que são formuladas algumas questões, umas mais factuais, outras mais relacionadas com as vivências subjectivas e percepções, entre outras de seguida referidas, sendo deixado ao arbítrio do entrevistado explorá-las como lhe aprouver, sendo que também a forma como são abordadas as questões é alvo de posterior análise.

A proposta apresentada ao sujeito que participou neste estudo, foi concomitante a uma série de encontros onde se estabeleceu uma conversa sobre o próprio, as várias fases da sua vida, família e a sua dinâmica e explorar os episódios depressivos e para-suicidários experimentados no passado pelo sujeito e na forma como os integra na sua história de vida, na sua história relacional e na sua vivência concreta, no seu dia-a-dia, uma vez que de acordo com Saraiva (1999), nas entrevistas de para-suicidas, para além da leitura dos comportamentos observáveis, é importante tentar compreender cognições precedentes e as razões para tais actos.

A entrevista realizada é, pois, uma entrevista semi-directiva composta por 54 perguntas onde são exploradas várias áreas importantes para melhor conhecer M., a sua família e o meio envolvente, tendo sempre presentes as dificuldades enunciadas. É realizada com a própria e

acontece em vários momentos, dada a relevância que determinadas questões assumem dentro daquilo que é o discurso livre do idoso e o tempo que é dispensado às mesmas.

Após uma apresentação entre técnico, idosa e família procede-se à recolha de **informações referentes ao sujeito e respectivo agregado familiar** (questões 1 a 23), nomeadamente idades, situação escolar e profissional, situações médicas de especial interesse ou outras que se considerem importantes para um maior entendimento do ambiente familiar. (P. ex. Quantos elementos constituem o seu agregado familiar?).

Por meio destas questões pretende-se estabelecer uma relação com a idosa, pelo contexto que a envolve, bem como pelos restantes membros da família mais próxima. Torna-se assim possível conhecer o envolvimento ambiental do indivíduo.

Finda esta parte inicial de apresentação da família e ambiente envolvente, e uma vez que não há um pedido, como numa consulta em ambiente hospitalar, exploram-se campos relativos aos dados referentes à história de vida de M. e desta enquanto membro da família - dados anamnésicos - (questões 24 a 35). Com isto pretende-se conhecer o desenvolvimento de M. enquanto criança e posteriormente enquanto adulta, sempre integrada no seu ambiente.

São exploradas áreas como a **infância, a relação dos pais, a idade adulta, história médica, dinâmicas e relações familiares**.

Para tal são colocadas questões abertas para que M. se expresse o mais livremente possível sem que seja induzida a dar um determinado tipo de resposta em função da pergunta. (P. ex. Como foi a sua infância?)

Daqui resultam informações de relevância extrema e que permitem tecer um encadeamento de ideias, encaixando os sintomas apresentados na história de vida da idosa e da família, bem como melhor aceder à dinâmica familiar. Este momento da entrevista é um ponto privilegiado no que respeita ao acesso às vivências emocionais e afectivas. É importante o entendimento sobre as memórias que se formulam, a relação entre elas, e os factores que as despoletam.

Uma vez recolhida toda a história, é explorado o tema principal deste estudo que é o **para-suicídio**, bem como os sentimentos e expectativas que se viviam nesse momento (questões 36 a 52). (P. ex. Qual foi o motivo que a levou a tentar pôr fim à sua vida?). O sujeito foi convidado a descrever a sua experiência de para-suicídio e de episódios depressivos e a relacionar

esses episódios com o entendimento sobre a situação actual enquanto continuidade ou ruptura inscrita na história de vida do indivíduo, constituiu um importante foco ao longo das entrevistas.

São também abordados os assuntos respectivos à vida actual de M. e expectativas para o futuro, uma vez que vários autores dizem que os para-suicidas normalmente não têm a capacidade de se projectarem no futuro.

Tendo em conta a faixa etária do sujeito, a forma como vivencia o seu envelhecimento foi um assunto emergente ao longo do discurso.

Foi criada uma dinâmica onde o interior e o exterior se correlacionaram e interagiram e em que a situação relacional revelou a tonalidade subjectiva de cada um, de onde emergiram os aspectos conflituais.

Perante a emergência de sentimentos depressivos, pressupôs-se a capacidade de observação, que revelou a forma como a depressão se manifesta e se caracteriza no caso em estudo. É importante verificar a sua existência na vida do sujeito, a sua cronicidade e as circunstâncias aquando da sua ocorrência. Foram observados os sintomas que o sujeito reconhece, bem como os descreve e a forma como se inserem na sua história de vida.

Em suma, pretendia-se que a partir da entrevista se observasse a expressão do sujeito na sua subjectividade, na sua identidade, contemplando as interligações com a sua vivência passada – objecto principal deste estudo – e como estas desafiaram o percurso passado e presente do idoso.

A entrevista baseou-se na Entrevista de Avaliação dos Comportamentos Suicidários (EACOS), esta constitui a peça nuclear da investigação e colhe o fundamental da história clínica que leva a uma compreensão global dos problemas do doente e na Autópsia Psicológica, segundo Sampaio (2002), o termo *autópsia psicológica* do suicídio designa o procedimento utilizado para obter informação sobre o estilo de vida e da personalidade do suicida, com detalhes das circunstâncias, comportamento e acontecimentos de vida que levaram à morte. Os dados obtêm-se a partir de uma ou várias entrevistas realizadas à família e a outros elementos significativos do universo relacional da pessoa que atenta contra a própria vida, realizadas de preferência na semana subsequente à morte, de preferência em casa da família do suicida.

Como meio de resumir e esquematizar os dados inerentes à entrevista, apresenta-se a seguinte tabela:

Categoria	Temas abordados	Exemplo	Q.
I. Dados sócio-biográficos	Informações relativas ao sujeito e agregado familiar (dados gerais relativos ao idoso e seu enquadramento familiar).	O que fazia antes de se reformar?	1 – 23
II. Dados anamnésticos	História médica, dinâmicas e relações familiares.	Como era o ambiente na sua família de origem?	24 – 35
III. Para-Suicídio	Dados gerais relativos à tentativa de suicídio do idoso.	Qual foi o método que utilizou?	36-52
IV. Percepções e expectativas	Percepções e expectativas que apresenta face às dificuldades apresentadas.	Como descreveria, brevemente, a sua vida hoje em dia?	53-54

Quadro 2 – Quadro síntese das categorias nas quais se inserem as diversas temáticas e respectivas questões

Apresenta-se de seguida a entrevista:

I. Dados sócio-biográficos

1. Quantos anos tem M.?
2. Qual a sua data de nascimento?
3. Qual a sua nacionalidade?
4. Qual é o seu estado civil?
5. Quais são as suas habilitações literárias?
6. Quantos elementos constituem o seu agregado familiar?
7. Quais as idades dos principais elementos?
8. Qual a escolaridade dos mesmos?
9. Qual era a sua situação profissional antes de se reformar? E do seu marido?
10. Como lidou com a sua reforma?
11. O que mudou na sua vida após a reforma?

12. Qual é a sua ocupação habitual?
13. Está neste momento a frequentar alguma instituição? E até aqui?
14. Com quem passa a maior parte do tempo quando está em casa?
15. Como é a relação de M. com cada um dos elementos do agregado familiar?
16. Quais as actividades que maior prazer despertam em si?
17. Quais aquelas que não gosta de todo?
18. É religiosa?
19. Com quem são os seus relacionamentos habituais?
20. Tem doenças não psiquiátricas?
21. E psiquiátricas?
22. Algum caso de psicopatologia médica ou psiquiátrica nos restantes membros da família que seja conhecida?
23. Como foi para si envelhecer?

II. Dados anamnésicos

24. Recordando a sua história... Como era o ambiente na sua família de origem?
25. Como era a sua mãe? E o seu pai?
26. O que faziam os seus pais?
27. Tem irmãos? Qual é a sua posição na fratria?
28. Gostava que me contasse como foi a sua infância...
29. E a sua adolescência?
30. E a sua idade adulta?
31. Havia problemas de alcoolismo na família?
32. Há historial de doenças psiquiátricas na sua família?
33. Há alguma história de perda por morte muito significativa para si?
34. Há um histórico de gestos suicidas na sua família?
35. Se sim, quantas e quais os membros da família?

III. Para-Suicídio

36. Gostaria que me falasse acerca da sua tentativa de suicídio...
37. Qual foi o motivo que a levou a tentar pôr fim à sua vida?
38. Houve alguma discussão nas 48h anteriores a esse acontecimento? Se sim, com quem?
39. Qual foi o método que utilizou?
40. Em que local estava?

41. Havia alguém presente ou nas proximidades?
42. Qual era o seu pensamento durante esse momento?
43. Escreveu alguma carta?
44. Planeou esse acto?
45. Qual era a sua expectativa principal?
46. Teve assistência médica? Se sim, onde?
47. Houve internamento psiquiátrico?
48. Procurou ajuda antes do comportamento suicidário? E após?
49. Antes ou depois desse dia procurou o médico de família?
50. Teve alguma consulta de doenças nervosas?
51. Já tinha tentado o suicídio anteriormente?
52. Gostaria que me falasse acerca dos sentimentos que vivia antes dessa tentativa.

IV. Percepções e expectativas

53. Como descreveria, brevemente, a sua vida hoje em dia?
54. Como olha para o futuro?

5. Procedimento

Presentemente, a terceira idade é uma faixa etária que predomina no nosso país, mas continua a ser negligenciada em muitos aspectos, a falta de estudos específicos desta área é uma prova disso, e há muitas limitações no que toca ao às temáticas da depressão, mas principalmente do suicídio neste grupo. No contexto deste estudo deparei-me com muitas dificuldades em encontrar uma amostra, é muito difícil chegar até um idoso que tenha tentado o suicídio, há uma tentativa de desvalorização do acto e de encobrimento por parte da família, mas também de algumas instituições. Isso motivou-me ainda mais a compreender esta psicopatologia da terceira idade e como tal, numa tentativa de melhor a entender, optei por realizar este trabalho com base nesta temática.

Quando iniciei a minha “busca” por alguém que se disponibilizasse a fazer parte da amostra deste estudo, enviei projectos para muitos Hospitais do país, Centros de Saúde, alguns lares e instituições frequentadas por idosos, entre as quais a Igreja Evangélica frequentada por M., que se disponibilizou para colaborar neste trabalho. E é desta forma que o caso de M. se torna num caso de estudo.

De modo a facilitar o registo da informação, foi solicitada permissão para gravar as entrevistas. Apesar de alguma intimidação inicial, M. acabou por aceitar a utilização do gravador.

Foi-lhe facultado o Consentimento Informado (*ver Anexo A, pág. 114*) e muitas vezes questionou a pertinência e o interesse da sua opinião: “*Não sei se lhe sei responder!?*”; “*Se calhar não estou a dar as respostas que quer...*”, eram frases que surgiam frequentemente no início das entrevistas.

As três entrevistas realizadas decorreram no domicílio de M., a pedido da própria, onde se sente confortável, onde sente o seu valor perante si mesma e perante os outros. O espaço das entrevistas foi uma sala reservada adjacente à cozinha. Pudemos, assim, manter a privacidade e controlar, até certo ponto, as intromissões. O marido de M. manteve-se algumas vezes por perto durante breves segundos, mas nunca interrompeu, nem condicionou as entrevistas. Verifiquei que M. não se sentia inibida sempre que o marido surgia no espaço em que decorria a interacção, não alterando o seu discurso.

Apesar da riqueza e alguma complexidade da informação obtida, foi possível a sua organização nas várias categorias de análise. A entrevistada não mostra relutância em abordar os temas - à excepção da relação dos pais biológicos - e por vezes encontrou uma notória dificuldade em entender o sentido de algumas perguntas específicas.

Optei por manter e respeitar o padrão de linguagem utilizado pela idosa, apesar dos erros gramaticais ou dos termos e expressões deturpados. Essa linguagem reflecte os contextos culturais em que a informação é reproduzida e permite conhecer de forma mais rigorosa a população em causa.

Resultados

1. A História de M.

A entrevista realizada permite-nos aceder à história de vida de M. relatada pela própria. O texto que se segue representa o resultado dessa mesma entrevista.

Encontro M. pela primeira vez em sua casa, onde vive com o seu marido e com um neto, apesar de este só estar presente à noite. Encaminha-me para uma divisão adjacente à cozinha, onde tem uma mesa com cadeiras. O marido vem ao nosso encontro, tem 68 anos, é um homem baixo, forte, tímido e simpático. É reformado da construção civil. Parece muito envolvido com a mulher e está sempre atento ao que esta diz e faz. No que diz respeito à relação que estabelece com o entrevistador, remete-se ao silêncio, deixando a esposa falar livremente e saindo e entrando de casa, estando atento ao que está a ser dito, fá-lo de uma forma silenciosa e discreta, como que para demonstrar à mulher que está por perto.

M. mantém com o entrevistador uma certa cerimónia, revela alguma vergonha em falar sobre o para-suicídio, mas no geral é bastante participativa e embora lhe seja difícil falar sobre alguns aspectos da entrevista, nomeadamente familiares, fá-lo com coragem, porque *“espera poder ajudar com o seu exemplo”*.

Quando nos sentamos à mesa para conversar, diz logo: *“espero que traga perguntas, porque não tenho jeito para falar”*, eu explico-lhe que tenho algumas perguntas, mas que gostaria de a ouvir falar, como uma conversa, em que não há certo ou errado. Durante o discurso olha para mim, muitas vezes, estando particularmente atenta aos meus movimentos. Quando falo fica atenta, utilizando o que digo para continuar o seu discurso e para o redireccionar. No geral, fala com entusiasmo, principalmente do marido e da Igreja que frequenta. Olha muitas vezes lá para fora pela janela e faz uma pausa antes de iniciar a resposta quando se toca num tema mais difícil para ela. Tem uma boa expressão, quando responde fá-lo de uma forma sobretudo descritiva, gesticula muito e percebe-se pelo seu tom de voz as várias emoções que vai experienciando ao longo da entrevista.

M. tem a 4ª classe, começou a trabalhar muito cedo e é reformada da actividade de empregada fabril, embora tenha também *“amanhado terrenos antes de me reformar”*. Diz-me numa atitude conformada que *“teve que lidar bem”* com a sua reforma uma vez que *“já não trabalhava há*

algum tempo por motivos de saúde e tive que aceitar, fez-me jeito, o meu marido já estava reformado e fez-nos jeito as reformas, porque é disso que vivemos hoje”. Depois da reforma diz que “não mudou nada, uma vez que já estava em casa há algum tempo. Faço a lida de casa, só que agora recebo dinheiro e tenho os direitos dos anos em que descontei. O trabalho de casa é todo bom. Desde pequena que fui habituada a fazer tudo.”

Tem ocupações habituais que diz serem “*fazer a lida da casa toda e nos tempos livres faço um bocadinho de croché ou malha. Neste momento faço mais malha, estou a fazer algumas coisinhas para o meu bisneto que vem a caminho. Tenho um neto aqui em casa, ao meu encargo e tenho de fazer todas as refeições a horas.*”

Quando me fala das suas actividades habituais diz-me que frequenta “*a Igreja Nova Aliança*”. Depois passa muito tempo a explicar-me o que faz dentro da sua Igreja, quando fala deste assunto, demonstra uma grande satisfação e ao falar denota-se que é uma actividade que lhe dá muito prazer: “*passo lá muito do meu tempo livre há já quinze anos, ainda não era reformada quando comecei a frequentá-la. Mas não sou religiosa, sou cristã evangélica. Religioso é quem adora ídolos, como imagens. Os Evangélicos são cristãos, amamos e adoramos Jesus Cristo. Vou lá dois dias por semana e às terças e quintas-feiras reúno-me com algumas pessoas da Igreja em minha casa para orarmos. Portanto, tenho vários dias ocupados, muitas noites também, até à meia-noite, uma da manhã. É muito bom, não há coisa melhor! Ajuda muito para quem é velho como eu, quer dizer, eu não sou velha... Mas lá convivo com pessoas de todas as idades.*”

Os seus relacionamentos habituais são: “*com o meu marido, o meu neto que vive comigo, os outros netos, as minhas filhas e as pessoas da Igreja. Não gosto de ir a casa das outras pessoas, nunca gostei, é cada um na sua casa... A minha avó educou-me assim, eu fui criada com a minha avó até me casar... Portanto não gosto de tu cá, tu lá.*”

Ao contar-me como foi para si envelhecer, diz: “*Foi vindo de dia para dia... Quase que nem damos por ela. Cheguei a estar bastante doente, estava tão acomodada ao sofá... Pedi tantas vezes a morte... Mas vem um dia, outro dia e outro dia e a vida é sempre a mesma, por isso ir para a Igreja foi muito bom, ainda bem que agora estou ocupada! Porque houve uma altura em que eu queria fazer as coisas e não conseguia mesmo... Estava sempre a ser operada, só num ano fiz três. Já viu o que é ter a menopausa aos 28 anos? Engordei... Eu era magrinha! Fiquei assim... Custou bastante... Tem custado. O meu corpo modificou-se todo e por vezes sentia vergonha de ser forte... Tinha complexo de inferioridade. Mas pronto, temos que aceitar, caminhar para a frente...*”

M. tem vários problemas de saúde, é doente cardíaca, tem hipertensão e “*problemas de coluna, no cóccix*”. Ao longo da vida foi operada sete vezes “*à barriga*”, uma das quais aos 28 anos, que a marcou muito porque “*tiraram-me tudo, os ovários e o útero, tiraram-me o que me fazia mulher. Tinha a minha filha mais nova 22 meses... Mas mesmo que eu quisesse ter mais filhos, não podia*”. Além disto, diz-me que tem “*um grande esgotamento*”. Na família há mais casos de psicopatologia médica e psiquiátrica: “*As minhas filhas têm problemas psiquiátricos, o meu marido e a minha neta também sofrem do coração. Uma das minhas filhas (a mais velha) tem um problema nos ossos, já foi operada muitas vezes, agora tem incontinência e está com um problema no cérebro, tem várias coisas... É a que tem mais problemas*”.

Quando lhe peço para contar como é a sua relação com os seus familiares, M. diz que é boa e depois prossegue “*mas não há regra sem excepção, sabe como é a família... Mas vivemos bem. Só há um irmão com quem não me dou (o do meio), mas não me dou com ele porque ele não quer, porque é estúpido, mas de resto dou-me bem com todos*”. Perante isto, achei pertinente explorar a relação com este irmão e pergunto-lhe porque é que não mantém uma relação: *Foi por causa da minha mãe. A minha mãe tinha um feitio quase igual ao dele... Então o meu irmão esteve dezasseis anos sem falar com a minha mãe e ela esteve muito mal por várias vezes do coração e todas as vezes quase que apagava e ele como não se dava, nós íamos ter com ele, para lhe dizer para ir ver a mãe, para ela não partir sem falar com ele, e da antepenúltima vez a minha mãe estava no Hospital e ele foi lá e depois discutiram, fez choque, e a minha mãe disse “Sou desprezada por ti, mas eu não te desprezei, o teu pai deixou-nos e eu fiz tudo. Criei-te sempre até te casares, mesmo com padrasto, e não aceito a maneira como me trata... Fui sempre mulher capaz de governar a vida.” E ele não gostou e disse “Nunca mais!” E depois disse-nos: “A mãe pode estar outra vez na mesma situação, escusam de me chamar que eu não vou vê-la.” E não veio... Foi avisado por todos. Nós somos sete filhos, três do meu pai e mais quatro da minha mãe com o meu padrasto. E então, a minha mãe morreu, e ninguém lhe disse que ela tinha morrido e depois ele revoltou-se contra mim, porque eu morava perto dele e não fui capaz de o avisar, eu nem tinha telefone nessa época, mas os meus irmãos não me deixaram, disseram que se ele entrasse lá havia guerra. Doeu-me tanto... E até hoje não fala comigo*”.

Aproveitando esta temática das relações familiares, inicio a anamnese.

M. nasceu a 2 de Fevereiro de 1942, no seio de uma família com poucos recursos económicos. É a terceira filha de um casal que já tinha dois filhos do sexo masculino. A mãe trabalhava numa fábrica, a profissão do pai não é especificada, “*fazia um pouco de tudo*”. Depois de uma gravidez que não foi planeada, M. nasce e segundo a própria, não é desejada por ser uma menina: “*O meu pai rejeitou-me quando eu nasci, rejeitou, isto é, não queria que eu nascesse, já tinha dois rapazes e depois o meu nascimento não foi aceite por ser rapariga*.” O pai saiu de casa quando M. tinha 2

meses e a mãe culpava-a por essa separação: “*Culpava-me por ter nascido...Dizia-me ‘Logo tinhas que nascer!’*”, porque eu era a causadora de toda a zanga que houve, porque o meu pai não aceitava mulheres, dizia que nem que tivesse uma equipa de futebol, mas raparigas não! Não queria raparigas para serem desfrutadas pelos rapazes. Então ela metia-me as culpas em mim por eu ter nascido!”

Aliás, quando questionada acerca do seu ambiente familiar diz: “*Ai o meu pai e a minha mãe...! (Põe as mãos na cabeça). O ambiente era tão mau! Muito mau! De zangas, de pancada, de discussões, de... Eu sei isto, porque a minha mãe me contou. Eu já era o quarto filho, mas a minha mãe teve um aborto porque o meu pai bateu-lhe e ela expulsou a criança.*”

M. descreve assim a sua mãe: “*Era agressiva e seca... Uma mãe seca. Faltou-nos com tudo! Não tinha nada... Ela não podia fazer mais, a fábrica não dava. Fazia renda de noite e de dia, mas era impossível... Ela tinha momentos em que era boa... Gostava muito dela, mas não era aquela mãe de dar um beijinho, não dava um abraço, não era carinhosa... quando era pequena nunca me lembro... E para os meus irmãos a mesma coisa...*”. Sobre o pai, diz que “*era um homem que gozavam com ele, era um homem que usava o cabelo como agora se usa, lia o livro de S. Cipriano e fazia profecias, dizia que vinha a chuva, que vinha o vento... Tinha a mania que sabia cantar o fado e era gozado por todos. Nem é bom pensar... Isto é um trauma mas um trauma na vida duma pessoa! (Exalta-se). Na escola era gozada, não tinha prendas de Natal... E depois as colegas: “Olha, é a filha do..., não tem vergonha!”*”.

Depois dessa separação, a mãe de M. vai com os três filhos para casa dos pais (avós maternos de M.): “*O meu avô materno é que nos criou – o meu avô também era sapateiro – a mãe dele também não o criou, morreu quando ele nasceu e depois teve uma madrasta que foi boa para ele*”.

A mãe sai de casa para viver com um novo companheiro (com o qual viria a ter mais quatro filhos) quando M. tinha quatro anos e leva o filho do meio, “*porque o meu avô não o suportava por ele andar sempre à pancada com o irmão e comigo*”, sobre isso M. diz-me que “*esse irmão era o revoltado, eles não podiam estar os dois que engalfinhavam-se por tudo e por nada, não se dava com o irmão, era um revoltado, foi sempre...*” M. permanece na casa dos avós com o irmão mais velho e diz: “*Até aos sete anos eu andei ora cá, ora lá, só dos sete em diante é que fiquei sempre com os meus avós maternos*”.

Do padrasto diz que “*não era mau, a minha mãe era pior que ele. Ele tratava-nos bem, mas também não foi um pai, porque eu não vivi com ele*”.

Questionada acerca do contacto com o pai na infância, M. conta: “*eu não convivi com o meu pai, até tinha medo dele quando o via! O homem metia respeito! Tinha um medo!*”. Só teve um contacto com ele e descreve o episódio: “*Uma vez fugi à escola... Havia escola ao sábado na época em que eu era criança e uma colega disse-me: “- Olha, eu sei onde mora o teu pai e se tu quiseres, tu vens à escola, mas a gente não entra e eu levo-te lá ao teu pai” E assim foi... Ele morava num quarto e depois nós subimos a escada, entrei lá, era um quarto tão preto, tão preto, tão sujo, tão sujo! Ele estava a fazer ginástica, fazia assim (imita os exercícios com os braços e a respiração) ... Ai o meu coração batia tanto, tanto!... Acelerado, acelerado!... E ele disse: “-Olá filha!” e deu-me 25 tostões. Quando a gente se foi embora, fomos às cerejas, comprei aquele dinheiro em cerejas para a minha avó não ralhar onde é que eu tinha arranjado o dinheiro... e depois esperei que saíssem da escola, para sair à hora e ir para casa. O meu pai não bebia, mas era doente, doente do cérebro, mas nunca foi ao médico... Chamavam-lhe doido! Era tonto! E eu era filha dum tonto! Era o que as pessoas diziam...”.*

Quando fala da sua infância, diz-me: “*Foi alegre! Eu brincava tanto! Tinha o jardim em frente à casa do meu avó e eu brincava lá com os meus irmãos, corria aquilo tudo com uma cana com duas rodas de cortiça e corríamos o jardim todo à volta. Saltava à corda e fazia outros jogos... Foi muito alegre! Lembro-me de muitas coisas boas e de brincar muito!*”.

Dos avós diz que também eram pobres “*naquela altura era a Confraria de S. Vicente de Paulo ou as Caritas que ajudavam com a comida, pronto, não faltava comida, quando era Verão os vizinhos davam-nos peixe e quando era Inverno comíamos uma vez à tarde, já dava para todo o dia... Depois no outro dia comíamos outra vez à tarde, não nos deitávamos sem comer, a minha avó era muito zelosa, essa é que era um amor! Ela era doméstica e também tinha problemas de coluna, o meu avó tinha um problema de estômago - que hoje é cancro – e era diabético, então tinha que comer peixe e carne todos os dias, e era difícil ela dar-lhe isso todos os dias. Eu dormia com a minha avó e o meu irmão com o meu avó, só havia duas camas e feitas com umas ripas com um colchão de palha, com os lençóis remendados, rotos, rasgados... Depois eu fazia xixi na cama, no outro dia levava pancada.*”

Acrescenta que “*assistia às zangas do meu avó com a minha avó, porque ela pedia-lhe dinheiro para ir à loja, mas no fim do dia ele pedia-lhe contas de tudo! Era horrível! (estremece). E aquilo para mim, criança, quando eu ouvia o meu avó chateado com a minha avó... (silêncio e chora). Não lhe vi bater, só lhe vi bater uma vez, porque ela resmungou com ele e ele foi-lhe ao focinho, foi só uma vez! Até aos 19 anos nunca vi fazer-lhe mal, mas ele era agressivo nesse ponto, ela chorava tanto... Porque ela às vezes dava-me um tostão ou dois para levar para a escola para eu comprar um chupa ou tremoços e ela não queria que ele soubesse e tinha que encaixar nas despesas e depois dizia-me “Faz aqui a conta” e eu punha meio tostão ou um tostão noutros sítios para poder*

dar certo, se a conta tivesse errada queria logo saber onde se tinha gasto o resto do dinheiro. Então era só por isso que eles discutiam”.

Pergunto-lhe se a violência a que assistia desde sempre estava associada a problemas de alcoolismo e M. diz que sim, *“O meu pai não, mas o meu padrasto e o meu avó... Ai mas o meu padrasto! O meu padrasto era assim, era sapateiro, mas ia descarregar peixe e com o dinheiro que ganhava já vinha encharcado, por isso é que havia as zangas com a minha mãe. Ele não era mau de carácter...”.*

Após ter terminado a antiga 4ª classe, M. começou a trabalhar com 15 anos numa fábrica de conservas, manteve sempre o contacto com todos os seus seis irmãos, com a mãe e o padrasto, mas permaneceu a viver com os avós até se casar aos 19 anos: *“Com 18 anos conheci o meu marido e com 19 casei-me, então estive com os meus avós dos 7 até me casar. Casámo-nos os dois com 19 anos e eu já ia grávida de 2 meses da minha filha mais velha. Mas foi amor genuíno! Porque muita gente casava e eu desejava votos de felicidade assim como eu naquele momento vivia. Nós não tínhamos nada, hoje temos tudo, mas antes não tínhamos nada! Fomos para um quartinho que nos cederam e só tínhamos uma cama e uma mesa-de-cabeceira, eu levei a minha malinha do enxoval, deram-nos loiça, um fogareiro, a bancada era uma tábua de madeira e assim vivíamos... Aos poucos fomos adquirindo coisas e mudando de casa”.*

M. teve a primeira filha em 1961, o segundo filho em 1964 e a terceira filha em 1968. Foi entre o primeiro e o segundo filho que a saúde de M. começa a piorar com uma queda no local de trabalho, onde fracturou o cóccix, depois disso *“foi sempre a piorar”.* A terceira filha nasceu com problemas de saúde e M. descreve um episódio com a mãe: *“Quando nasceu a minha filha mais nova, eu estava constipada, e a menina nasceu constipada e com mês e meio teve uma pneumonia e teve mesmo a morrer... Fui baptizá-la à pressa, mas houve um médico que veio vê-la, deu-lhe uns supositórios e pôs a menina a dormir como morta, toda amarela, os olhos roxos... Mas ela no outro dia continuava e eu levei-a outra vez ao médico e ele deu-me uma ampola para lhe dar uma injeção e disse-me “- Se ela reagir, muito bem, se não reagir avise-me logo”, isto foi tudo num dia 16 de Julho, mandou-me enrolá-la e pôr-lhe botijas de água quente e durante a noite ela começou a recuperar a temperatura do corpo, mas nesse dia eu fui ao médico, baptizei-a e fui a casa da minha mãe e ela disse-me: “- Isto é que é a merda que tu trazias dentro da barriga?”, por causa da minha menina ser pequenina... Se fosse hoje punham-na logo numa incubadora... E naquela altura a menina enfezou, em vez de crescer, definhou, porque estava doente, eu tinha muita tosse quando ela nasceu e ela veio com aquela tosse toda, tive a noite toda cheia de tosse e com isto veio as dores de parto... E eu sempre a tossir, com uma constipação muito grande. Então ela veio doente... Mas nós não sabíamos... Eu pensei sempre que ela morresse pela forma como o médico me falou. Mas a minha mãe disse-me aquilo e o meu irmão - um do meu padrasto - respondeu: “-*

Porque é que estás a chorar por essa merda pá? Filhos há muitos! Deixa lá, não te importes, não tens esse, arranjas outro!” E eu disse à minha mãe: “Mãe, nem parece que teve nove filhos...” E ela ficou toda chateada comigo por ter respondido assim. Então ficámos 17 meses sem falar, já era a minha menina crescadinha, quando um dia... Eu perdoei a minha mãe, mas aquilo doeu tanto... Não é merda nenhuma! Um filho é um filho! A criança está feita desde o primeiro dia... desde o primeiro minuto da relação quando se começa a formar o ovo... E a minha mãe dizer-me uma coisa daquelas! (exalta-se)”.

Pergunto-lhe se algum dos membros da sua família tem problemas psiquiátricos e M. diz que sim: *“O meu pai, eu e as minhas duas filhas”.*

Avançamos para a temática da morte e M. revela que houve uma morte que a marcou muito que foi a da tia (irmã da mãe): *“A minha avó tinha outra filha, quer dizer, ela teve nove filhos, mas morreram todos, assim como há hoje a gripe A, naquela altura havia a “pulmónica” (pneumónica) e as crianças morreram-lhe todas, só ficou a minha mãe e a minha tia. A minha tia era minha madrinha e era cá muito minha amiga, dava-me banho e ainda me lembro de ser baptizada com cinco anos e do meu avó me acordar para me dar caramelos. Mas a minha tia morreu com tuberculose quando eu tinha sete anos... E ela na hora da morte, as últimas palavras foram para a minha avó, para não me abandonar... (chora). Eu era muito chegada à minha tia e naquela época senti-me muito com a morte dela.”*

Sobre as tentativas de suicídio diz que há algumas na família: *“além de mim, as minhas duas filhas... S., a mais nova já tentou uma vez, porque tem uma depressão e L., (a filha mais velha) há pouco tempo tomou uma dose... Numa semana tentou duas vezes, com um medicamento que era da filha... Acho que era para o pâncreas, só sei que ela enfiou o frasco inteiro. Depois comecei a vê-la a gaguejar muito, levámo-la para o Hospital, fez uma lavagem ao estômago e depois veio para casa... Não tardou um dia ou dois tentou outra vez com outro medicamento, lá a levámos novamente para o Hospital e é assim...(silêncio)”.*

Quanto ao seu para-suicídio diz: *“tomei uma caixa inteira de comprimidos para dormir... Não sei o nome, mas foi forte, digo-lhe já... Fiz isso por causa do meu filho... Era agressivo. Batia-me... A mim e ao pai, mas a mim batia-me por tudo e por nada... Por causa da droga. Não há explicação... Eu não podia dizer uma palavra, levava logo. Começou-me a ganhar ódio... Até me cuspiu! Via-me na rua, cuspia! Eu metia-lhe nojo... Doía tanto! Ele batia-me desde novo, porque começou a juntar-se com más companhias”. Até aqui, M. nunca tinha mencionado o filho, mas ao abordar esta temática, revelou-me que o filho tem problemas de agressividade devido a um acidente: *“Um colega dele veio de Lisboa, tinham dezasseis anos e foram dar um passeio de mota, estava a chover e o colega foi na mota com o meu filho... Mas tinham aberto**

uma vala nesse dia na estrada e não a sinalizaram e tiveram o acidente. O meu filho ficou ferido, mas foi ter com o amigo, ele estava vivo ainda, mas morreu-lhe nos braços... Foi um choque para ele! O médico disse-nos que tínhamos que ter muita calma, porque o meu filho podia melhorar ou piorar da cabeça, mas ele piorou! Desde aí foi horrível! Foi desde esse dia que ele fugiu, que me começou a bater...”.

Mais tarde este filho, começou a revelar problemas de alcoolismo, além da toxicod dependência. M. conta-me várias situações de violência em casa: *“nós não podíamos dizer nada que era porrada para todos os lados, era aí um inferno! Ele partia tudo em casa, mesmo depois de ter casado, já não tinha onde me sentar... Partia mobílias, televisão, foi tudo! Tinha ataques de fúria! Eu tinha que lhe fazer as vontades todas senão levava. Começou a embirrar comigo por causa da roupa, eu lavava a roupa, ele chegava, entendia que não eram aquelas calças que queria, depois não estavam secas... E então agarrava na roupa que estava no roupeiro e mandava tudo para o chão e pisava! Se eu dissesse que não admitia aquilo, levava logo... E o meu marido mandava-me calar, para ver se acalmava. Se fosse as irmãs também tratava mal, uma vez tirou o ferro de engomar da mão de uma e foi direito a elas para as queimar. Era tudo assim! Ele muitas vezes agarrava-me logo pelo pescoço... (exemplifica pondo as mãos no seu pescoço). E depois ameaçava-me com bancos, cadeiras... Dizia que me dava com aquilo pela cabeça e eu tinha que lhe dar tudo. Uma vez disse-me: “-Morra! Estou desejando de a ver morta! É pena não morreres já!”. Também tinha problemas de dinheiro, e nós tínhamos que lhe pagar tudo, então ficávamos tão apertados que havia meses em que eu estava doente e queria comprar medicamentos e não podia aviar as receitas”.*

Nas 48h anteriores à tentativa de suicídio de M. houve vários conflitos entre esta e o filho. M. disse-me que não planeou nada: *“Foi instantâneo! Muitas vezes na minha mente já estava “qualquer dia faço, qualquer dia dou conta de mim”, o meu marido sempre me tentou acalmar, dizia que tudo ia passar e que assim como eu sofria, ele também sofria... Mas naquele dia foi superior a mim”.*

E descreveu-me, com algum embaraço e algum nervosismo o dia em que tentou pôr fim à sua vida: *“Era Domingo, tinha vindo da missa, tinha feito uma panela de cozido, foi aqui em casa, estava cá a família toda, marido e filhos. A minha filha mais nova começou a discutir com o meu filho por causa da carne do cozido e eu mandei-os calar e eles não se calaram, engalinharam-se os dois à pancada, ele virou a mesa com loiça, com comida, com tudo em cima... Foi tudo para o chão. E eu pensei: “Não admito isto, há tanto tempo que ando para fazer, desta vez é que vou fazer!”, então escondi-me num anexo no quintal, tomei os comprimidos todos a seco, sem água nenhuma e fechei a porta... O meu marido começou a gritar e a bater na porta para eu a abrir e eu nada, nada, nada! (grita). Ouviu a ir embora e eu comecei a ficar zonzã...”. Diz-me que os seus pensamentos nessa altura foram: ““Deus perdoa-me! Porque não era isto que eu queria fazer... Mas eu não*

aguento mais! Leva-me, mas perdoa-me, eu sei que vou perder a minha alma, mas perdoa-me” (chora). E cá estou... Nunca mais tentei”.

Nesse Domingo, o marido de M. foi pedir ajuda a um irmão e levaram-na para o Hospital: *“Foi tudo muito rápido... no Hospital, o médico perguntou-me que medicamentos é que eu tinha tomado, eu ainda era capaz de falar e disse que tinha tomado uma caixa inteira e depois perdi os sentidos. Foi tão rápido, a ideia que eu tive é que não houve distância de tempo entre a minha casa e o Hospital e vice-versa. Sei que me fizeram uma lavagem ao estômago e eu não me lembro de nada, sei que deve doer, porque eu tinha comido, mas não me lembro de nada... No Hospital o médico pensou que eu tinha feito aquilo por causa do meu marido, mas eu disse que foi o meu filho, mas não me lembro... O meu marido é que me contou isto tudo. Ele sente-se culpado e o médico acalmou-o e disse que foi o filho o causador disto tudo. Eu delirei muito, estive assim até às 11h do outro dia. Fiquei internada 24h. Eu nem conseguia ver a claridade, tinha os olhos muito inchados, mas vim para casa e tive alguns dias de cama, mas depois vieram cá alguns familiares do meu marido e ralharam comigo, porque eu era culpada, porque não soube educar os filhos e isso fez-me ficar de tal maneira irritada que eu - que até aquele dia tinham que chegar ao pé de mim para eu abrir os olhos, estava sempre a dormir - naquele dia, ralharam tanto que eu nunca mais dormi, enervei-me e depois tive que ir ao médico para conseguir dormir”.*

Quando me fala dos sentimentos que vivia quando tentou o suicídio, M. diz: *“Sentia-me farta da vida... Não tinha sentimentos, eram nulos, em vão... Pensava “Porque é que eu vivi? Porque é que eu nasci? A minha mãe tinha razão... Porque é que eu nasci? Se eu não tivesse nascido, nada disto tinha acontecido.” Estraguei uma família, o meu marido devia ter casado com outra, não comigo... Pus tudo na cabeça!”.*

Pergunto-lhe como se sente por ter sobrevivido: *“Naquela altura, com aquela ira que se meteu em mim, é um desespero... Eu sei que muita gente quando está desesperada é o que tenta, mas quando se faz o acto e se vê em aflição, lembra-se logo de Deus, há logo arrependimento... Eu queria partir, mas arrependi-me, também queria ficar. Eu tenho a certeza que isto acontece com toda a gente, mesmo quem se manda de uma ponte, quando salta pensa logo: “Ai o que eu fiz!”, mas depois é tarde demais... Tenho a certeza!”*

Depois deste comportamento, M. não procurou, nem teve ajuda: *“apenas me receitaram uns comprimidos para o esgotamento (anti-depressivos) que me deixam calma, a minha ajuda é a Igreja”.*

Actualmente, M. sente-se bem, o filho foi trabalhar para Espanha e “*ainda bebe, mas já não é mau*”, quando fala da sua vida diz: “*A minha vida hoje é maravilhosa, tenbo um marido bom, amamo-nos muito, eu conheci Jesus e hoje adoro estar na Igreja, ajudou-me muito*”.

Sobre o futuro, M. diz que: “*O futuro é cada dia. Não se pode esperar mais que um dia, não sei se estou viva daqui a pouco... Cada dia é uma vitória! Tenbo um marido bom, tivemos muitas brigas por causa dos filhos, ele queria que eu tivesse calma e não agia! A minha revolta era essa! Eu é que fazia as brigas, não era ele... Porque ele não agia! (grita). Podia pôr mão nos filhos, mas ele não dava uma bofetada! Mas era um marido exemplar, um pai bom... Mas eu gostava que ele os repreendesse e ele dizia: “ - Calma, não digas nada” e eu não podia admitir isso! Eu não fui educada assim! Apesar de não ser criada com os meus pais, tive avós que me educaram... Então hoje tenbo paz no coração, tranquilidade, tenbo a reforma, não é muita, mas sabemo-nos governar e é um dia de cada vez*”.

1.1. Análise e discussão dos dados recolhidos

De forma a melhor sistematizar a análise e discussão desta entrevista, retomamos as quatro categorias anteriormente referidas.

I. Dados sócio-biográficos

Uma vez que a maioria dos dados recolhidos com estas questões são meramente informativos (usados maioritariamente para a caracterização da amostra) e os outros, mais pertinentes, são incluídos depois aquando da discussão dos dados anamnésticos, passamos à seguinte categoria de informações.

II. Dados anamnésticos

Autores como Sander, Bowlby, Mahler e Winnicott, entre outros, desde sempre alertaram para a importância fundamental que as relações exercem no desenvolvimento da criança. No caso de M. fica presente ao longo de toda a entrevista realizada com a própria, aqui expressa sob o título “A História de M.”, a ideia de que algo falhou entre ela e as figuras parentais, o que tem condicionado toda a sua vida.

Existem diversos aspectos, neste caso, que nos remetem para o recalcamento da função do imaginário. O discurso de M. reflecte nalgumas partes um pouco um mundo abandonado pela subjectividade, é um discurso factual, muito descritivo e algo repetitivo, marcado pelas descargas

emocionais, com muitas referências ao relacional. Teve durante as entrevistas alguns hiatos de memória, nomeadamente em relação à infância, que neste caso, surgem-nos como actos de recalçamento.

Ao falar do envelhecimento e da reforma há um conformismo em relação à passagem do tempo e da finalização da vida activa, devido à doença. No entanto, nota-se no seu discurso uma maior tristeza quando fala do seu envelhecer, devido à relação com o seu corpo doente.

M. experimenta e comunica uma sensação de descontentamento e angústia perante tudo o que se passa e passou no seu corpo, promovendo, com a sua conduta, o conhecimento que tem relativamente aos diagnósticos que foi tendo. Opera-se no discurso de M. a importância que dá ao corpo, principalmente quando fala nas operações que fez, com destaque para quando tinha 28 anos e em que diz ter ficado “*com complexo de inferioridade*”. Há uma sensação de mutilação, de invasão: “*tiraram-me o que me fazia mulher*”.

A primeira figura a ser introduzida no seu discurso é o marido, posteriormente as filhas, a mãe, o pai, o padrasto, os avós e por último o filho.

Quando caracteriza algumas pessoas divide-as muito entre boas e más, o que demonstra um funcionamento algo infantil/primitivo.

A mãe de M. é descrita como “*seca*”, despejada de emoções e de afecto, era provavelmente uma mãe funcional que “*se revoltava por não poder dar mais aos filhos, mas era impossível.*” Deixou-a para ser criada com os avós e quando estes assumem a sua educação passam a ser a sua referência. É uma mãe que M. diz “*gostar muito*”, mas também com ela vive sentimentos ambivalentes, como quando me explica o episódio da mãe ter “*ralhado*” com ela, por estar a chorar com medo de perder a filha: “*Eu perdoei a minha mãe, mas aquilo doeu tanto... Não é merda nenhuma! Um filho é um filho! A criança está feita desde o primeiro dia, desde o primeiro minuto da relação quando se começa a formar o ovo... E a minha mãe dizer-me uma coisa daquelas!*”. Quando me diz isto, M. altera o seu estado emocional, tem raiva e grita aquelas frases, que interiormente desejaria ter dito à mãe quando era criança e esta a culpava por ter nascido.

O pai de M. é o “*assunto proibido*”, uma neta diz-me que “*não se toca nesse assunto ao pé da minha avó, ela não gosta e fica muito incomodada*”. No entanto, M. foi capaz de verbalizar comigo o que sabe acerca do seu pai, informação esta que lhe foi transmitida pela sua mãe, que por sua vez

sofria de violência doméstica e que também se sentiu rejeitada pelo marido quando este sai de casa e por isso passa para os filhos a sua perspectiva magoada e desfocada acerca do marido. Não há contactos de M. com este pai, o único contacto é o relatado numa das entrevistas, quando M. vai a casa do pai. No seu discurso denota-se um misto entre fascínio e medo da figura paternal, assim como uma grande angústia quando fala da vergonha que sentia por ser filha de um “tonto”. O pai de M. tinha problemas mentais, os quais não são especificados.

As referências ao padrasto não são muitas, uma vez que não conviveu com ele, mas diz que era um “*homem bom*”, sapateiro, pai de mais quatro irmãos do sexo masculino - que M. recusa chamar meios-irmãos, porque “*não são do mesmo pai, mas são da minha mãe, por isso são irmãos!*” - que volta a ser violento com a mãe devido ao álcool e que faleceu há cerca de trinta anos com uma tuberculose.

Em todos os ambientes familiares de M., há um padrão de repetição de relacionamentos agressivos e violência e sempre da figura masculina “contra” a figura feminina (pai-mãe; padrasto-mãe; avô-avó; filho-mãe), não deixa de ser curiosa este padrão de agressividade geracional, que começa num pai que “*não aceitava mulheres*”. Este fenómeno vai ao encontro de alguns estudos sobre violência, nomeadamente o de Calheiros & Monteiro (2007), que colocam a hipótese teórica do extravasamento (*spillover*), em que um sub-sistema se transfere para outro sub-sistema (e.g. do sub-sistema marital para o sub-sistema pais filhos).

Devido ao facto de sempre ter convivido com esse ambiente familiar, quando descreve esses episódios, M. fá-lo como se a violência fizesse parte da rotina normal de uma família, até desculpável, como quando me descreve o comportamento do avô para com a avó: “*Não lhe vi bater, só lhe vi bater uma vez, porque ela resmungou com ele e ele foi-lhe ao focinho, foi só uma vez!*”; “*Nunca vi fazer-lhe mal, mas ele era agressivo nesse ponto*”. O seu discurso passa rapidamente de calmo a agressivo, como se verifica pelas palavras que emprega ou acabando algumas frases exaltada ou a gritar, como se revivesse comigo as situações que viveu, ou projectasse em mim as figuras parentais e pudesse finalmente dizer o que pensava em criança. Ainda assim, M. fala com carinho e saudade da mãe e dos avós e torna-se ela própria uma mãe e uma avó, que tenta ser diferente para os seus filhos, embora claramente haja uma falha de relacionamento com a figura masculina, o que se demonstrou na educação do filho homem e na dificuldade em lidar com este e também com o marido enquanto pai, expresso pelo sentimento de revolta devido à falta de acção deste perante os filhos: “*Tivemos muitas brigas por causa dos filhos, ele queria que eu tivesse calma e não agia! A minha*

revolta era essa! Porque ele não agia! (grita). Podia pôr mão nos filhos, mas ele não dava uma bofetada! Mas era um marido exemplar, um pai bom... Mas eu gostava que ele os repreendesse”.

M. vive muitas emoções ambivalentes no que toca a alguns familiares, expressando sentimentos contraditórios sobre as mesmas pessoas, por exemplo, diz que a infância “*foi muito alegre!*”, que gostava muito de viver com os avós, mas quando os via discutir: “*Era horrível!* (estremece). *E aquilo para mim, criança, quando eu ouvia o meu avô chateado com a minha avó...*” Deixa no seu silêncio talvez a impressão de que revivia também ali a dinâmica familiar da sua mãe com o pai e o padrasto.

Também as situações de conflito, perda ou ruptura (latente ou manifesta) são marcantes na trajectória desta idosa. A perda pode ser sentida a vários níveis e, por vezes, a incapacidade de lidar com novas situações e novos desafios pode conduzir a reacções depressivas que propiciam situações extremas, como o suicídio. Esses fenómenos estão muito presente na sua história de vida, a mãe tem dois abortos antes de ela nascer e M. recorda sempre esses irmãos, diz por exemplo que é “*a quinta filha*” e que a mãe “*teve nove filhos*”. “Perde” o pai quando este sai de casa, a mãe deixa-a em casa dos avós e leva um dos irmãos, que foi “*muito meu amigo, éramos os melhores amigos! Mas parece que hoje ele se esqueceu disso...*”, quando tinha 7 anos morre a tia e madrinha, que era um dos principais alvos da sua afectividade. Mais tarde quase perde a filha mais nova e esse episódio é marcante, devido ao que a mãe e o irmão lhe dizem, desvalorizando o seu bebé, o que a faz entrar em ruptura com a mãe durante 17 meses, e que ainda hoje lhe causa uma grande dor por si verbalizada: “*Aquilo doeu tanto...*” e pela linguagem não verbal, nomeadamente as descargas emocionais. Isto cria sentimentos de solidão e abandono e leva M. a questionar a sua própria existência. Nestas entrevistas, a perda de familiares é constantemente relembrada, o que comprova o intenso sentimento de perda.

A descrição deste caso, nomeadamente da vivência anterior ao para-suicídio, sugere a existência de depressão, uma depressão aquém da subjectividade. Uma depressão que sugere o termo de *depressividade* de Coimbra de Matos. Os dados obtidos na escala de depressão geriátrica de Yesavage encontram-se em consonância, apontando para a presença de uma depressão em M. Este facto também poderá estar de acordo com o referido por Vaz Serra (1978, cit. por Santos, 2002) e descrito na página 36, que nos diz que as depressões na terceira idade “*não são mais do que a repetição de uma nova crise depressiva, cujo surto inicial terá ocorrido bastantes anos atrás.*”

III. Para-Suicídio

A morte aparece no caso de M. como saída para o sofrimento. Antes do para-suicídio, os pensamentos de M. eram maioritariamente de culpa: *“Pensava ‘Porque é que eu vivi? Porque é que eu nasci? A minha mãe tinha razão... Porque é que eu nasci? Se eu não tivesse nascido, nada disto tinha acontecido.’ Estraguei uma família, o meu marido devia ter casado com outra, não comigo...”*.

Apesar de me dizer que não planeou aquele acto - como se se tentasse desculpar por tal comportamento - expressa que já tinha tido pensamentos suicidas: *“Muitas vezes na minha mente já estava: qualquer dia faço, qualquer dia dou conta de mim”*; *“Há tanto tempo que ando para fazer, desta vez é que vou fazer!”*, embora em última análise não tenha havido um plano, um método planeado, foi um comportamento impulsivo e despoletado por um conflito entre os filhos, conflitos esses que já vinham a acontecer há muito tempo por parte do filho, que repetiu o cenário de violência doméstica que M. viveu nos seus agregados familiares na infância e adolescência. E embora a mãe diga terem começado depois de um acidente, talvez já houvesse propensão deste filho para comportamentos de risco e de agressividade.

Aquando da tentativa de suicídio de M., também voltaram os sentimentos de culpa, quando alguns familiares lhe disseram que a *“culpa era dela, porque não soube educar os filhos”*, M. deixa de conseguir dormir. Este facto está em concordância com o que estudaram vários autores como Belsky (1984) e Easterbrooks & Emde (1988), cit. por Calheiros & Monteiro (2007), que defendem que as rupturas e mudanças na família, a discórdia marital e familiar e a violência doméstica têm sido implicadas nos estudos como factores potenciais que interferem negativamente nos processos de parentalidade, e que conduzem a mudanças efectivas na qualidade das relações pais-filhos, na falta de disponibilidade emocional, e na adopção de estilos parentais menos capazes.

Também em relação ao suicídio há um padrão de repetição destas filhas e desta mãe, aparecendo este como uma fuga ao sofrimento que estão a sentir e consequência de depressões. Inclusivamente estas irmãs, foram também vítimas da agressividade do irmão, e actualmente a filha mais nova de M., é também vítima de violência doméstica por parte do marido.

M. diz que se arrepende de ter tentado pôr fim à sua vida, a sua intenção é considerada baixa, devido a factores de protecção tais como os papéis exercidos pela família, a igreja e também pelo suporte social.

IV. Percepções e expectativas

Actualmente, M. diz-me que vive *“um dia de cada vez”*. É uma idosa que apesar de ter um nível de autonomia considerável e desempenhar diversas tarefas, quer da sua vida diária, quer de apoio aos seus familiares ou à instituição que frequenta, lamenta a perda de capacidades físicas, nomeadamente a falta de visão, as dificuldades de mobilidade e o excesso de peso. Das ocupações habituais, uma das quais – a Igreja, é a que lhe dá manifestamente mais prazer. Isto vem ao encontro do que diz Pimentel (2005), quando afirma que os idosos ao desenvolverem actividades para as quais estão motivados, dão um sentido de utilidade à sua vivência diária e como afirma Paúl (2005), a existência de redes de apoio informal é um dado essencial para assegurar a autonomia, uma auto-avaliação positiva, uma maior saúde mental e a satisfação de vida, essenciais para um envelhecimento óptimo.

Com o marido mantém uma relação unida e cúmplice. Toma vários medicamentos por dia, nomeadamente um anti-depressivo e diz que *“agora tem uma vida maravilhosa”*. Não faz planos para o futuro, mas diz que se sente bem, *“em paz”*. Preocupa-se bastante com as filhas, uma vez que estas têm vários problemas de saúde e psiquiátricos e *“tenta ajudá-las no que pode”*. Em casa diz que agora tem um ambiente calmo, porque *“tem um marido bom”* e o filho já não se encontra a viver com ela, trabalha no estrangeiro e só vem uma vez por mês a casa, mas desde que a mãe tentou o suicídio, *“nunca mais foi violento, apesar de beber”*. A mãe parece aceitar as dificuldades do filho e tê-las bem presentes.

A manutenção das trocas com a sua rede de interacções e a melhoria do relacionamento com o filho têm, decerto, um papel positivo no seu processo de recuperação e adaptação.

2. Análise do Rorschach

PSICOGRAMA

R = 30

Tempo Total = 15'88" ↓

Tempo/Resposta = 55"

Tempo Latência Médio = 3,1" ↓

Recusas = 0

Respostas adicionais = 0

G = 7

F+ = 24

A = 10

D = 24

∑ F = 31

F- = 6

Ad = 7

Dd = 6

F± = 1

H = 1

Dbl = 1

FClob = 1

Hd = 5

Do = 0

E = 0

(A) = 1

CF = 1

EF = 0

(Ad) = 1

FC = 1

FE = 0

Sx = 1

Anat = 4

Sin = 2

Bot = 2

Obj = 1

Rx = 1

K = 0

kan = 2

G% = 23%

F% = 103% ↑↑

A% = 60% ↑

D% = 87% ↑

F+ % = 79%

H% = 20%

Ban = 3 ↓

T.R.I = 0 K < 1,5 C

I.A.% = 33% ↑↑

escolha +: X

F.C. = 2 : 0

R.C.% = 40%

escolha -: IV

3. Resultado da Escala de Depressão de Yesavage

O resultado de M. nesta escala foi 12 pontos, o que indicia a presença de uma depressão, no entanto não é uma depressão muito acentuada. Isto pode ter a ver com o facto de M. já estar medicada há um ano e/ou com o seu desejo de agradar o examinador e por isso responder a algumas perguntas com uma resposta mais positiva (*ver Anexo C, pág. 122*).

Discussão

Tendo em conta a histórica clínica de M., posso afirmar que a terceira idade não foi por si só um factor de risco nem o desencadeador do para-suicídio.

Os motivos que levaram M. ao para-suicídio são idênticos aos identificados noutros estudos para uma população adulta para-suicida, nomeadamente mais problemas afectivos, existência de depressão - que foi confirmada pela escala de depressão geriátrica - uma desesperança mais elevada e uma maior agressividade internalizada e externalizada.

A característica nuclear de todos os para-suicidas é a rejeição e sendo assim a impulsividade emana da hostilidade, activada pela rejeição, e surge como denominador comum.

M. tem uma constituição ambivalente, como se pode observar na sua entrevista, há nela uma dualidade entre amor e ódio, o que por si só já constitui uma pré-disposição para a depressão. Esta é uma mulher com uma grande falha nos afectos, o que confirma o facto de o para-suicídio reproduzir uma patologia dos mesmos. Houve um conjunto de factores desde a sua infância, nomeadamente a existência de uma história de vida difícil, com várias perdas e rupturas, que além da nítida falta de afecto, confirmam uma depressão cuja etiologia corrobora a defendida por Coimbra de Matos, em que “a criança não foi valorizada pela mãe”. Em M. há uma *depressividade*, como este autor a descreve: “há a existência de um duro e permanente conflito com os introjectos que acarreta uma constante situação de esmagamento do Self e esgotamento do Eu, que se traduz por um vago sentimento de inferioridade e/ou um comportamento de relativa incapacidade e revela um esforço defensivo contínuo para não se deixar deprimir”.

Uma grande percentagem de respostas F no seu protocolo Rorschach (*ver Anexo B, pág. 116*), confirma que o sujeito se adapta à realidade apenas por pensamento, por mobilização do racional e do socializado. Não utiliza os afectos, há uma repressão destes, o que vai no sentido da grande percentagem de A, que indica imaturidade afectiva e estereotípica, pode também ser uma

defesa para evitar um verdadeiro contacto, então em vez de se representar como ser humano, representa-se como animal.

M. não foi desejada pelos pais, nunca se sentiu verdadeiramente desejada e amada e quando o sente, perde a pessoa objecto do seu afecto, e mais tarde só quando se casa diz ser “por amor”, embora com o marido sempre tenha revelado uma grande insegurança, devido às dificuldades em relacionar-se consigo e com o seu próprio corpo “mutilado” pelas operações e “deformado” pelos medicamentos, aliás há em M. uma grande angústia corporal. Isto é confirmado no Rorschach, nomeadamente quando M. revela uma ansiedade muito grande, como dá conta o Índice de Angústia. Há também uma abordagem fóbica em algumas pranchas que pode estar relacionado com o recalçamento das representações sexuais e demonstra uma falta de integridade do corpo. Nas pranchas VI e VII o sujeito refere-se a animais divididos ao meio, o que revela ruptura, uma dissociação da imagem do corpo e de preocupações identitárias patentes e uma carência de afectos muito forte.

Tem algumas respostas de anatomia que remetem para ansiedade tipo hipocondríaca, característica em idosos, e com uma grande preocupação com o corpo ou necessidade de se afirmar perante o examinador. Na prancha VIII, associada à angústia diante dos estranhos à família e na prancha IX, ligada à angústia do impulso de morte, há uma forte presença de elementos anatómicos, símbolos de corpo, objectos duros e no eixo (coluna vertebral), o que revela uma grande ansiedade e defesa. Dá-nos conta duma angústia branca (narcísica) e de uma depressão anaclítica, em que o contacto com o outro é penoso, sendo o outro evitado. Há uma angústia corporal directa.

Quando aparece o único Dbl, que M. designa como “*corpo vazio*”, vai ao encontro do que foi dito durante a entrevista em que M. disse sentir-se “vazia” após a operação, ela não suportou aquele espaço branco, o vazio, e teve que lhe dar uma interpretação, isto acontece normalmente em sujeitos carenciados. Remete para uma angústia que lhe está directamente ligada, de abandono, uma posição depressiva, de uma desertificação pulsional.

É uma pessoa insegura, como ficou patente na entrevista, mostrando-se muitas vezes em dúvida acerca do seu valor e no Rorschach, verificaram-se muitas falhas de securização, traduzidas por exemplo na linguagem: “*Não sei...*” (a pessoa fala, mas não quer investir) e nas várias perguntas ao examinador que demonstram uma posição infantil, de dependência. Isto também é confirmado pela apreensão no teste de Rorschach, esta é feita maioritariamente com respostas de detalhe na maior parte das pranchas, os elementos são vistos de forma isolada, o que

nos diz que os afectos estão isolados das representações. O sujeito faz muitas enunciações, isto é, refere os diversos elementos constitutivos dum todo, sem se referir a esse mesmo todo, o que revela dificuldades ao nível da identidade. Estes aspectos remetem-nos para uma formação reactiva, em que há uma certa resistência à situação de teste, há pouca implicação do sujeito e este tem uma atitude de dependência.

O T.R.I. dá conta de um sujeito dominado por cargas afectivas ou uma excitabilidade cuja utilização é frequentemente inadequada. Falta-lhe perspectiva na apreciação da realidade objectiva, mas pode ser espontâneo nas suas reacções. Sendo impulsivos, podem no limite ser instáveis. A instabilidade torna-os muito maleáveis; o objecto, a realidade exterior, domina-os com facilidade.

No protocolo de M. constataram-se vários equivalentes de choque, principalmente ao negro, nomeadamente na prancha I e IV, revelando a existência de uma grande angústia contida, ligada a um objecto inquietante para o sujeito, principalmente na prancha IV, em que há um visível choque ao negro, remetendo para uma angústia relacionada com o paterno, com o masculino. A postura do sujeito perante esta prancha, em que há uma perturbação do processo associativo, poderá associar-se ao episódio do pai ausente de M.

De destacar ainda, as respostas na prancha X, que dão conta de uma angústia intensa devido à separação, ao corte da relação com o fim do teste. Há o aparecimento de animais mais primitivos e agressivos que nos dão conta de uma regressão, há também a presença de afectos crus. M. mostra um tipo de funcionamento menos organizado, mais primitivo, em que utiliza mecanismos de defesa muito primários como a negação da agressividade, isto pode ter surgido para negar a dependência do outro.

Actualmente, M. não gosta de planear o futuro, mas são visíveis algumas melhorias na sua vida hoje em dia, a fonte de conflito em casa está ausente, realiza tarefas que lhe dão prazer e tem uma rotina de idas à Igreja - que passou a frequentar mais assiduamente após o para-suicídio - o que pode funcionar como factor de protecção em relação à depressão e a possíveis tentativas de suicídio. Sendo assim, na história clínica de M. há um aspecto que pode ser incluído no seu suporte social: a religiosidade. Segundo Sadigursky e Oliveira, 1993, a religião é constituída por crenças que formam um sistema de apoio, ajudando o indivíduo a lidar com as consequências negativas de forma própria. Há dois pontos importantes a serem diferenciados, a espiritualidade e

a religiosidade. A primeira é compreendida como sendo o comportamento de rezar, orar, realizar rituais, sem necessidade de pertencer a um grupo religioso, e a religiosidade significa a prática religiosa, isto é, pertencer a um grupo que realiza actividades determinadas por este.

O caso de M. vai ao encontro dos resultados de algumas investigações. Vários estudos empíricos têm vindo a demonstrar a eficácia da religiosidade no fortalecimento da saúde e diminuição da mortalidade, Oman e Reed (1998) defenderam que as características de comportamentos típicos de grupos religiosos, tais como práticas saudáveis de não fumar, não comer carne vermelha, evitar bebidas alcoólicas, ter estima e respeito pelo corpo, estão associadas ao efeito benéfico de pertencer a um grupo deste tipo.

Outras investigações destes autores relacionam a frequência de participações religiosas com a diminuição da pressão arterial, menor índice de mortalidade associada a disfunções cardiovasculares, menor incidência de disfunções físicas, menor índice de mortalidade e diminuição da sintomatologia depressiva. Além da identificação da representação da igreja para a população idosa feminina como sendo um espaço que possibilita a auto-expressão e propicia ao idoso o sentimento de pertença a um grupo (Sadigursky e Oliveira, 1993).

Limitações do Estudo

Dado tratar-se de um estudo de um único caso, levantam-se questões que se prendem com a particularidade do caso e com as características destes indivíduos e não de outros. Não é portanto um estudo generalizável e a informação nele contida diz respeito, unicamente, a estes sujeitos.

Há também que ter em conta que os dados nos quais se baseia praticamente todo o estudo de caso partem de informações recolhidas junto dos pais, estando pois sujeitas a distorções e contaminações que possam resultar do directo envolvimento com a problemática abordada.

Uma outra limitação do estudo relaciona-se com o facto de estarmos a falar em questões diagnósticas. Os diagnósticos têm o seu valor, mas são por vezes limitativos e incompletos. Penso que é importante ser crítico quanto à importância que se atribui ao diagnóstico, tendo

sempre como base de partida o sofrimento do sujeito, da família e todas as implicações daí resultantes.

Conclusões

Deste trabalho, podem-se retirar algumas conclusões, a primeira que o aumento significativo da população idosa, ocasiona o desafio de envelhecer com qualidade de vida. Sabe-se que há movimentos governamentais direccionados para a implantação de políticas de cuidados preventivos, o que beneficia a conduta de tal desafio, mas é premente a necessidade de pesquisas, tanto epidemiológicas como de intervenções, que possam proporcionar maior qualidade de vida nesta faixa etária.

A terceira idade não é um factor de risco para o suicídio, embora esta faixa etária tenha um índice elevado de mortalidade por esta via, conclui-se que tal como noutras faixas etárias, existe uma ou várias problemáticas, neste caso há uma depressão, que é uma patologia que pode levar qualquer indivíduo, independentemente da idade a fazer uma tentativa de suicídio, embora na terceira idade a depressão tenha características diferentes e possa ser agravada pela existência de outros problemas de saúde que concorrem para a desesperança sentida pelo sujeito. Por outro lado, também um pensamento inflexível e a falta de adaptabilidade podem ser características prevalentes para o para-suicídio em idosos.

Talvez estes problemas sejam mais desvalorizados pelos profissionais de saúde em idosos do que noutros grupos, por exemplo, os adolescentes, em que há um maior alerta. O que também fica aqui expresso é que a forma como uma pessoa percebe e resolve os problemas da sua vida está relacionado com a sua personalidade e poderá ser mais importante que o problema em si para determinar o risco de suicídio.

Porque não está provada uma intervenção eficaz que mostre redução dos comportamentos suicidas, tem sido sugerido que a melhor abordagem deste sério problema, será a melhoria da detecção e tratamento da depressão na 3ª idade, já que esta patologia constitui um dos maiores factores de risco para o suicídio dos idosos. Esta abordagem poderá ser especialmente eficaz nos cuidados de saúde primários, onde os idosos na sua maioria, procuram e recebem os seus cuidados de saúde mental.

Em relação à prevenção do suicídio, são importantes diversificadas acções, tais como desenvolver a consciencialização da população em geral a respeito do tema, reduzindo estigmas referentes a doenças psiquiátricas; melhorar a acessibilidade e disponibilidade dos serviços de

saúde pública, oferecendo uma melhor prestação de serviços de saúde à comunidade; treinar profissionais de saúde e familiares para a avaliação e identificação de factores de risco de suicídio; assim como oferecer tratamento às doenças físicas e mentais dos idosos de forma adequada e incentivar pesquisas sobre o tema, aspecto este tão essencial para o planeamento intervencionista e melhor controle das taxas de morbidade e mortalidade associadas à depressão e suicídio em idosos.

Referências Bibliográficas

- Abraham, K. (1924). A short study of the development of the libido. In Selected Papers on Psychoanalysis, Ed. Jour. London: Hogart Press.
- Adam, K. (1990). Environmental, Psychosocial, and Psychoanalytic Aspects of Suicidal Behavior. In “Suicide Over the Life Cycle” Risk Factors, Assessment, and Treatment of Suicidal Patients, 39-96. Eds. S.J. Blumenthal & D.J. Kupfer. *A.P. Press Washington D.C.*
- Albuquerque, S. R. T. P. (1994). Viabilidade de um centro para terceira idade. *Psicologia Argumento*, 12(14), 83-100.
- Angerami, V.A. (1986). *Suicídio - Uma alternativa à vida: Uma visão clínica existencial*. São Paulo: Traço Editora.
- Angerami-Camon, V.A. (1999). *Solidão: A ausência do outro*. (pp. 75-84). São Paulo: Pioneira.
- Anzier, Didier & Chabert, Catherine (1961). *Les Méthodes Projectives*, Paris: P.U.F.
- Asch, S. (1980). Suicide and the hidden executioner. *International Review of Psychoanalysis*, 7:51-60.
- Barreto, J. M. M. T. (1984). Envelhecimento e saúde mental. Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos. Dissertação de Doutoramento. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina.
- Barreto, J. T. (1973). *Classificação Nosológica das depressões; aspectos actuais*. II Colóquio sobre Depressões e seu Tratamento. Figueira da Foz, Abril de 1973, Produtos Farmacêuticos Geigy, 23-37.
- Bartels, S. J.; Coakley, E.; Oxman, T. E. et al. (2002). Suicidal and death ideation in older primary care patients with depression, anxiety, and at-risk alcohol use. *American Journal of Psychiatry*, 10 (4), 417-427.
- Beautrais, A. L. (2002). A case control study of suicide and attempted suicide in older adults: Suicide and life-threatening behaviour. *The American Association of Suicidology*, 32 (1), 1-9.
- Beautrais, A., Joyce, P., & Mulder, R. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36, 1174-1182.

- Beekman, A. T. F. *et al.* (1995). Predicting the course of depression in older people population: results from a community-based study in The Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 34:41-9.
- Bellak, Leopold & Bellak, Sonya (Copyright, 1949). *S.A.T. Teste de Apercepção para Idosos e Adultos*. (Tradução de 1992). Campinas: Editorial Psy.
- Bénony, H. & Chahraoui, K. (2002). *A Entrevista Clínica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. New York: Columbia University Press.
- Brent, D., Perper, J., Goldstein, C., Kolko, D., Allan, M., Allman, C. & Zelenak, J. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45: 581-588.
- Caine, E. D. & Conwell, Y. (2001). Suicide in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 16 (2), 25-30.
- Calheiros, M. & Monteiro, M. (2007). Relações familiares e práticas maternas de mau trato e de negligência. *Análise Psicológica*, 2, (XXV): 195-210.
- Camon, V. A. A. (2001). Depressão como um processo vital. In Depressão e Psicossomática. (p. 1-44). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Carvalho, M. M. P. (2000¹). Solidão: um percurso filosófico. *Saúde Mental*, vol. II, n° 1:7-11.
- Carvalho, M. M. P. (2000²); *Solidão: um percurso filosófico*, Saúde Mental, vol.II, n°1:41-52.
- Castarède, M. F. (1983). L'entretien Clinique à visée de recherche. In Chiland, C. *L'entretien Clinique*. (pp. 118-145). Paris: Presses Universitaires de France.
- Chabert, C. (1998). *O Rorschach na clínica do adulto*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Chiland, C. (1983). *L'entretien Clinique*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Clifton, A. & Lee, D. (1976). Self-destructive consequences of sex-role socialisation. *Suicidal and Life-Threatening Behaviour*, 6, 1.
- Coelho, R. (2004). *Depressão – Perspectiva Psicodinâmica*. Lisboa: Lidel.
- Coimbra de Matos, A. (1982). Razões da Morte; Morte da Razão – Abordagem Psicanalítica do Suicídio. *Jornal do Médico*, 110: 1994.

- Coimbra de Matos, A. (2001). *A Depressão*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Conwell, Y.; Duberstein, P. R.; Connor, K.; Eberly, S., Cox, C. & Caine, E. D. (2002). Access to fire-arms and risk for suicide in middle-aged and older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10 (4), 407-416.
- Costa, A. (2005). A Depressão nos Idosos Portugueses. In *Envelhecer em Portugal*. (pp.157-176). Lisboa: Climepsi Editores.
- Costa, A. B. (1993). Pobres Idosos. *Estudos Demográficos*, n.º 31. Instituto Nacional de Estatística, pp. 99-105.
- Coutinho, M. P. L. & cols. (2003). Depressão, um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. *Psico-USF*, 8(2), 183-192.
- Coutinho, M. P. L. (2001). *Depressão infantil: uma abordagem psicossocial*. João Pessoa: Editora Universitária.
- Del Porto, J. – Depressão: Conceito e diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatria*, 21 (1999) 6-21.
- Diekstra, R. (1989). Suicide and attempted suicide: An international perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (suppl. 354), 1-24.
- Duberstein, P. R.; Conwell, Y.; Seidlitz, L.; Denning, D. G.; Cox, C. & Caine, E. D. (2000). Personality traits and suicidal behaviour and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 55B (1), 18-26.
- Duhamel, F. & Fortin, M. F. (2003). Os estudos de tipo descritivo. In, M. F. Fortin (Ed.), *O Processo de investigação – da concepção à realização* (3ª ed.) (pp. 162-172). Loures: Lusociência Edições.
- EAAD – European Alliance Against Depression – Saúde pública e depressão, 2006. Disponível em: <http://www.eaad.net/ptg/our-topic-1.php>.
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fraiman, A. P. (1995, 3ª ed.) *Coisas da idade*. São Paulo: Editora Gente.
- Frasquilho, A. F. & Guerreiro, D. (2009). *Stress, Depressão e Suicídio*. Lisboa: Coisas de Ler Edições.

- Freud, S. (1917/1969). Luto e Melancolia. In Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud (Vol. XIV, pp. 275-291). Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Friedlander, K. (1940). On the “longings to die”. *Int. J. Psychoanal.* 21: 416-426.
- Friedman, M.; Glasser, M.; Laufer, E. *et al.* (1972). Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from psychoanalytic research project. *Int J Psychoanal* 53: 179-183.
- Furst, S. & Ostow, M. (1979). The psychodynamics of suicide. In Suicide: “Theory and Clinical Aspects”, Handkoff e Einsidler eds., Littleton, PSG.
- Gazelle F. K.; Hallal, P. C. & Lima, M. S. (2004) Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 26, no. 3, p. 145-149.
- Gelder, M. *et al.* – New Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press, 2001.
- Goldman, H. H. (1984). Psychiatric epidemiology & mental health services research. In H. Goldman (Ed.), *Review of General Psychiatry* (pp. 151-168). Los Altos, CA: Lange Medical Publication.
- Gonçalves, C. (1990). *A atitude dos enfermeiros perante o doente idoso*. Coimbra (Dissertação do Curso de Administração de Serviços de Enfermagem).
- Hammersley, M., Gomm, R. & Foster, P. (2000). Case Study and Theory. In Gomm, R., Hammersley, M. & Foster, P. (Eds.), *Case Study Method.* (pp.259-270). London, Thousand Oaks, New Deli: Sage Publications.
- Harwood, D. M. J.; Hawton, K.; Hope, T. & Jacoby, R. (2000). Suicide in older people. Mode of death, demographic factors, and medical contact before death. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 736-743.
- Harwood, D. M. J.; Hawton, K.; Hope, T. & Jacoby, R. (2006). Suicide in older people without psychiatric disorder. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 363-367.
- Heisel, M. J.; Flett, G. L. & Besser, A. (2002). Cognitive functioning and geriatric suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 10 (4), 428-436.
- Hendin, H. (1963). The psychodinamics of suicide. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 136: 236-244.
- Hendrick, I. (1940). Suicide as Wish-fulfilment. *Psychiatry Q.* 14: 30-42.

- Hybels, C.F., Blazer, D.G.; e Pieper, C. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: na analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from na elderly community sample. *The Gerontologist*, 41(3):357-65.
- Johnson, B., Brent, D., & Connolly, J. (1998). The familial aggregation of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 97, 18-24.
- Júnior, F. & Kuczynski, E. (2004). O Diagnóstico Diferencial da Depressão. In Suicídio e Depressão – Atualizações. (pp. 62-72). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Kaplan, H.; Sadock, B. – Kaplan & Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry. 8th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2005.
- Kaplan, I. H.; Sadock, J. B.; e Greeb, A. J. (1997). O desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. In Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7.^a ed. (pp. 73-84). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kennedy, G. J. & Tanenbaum, S. (2002). Suicide and aging: International perspectives. *Psychiatric Quarterly*, 71 (4), 345-362.
- Kernberg, O. (1984). Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kessler, R. C. *et al.* – The epidemiology of major depressive disorder in a community sample: predictors of recurrence in young adults. *Am J Psychiatry*, 157 (2000) 1584-1591.
- Klein, M. (1935). A contribution to the psychogenesis of mania depressive states. In Contributions to Psycho-analysis. (pp. 1921-1945). London: Hogart Press, 1968.
- Klerman, G. (1986). Suicide & depression among adolescents & young adults. American Psychiatric Press.
- Kohut, H. (1977). The restoration of the self. New York: Internacional Universities Press.
- Leal, I. (2000). *Entrevista Clínica e Psicoterapia de Apoio*. Lisboa: Ispa.
- Lebowitz, B. D. (1999). Depression in Late-Life. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 1, 57-66.
- Lebowitz, B. D.; Pearson, J. L.; Schneider, L. S. e col. (1997), “Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update”, *JAMA*, 278, pp. 1186-1190.

- Levet-Gautrat, M. (1985). *A la recherche du 3.^o age – éléments de gérontologie sociale*, Paris, Armand Colin Actualité.
- Lima, A. & Viegas, S. (1988). A diversidade cultural do envelhecimento: A construção social da categoria velhice. *Psicologia*, VI (2): 149-158. Porto: Edições Afrontamento.
- Mahler, M. (1968). On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol. 1: Infantile Psychosis. New York: Internacional Universities Press.
- Maltsberger, J. & Buie, D. (1980). The devices of suicide revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psychoanalysis*, 7: 61-72.
- Marques, A.; Santos, Z. (1989). Aspectos na 3^a Idade. *Psiquiatria Clínica*, 271-275.
- Marques, M. E. (1999). *A Psicologia Clínica e o Rorschach*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Martins, R. M. (2008). *A Depressão no Idoso*. Millenium, 34, 119-123.
- Menchón, J. M. (1996). Existen diferencias clínicas entre la depresión del anciano y la del adulto joven?. In La depresión en el anciano: Doce cuestiones fundamentales. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Menninger, K. (1933). A psychoanalytic aspects of suicide. *Int. J. Psychoanalysis*. 14: 376-390.
- Merlin, M., Baptista, A. & Baptista, M. (2004). Depressão e Suicídio na Terceira Idade. In Suicídio e Depressão – Atualizações. (p.195-216). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Miller, A. & Glinski, J. (2000). Youth Suicidal Behavior: Assessment and Intervention. *Journal of Clinical Psychology*, vol. 56(9), 1131-1152.
- Morse, S. (1973). The after-pleasure of suicide. *British J. Med. Psychol.* 46: 227-238.
- Mourinho, A.; Gaspar, A.; Flor, H. & Oliveira, V. (2004). Suicídio na Terceira Idade. *Hospitalidade*, 264, 18-22.
- NIMH – National Institute of Mental Health – Depression, 2000. Disponível em: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/depression.cfm>.
- Oberg, B. M.; Narvanen, A. L.; Nasman, E.; Olsson, E. (eds.) (2004), *Changing worlds and the ageing subject*, Aldershot, Ashgate Publishing.
- Olievenstein, C. (2000). *Arte de envelhecer*. Lisboa: Notícias.

- Oliveira, A; Amâncio, L. & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver. *Análise Psicológica*, 19 (4), 509-521.
- Oliveira, K., Santos, A., Cruvinel, M. & Néri, A. (2006). Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. *Psicologia em Estudo*, v.11, n°2, p.351-359.
- Oman, D. & Reed, D. (1998). Religion and mortality among the community-dwelling elderly. *American Journal of Public Health*, 88 (10): 1469-75.
- Pasche, F. (1969). “De la dépression”. In A Partir de Freud. Paris: Payot, 181-199.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Pearson, J. & Conwell, Y. (1996). *Suicide And Aging – International Perspectives*. Springer Publishing Company.
- Pearson, J. L. (2002). Recent research on suicide in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 4, 59-63.
- Pedinielli, J. P. & Rouan, G. (2005). A Entrevista de Pesquisa. In Cyssaud, C. (Ed.). *A Entrevista em Clínica*. (pp. 105-112). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedinielli, J.L. & Bernoussi, A. (2006). A depressão no sujeito idoso. In Os estados depressivos. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. Coimbra: Quarteto.
- Pinto, A.C. (1990). *Metodologia da investigação psicológica*. Edições Jornal de Psicologia.
- Poirier, J., Clapier-Valladon, S. & Raybaut, P. (1999). *Histórias de Vida: Teoria e Prática* (2ª ed.). Oeiras: Celta Editora.
- Quan, H.; Arboleda-Flórez, J.; Fick, G. H.; Sturat, H. L. & Love, E. J. (2002). Association between physical illness and suicide among elderly. *Society of Psychiatry – Psychiatry Epidemiology*, 37, 190-197.
- Quartilho, M. J. (2006). Suicídio - Aspectos Sociais e Culturais. In Comportamentos Suicidários em Portugal. (Capítulo 2, pp. 55-74). Ed. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Reinecke, M. (2004). Suicídio e Depressão. In Dattilio, M. e Freeman, A. (Ed.), *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. (pp. 82-113). Porto Alegre: Artmed Editora.

- Reinherz, H., Giaconia, R., Silverman, A., Friedman, A., Pakiz, B., Frost, A., & Cohen, E. (1995). Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(5), 599-611.
- Retterstøl, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. University Press, Cambridge.
- Rivas, F., Torres, M., & Zulueta, A. (1998). Aspectos diferenciales de las familias de adolescentes y jóvenes adultos que realizan tentativas de suicídio. *Actas Luso-Españolas de Psiquiatria*, 26(2), 97-103.
- Rodrigues, C. & Leal, I. (2004). Limitações da qualidade de vida e depressão em pessoas idosas. In Actas do 5º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. (pp. 771-776). Lisboa: ISPA.
- Rojas, E. (1984). *Estúdios sobre el suicídio*. (2ª ed.). Barcelona: Salvat.
- Rosa, I. M. A. (2000). Sabedoria e Envelhecimento. Dissertação de Mestrado em Psicopatologia e Psicologia Clínica. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Ruiz, G. (2001). Reflexões sobre a solidão e o vazio existencial enquanto factores de risco nos comportamentos suicidários. *Psiquiatria Clínica*, 22, (2), pp. 185-188.
- Sá, E. (2001). Morrer para quê?... *Psiquiatria Clínica*, 22 (1), pp. 127-129.
- Sadigursky, D. & Oliveira, M. R. (1993). Estudo de caso controle da associação entre prática religiosa e depressão em mulheres idosas. *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, 6(2): 89-102.
- Sami-Ali (1997). *Le rêve et l'Affect – Une theorie du somatique*. Dunod: Paris.
- Sampaio, D. (1985). Tentativas de suicídio na adolescência: interpretação sistémica e redefinição de estratégias terapêuticas. Tese de Doutoramento. Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho – o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Sampaio, D. (2002). Suicídio e Para-Suicídio. In Manual de Psiquiatria Clínica (2ª ed.). (pp. 395-405). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Santos, E. G. (2002). A depressão no idoso numa perspectiva psicossomática. Dissertação de Mestrado em Psicossomática. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Santos, J. (2007). *Para-Suicídio - O que dizem as famílias - A emoção expressa*. Coimbra, Formasau.

- Santos, J.C.; Saraiva, C. B. & Sousa, L. (2005). Emoção Expressa: Caracterização, Estabilidade e Importância no Para-suicídio recorrente. *Referência*, II, (1): 39-51.
- Santos, M. F. S. (1994). Velhice: uma questão psico-social. *Temas em Psicologia*, 2, 123-131.
- Santos, Z.; Freitas, F. & Saraiva, C. B. (2006). Estratégias Globais de Prevenção do Suicídio. In Comportamentos Suicidários em Portugal (Capítulo 21, pp. 435-445). Ed. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Saraiva, C. B. (1997) – Para-suicídio – Contributo para uma Compreensão Clínica dos Comportamentos Suicidários Recorrentes. Dissertação de Doutoramento em Psiquiatria. Faculdade de Medicina de Coimbra.
- Saraiva, C. B. (1999) – *Para-suicídio. Contributo para uma compreensão clínica dos comportamentos suicidários recorrentes*. Coimbra, Quarteto Editora.
- Saraiva, C. B. (2001) – Distúrbios da personalidade histriónicos e impulsivos e os comportamentos suicidários. *Psiquiatria Clínica*, 22 (1): 119-125.
- Saraiva, C. B. (2003) – Depressão e Suicídio. In Depressão pp. 119-131 – Medicina, Temas Actuais, Castanheira do Ribatejo, Atral Cipan Eds.
- Saraiva, C. B. (2006) – *Estudos sobre o para-suicídio – O que Leva os Jovens a Espreitar a Morte*. Coimbra: Redhorse.
- Saraiva, C. B. (2006) – Psicopatologia e prática clínica. In Comportamentos Suicidários em Portugal (Capítulo 14, pp. 275-300). Ed. Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Scott, J., Williams, J., & Beck, A. (1989). *Cognitive Therapy in Clinical Practice: an illustrative casebook*. New York: Routledge.
- Seabra, D. (2006). Idades Avançadas, da Solidão ao Suicídio. In Comportamentos Suicidários em Portugal. (pp. 247-256). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Segal, A. (1975). *Introdução à obra de Melanie Klein*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3 (XX): 505-518.
- Serralta, F. (2001). Culpa, vergonha e risco de suicídio na depressão. *Aletheia*, nº 14: 15-27.

- Shaffer, D., Pfeffer, C., & The Work Group On Quality Issues. (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 24S-51S.
- Snowdon, J. (2001). Suicide in late life. *Reviews in Clinical Gerontology*, 11, 353-360.
- Solomon, A. (2002). *O Demónio do Meio-Dia: uma anatomia da depressão*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Spar, J. E. & La Rue, A. (2002). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Teixeira, M. (2002). *Empoderamento de idosos em grupos direccionados à promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado à Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, São Paulo.
- Trivedi, M. – The Link Between Depression and Physical Symptoms. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 6 [suppl 1] (2004) 12-16.
- U. S. Public Health Service – Mental Health: A Report of the Surgeon General. Washington, D. C.: U. S. Department of Health and Human Services, 1999.
- Urretavizcaya, M. (2003). Psiquiatria en el anciano. In Introducción a la psicopatología y la psiquiatria. (pp. 901-937). Barcelona: Masson.
- Van Den Berg, M. D.; Oldehinkel, A. J.; Bouhuys, A. L.; Brilman, E. I.; Beekman, A. T.; e Ormel, J. Depression in later life: three etiologically different subgroups. *J. Affect. Disord.*, v.65, n.1, p.19-26, 2001.
- Vaz-Serra, A. (1994). *Inventário de Avaliação Clínica da Depressão*. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
- Vaz-Serra, A., Saraiva, C. B., Alte da Veiga, F. & Ramalheira, C. (2000). Suicídio e Para-suicídio um desafio à prática clínica. *CD-Rom de Saúde Mental, Psiquiatria + Prática*. Vale e Vale editores.
- Vaz-Serra, A. (2006). Prefácio In Comportamentos Suicidários em Portugal. (pp. 13-15). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.
- Weishaar, M. E. & Beck, A. T. (1990). Cognitive approaches to understanding and treating suicidal behavior. In Blumenthal, J. e Kupfer, J. (Ed.), *Suicide over the life cycle: risk factors, assessment, and treatment of suicidal patients*. NY: American Psychiatric Press.
- Weissman, M. M. & Olfson, M. (1995). Depression in Women: Implication for Health Care Research. *Science*, v. 269, n.5225, pp. 799-801.

West, M. & Sheldon, A. (1987). Attachment dynamic in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 150: 408-409.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION – Suicide prevention and special programmes. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/.

Yin, K. R. (1984). *Case Study Research: Design and Methods*. California: Sage Publications, Inc.

Zal, Michael (1992). *A Geração Sanduíche. Entre filhos adolescentes e pais idosos*. Lisboa: Difusão Cultural.

ANEXOS

ANEXO A

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Na sequência do trabalho desenvolvido no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e como forma de responder aos requisitos necessários, estou a desenvolver um trabalho de investigação cuja temática é “O Para-Suicídio e a Depressão na Terceira Idade”.

Neste sentido, e na qualidade de Investigadora, venho solicitar a sua colaboração, pedindo autorização para a recolha de dados para o meu trabalho de forma a possibilitar a consecução do objectivo a que me propus.

Sublinho de forma absoluta a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados e todas as informações obtidas, que servirão apenas para o meu trabalho, sem que venham a ter qualquer outro tipo de utilização.

Assim, eu, _____ declaro que me foi pedida autorização para recolha de dados, após explicação dos procedimentos a executar. Declaro ainda, que consenti a publicação dos dados, garantindo a confidencialidade dos mesmos.

O paciente

A investigadora

Nota: Por questões de anonimato e confidencialidade optou-se por não publicar o original.

ANEXO B

Protocolo de Rorschach de M.

<p>PI</p> <p>7'' Λ</p> <p>1- <i>(O que é que você acha disto?)</i> Isto parece um corpo (parte central) ... Isto parece um corpo, não parece?</p> <p>2- E aqui parece duas mãos (Dd superior central), não é? Isto imita asas (negros laterais)... Não sei.</p> <p>3- Isto parece um corpo (negro central), isto parece umas asas (negros laterais) e isto parece umas mãos (Dd superior central). Isto parece diabólico. Parece diabólico!</p> <p style="text-align: right;">1'44''</p>	<p><i>(Não parece um corpo?)</i> Aqui no meio e aqui umas mãos e aqui o que será?</p> <p>Parecem duas orelhas com a cabeça enfiada por ali adentro, isto parece umas asas, não sei...</p> <p>Também me parece uma árvore de Natal, também pode ser, mas muito diferente duma árvore, tinha que se juntar esta parte a esta.</p>	<p>D F+ H</p> <p>Dd F+ Hd</p> <p>D F+ Ad</p> <p>D FClob</p>
<p>PII</p> <p>"4 Λ</p> <p>4- Sei lá... Isto será também uma cabeça (vermelho superior), não é? E isto aqui será... Isto é o corpo vazio (parte central).</p> <p>5- Isto parece uma cabeça (vermelho superior) que tem aqui. Não sei, não sei (murmura) ... Não sei, não sei...</p> <p>6- Isto parece a banda de baixo de um animal (vermelho inferior), não parece?</p> <p>7- E aqui parece duas cabeças (vermelhos superiores), parece duas bocas, ou seja palhaços, ou... Não sei.</p> <p style="text-align: right;">1'31''</p>	<p>Aqui uma cabeça parece duas coisas.</p> <p>Aqui parece um corpo e outro corpo e isto uma parte dum corpo, é o que deve ser...</p> <p>Está aqui os pés, uma parte dum corpo aqui e uma parte doutro corpo aqui e duas mãos unidas. <i>(É, não é? Está certo?)</i></p>	<p>D F+ Hd</p> <p>Dbl F- Hd</p> <p>D F+ Hd</p> <p>D F- Ad</p> <p>D F+ Hd</p>

<p>PIII</p> <p>4'' Λ</p> <p>8- Aqui é dois pássaros, parece dois pássaros, uma pata, outra pata, um bico, outro bico, dois corações, estão apaixonados, não é?</p> <p>9- Isto parece o coiso do sexo (negro central)</p> <p style="text-align: right;">1'48''</p>	<p>Parecem dois pássaros aqui (contorna com o dedo),</p> <p>Isto parecem corações (vermelho central).</p> <p>(Exclui os vermelhos superiores.)</p>	<p>G F+ A</p> <p>D FC Anat</p> <p>D F- Sx</p>
<p>PIV</p> <p>2'' Λ</p> <p>10- É pá, este é diabólico! É tudo o mesmo... É pá...</p> <p>11- Este também é um monstro. É tudo o mesmo... Não sei. Em todos o corpo é assim, acaba assim... Isto é um monstro, é.</p> <p>12- Daqui não dá para ser uma parte duma pessoa, é uma pata, aqui outra pata, assim... (negros inferiores laterais).</p> <p>13- Tem isto pendurado para aqui (negros superiores laterais), parece aqui um dedo e aqui (Dd superior) outro dedo e aqui isto está a cabeça (negro superior central) enfiada por ali adentro.</p> <p style="text-align: right;">2'31''</p>	<p>Isto não é cara nem de pessoa, nem focinho de animal, não sei, olhe, não sei... Veja lá... Parece um monstro.</p>	<p>G Clob</p> <p>G F+ (A)</p> <p>D F+ (Ad)</p> <p>Dd F- Ad</p> <p>D F+ Ad</p>

<p>PV</p> <p>3'' Λ</p> <p>14- Isto parece uma, pronto, sei lá, uma ave a voar, talvez, não sei... Assim V, ou assim Λ. Uma ave, uma águia, sei lá!</p> <p>43''</p>	<p>Parece as patas, aqui parece animais quando voam, uma águia, põe as orelhas esticadas e as patas tanto se pode ver assim (V), como assim (Λ) se tiverem enfiadas mesmo lá para dentro... talvez...</p>	<p>G Kan A Ban</p>
<p>PVI</p> <p>3'' Λ</p> <p>15- Isto é tudo igual, você mostra-me tudo igual... Isto é um bacalhau ou que é...</p> <p>16 - Um bacalhau escalado a meio (eixo central). É aqui a cabeça? (negro superior). Não vê aqui as barbas deles? (negros superiores laterais). Mas é um animal escalado a meio... (VΛV) Sei lá... Não sei, não sei prever isto.</p> <p>1'44''</p>	<p>(<i>Agita-se na cadeira</i>) Isto é a espinha, aqui não há patas, não sei... É animais escalados a meio, não sei.</p>	<p>G F+ A</p> <p>G F+ A Sin</p>
<p>PVII</p> <p>4'' Λ</p> <p>17 - Aqui é novamente... Uma cabeça (negro médio lateral esquerdo), uma orelha (Dd lateral médio esquerdo), parece metade do coelho... É não é?</p> <p>18 - E aqui a outra metade (negro médio lateral direito). É um coelho escalado ao meio! (risos).</p> <p>53''</p>	<p>Isto aqui não sei... Isto será alguma coisa a ver com o nosso corpo? Não sei...</p> <p>(<i>Se calhar estou a dar-lhe as respostas mais esfarrapadas...</i>)</p>	<p>D F+ Ad</p> <p>D F+ Ad Sin</p>

<p>PVIII</p> <p>2'' Λ</p> <p>19 – Olhe, isto aqui é um urso, aqui também... pendurados (aponta para os D laterais). De cada lado é um urso. Quem diz um urso, diz outro animal...</p> <p>20 - E novamente isto é um esqueleto (parte central), faz de conta que isto é um esqueleto, eu não sei ver o caso de outra maneira...</p> <p>21 - Talvez aqui (Dd castanhos laterais) algo que eles pudessem pendurar e aqui um esqueleto. Talvez! Talvez! Não sei!</p> <p>22 - Talvez esta formação de ossos aqui (parte central), que é a coluna, aqui e aqui, mas ele pendurou-se, mas esta coisa (negro superior) está-se a defender! Olha, estou quase no fim!</p> <p style="text-align: right;">2',13''</p>	<p>Está a empurrá-lo de cada lado, está a empurrar um de cada lado, porque se ele estivesse engalfinhado no esqueleto não se via este jeito de mão (Dd lateral superior), mão ou qualquer coisa, pronto, porque talvez estas partes imitem os dedos... estes riscos e isto qualquer coisa que está... Está aqui uma pata a segurar, penso eu, e esta está aqui segura nisto... Não sei.</p>	<p>G F+ A Ban</p> <p>D F+ Anat</p> <p>Dd F± Obj</p> <p>D F+ Anat</p> <p>D Kan A</p>
<p>PIX</p> <p>3'' Λ</p> <p>E aqui se calhar é quase o mesmo... (<i>silêncio</i>).</p> <p>23 – Isto é uma espinha (eixo vertical), de alto a baixo é uma espinha.</p> <p>24 - E isto parece novamente animais, aqui e aqui.</p> <p style="text-align: right;">1' 35''</p>	<p>Não sei... É difícil.</p>	<p>D F+ Anat</p> <p>D F+ A</p>

<p>PX</p> <p>2'' Λ</p> <p>25 – Este é mais bonito, não é? Isto é aranhas (azuis laterais), parece... Mas também parece flores. Deixa ver assim V, talvez assim dê mais jeito...</p> <p>26 - Aqui parece a cabeça de dois escorpiões (verde lateral), vista deste lado assim...</p> <p>27 - Vista assim parece a cabeça de dois escorpiões ou víboras (verdes inferiores)</p> <p>28 - E aqui também é animal... Vê-se por estes corninhos... Que animal será este? Uma minhoca (vermelho central) ou uma coisa qualquer.</p> <p>29 - E isto aqui (castanhos laterais) parece flores, mas parece também aranhas... Mas as aranhas não são assim... (silêncio) <i>(Tenho muito jeito para o desenho!)</i></p> <p>30 - E isto deve ser algo interior daqui (negro superior), isto é tudo como a gente tem quando se tira a radiografia, tanto neste como nos outros... Isto parece, mas transforma-se numa flor.</p> <p style="text-align: right;">3'46''</p>	<p>Este parece, como eu já lhe disse, um escorpião...Aqui nota-se que isto é animal!</p> <p>Será uma lagarta grande? Sei lá... Olhe, não sei definir bem.</p>	<p>D F+ A Ban</p> <p>D F+ Bot</p> <p>D F+ Ad</p> <p>D F+ A</p> <p>D CF A</p> <p>Dd F+ Bot</p> <p>Dd F- A</p> <p>D F- Rx</p>
---	---	---

Prova Complementar de Escolhas

Escolha +: Prancha X “É o desenho mais bonito...”

Escolha -: Prancha IV “É um monstro muito diabólico, não gosto, há muito negro aqui.”

