



**UNIVERSIDADE DE ÉVORA**

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

**Necessidades interpessoais e risco de suicídio  
numa amostra clínica de idosos**

**Maria Margarida Carapinha Piteira**

Orientação: Prof. Doutor Rui C. Campos

Doutora Sara Santos

**Mestrado em Psicologia**

Área de especialização: Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

**Mestrado em Psicologia**

*Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde*

**Necessidades interpessoais e risco de suicídio numa amostra clínica de idosos**

Maria Margarida Carapinha Piteira

**Orientadores:**

Prof. Doutor Rui C. Campos

Doutora Sara Santos

Setembro de 2016

## **Agradecimentos**

Agradeço ao Prof. Doutor Rui C. Campos pela orientação e pelo conhecimento com que enriqueceu este trabalho e parte do meu percurso académico.

Agradeço igualmente à Doutora Sara Santos por sempre se mostrar disponível.

Sem a ajuda de ambos, esta dissertação não seria, de todo, possível.

Agradeço aos meus pais, claro, por me permitirem prosseguir os meus estudos, e por estarem sempre presentes em todos os momentos, acreditando em mim e nas minhas capacidades. Em especial, ao meu pai, pelo apoio adicional como leitor crítico de vários dos meus trabalhos académicos, incluindo esta dissertação.

Agradeço à minha restante família - irmão, avós e tio - bem como aos meus amigos, por aturarem o meu ocasional mau humor, e pela força que sempre me deram ao longo da minha vida académica, sobretudo nesta exigente reta final, a realização da dissertação de mestrado. Destaco as minhas amigas, Daniela Galvão e Rita Caeiro, pela sua ajuda, bem como as minhas colegas de curso e amigas: Cristina Fouto, Tânia Batista, Ana Marcão e Irene Largartixa. E ainda, a minha colega, Margarida Gomes, pelo apoio nesta fase final. Um especial agradecimento também ao meu amigo João Pereira, por estar sempre disponível, e à minha madrinha de curso, Ana Rita Oliveira, pela sua especial contribuição.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de alguma forma, me apoiaram no meu percurso académico e, conseqüentemente, na concretização desta dissertação.

## Resumo

O objetivo desta investigação é testar o contributo das necessidades interpessoais - os sentimentos de não pertença e a perceção de ser um fardo – para o risco de suicídio, avaliado através da ideação suicida. Também se pretende investigar a possível interação entre as necessidades interpessoais e respetivos efeitos quadráticos, controlando o impacto de um conjunto de variáveis que apresentam, muitas vezes, uma correlação significativa com a ideação suicida. Neste estudo participaram 80 utentes idosos em recuperação de uma doença aguda. De acordo com os resultados, os sentimentos de não pertença e a perceção de ser um fardo correlacionam-se com a ideação suicida. No entanto, quando numa análise da regressão múltipla se considera simultaneamente o efeito de ambas as variáveis, apenas os sentimentos de não pertença contribuem significativamente na previsão da ideação suicida. Não se verificaram efeitos de interação nem efeitos quadráticos entre as variáveis necessidades interpessoais.

**Palavras-chave:** *Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio; Sentimento de não pertença; Perceção de ser um fardo; Risco de suicídio; Idosos; Doença aguda.*

## Abstract

### “Interpersonal needs and suicide risk in a sample of elderly patients”

The aim of this study is to test the contribution of interpersonal needs - thwarted belongingness and perceived burdensomeness - to the risk of suicide, assessed by the presence of suicidal ideation. It also intends to investigate the possible interaction between interpersonal needs and the respective quadratic effects, by controlling the impact of a set of variables which have, many times, a significant correlation with suicidal ideation. In this study participated 80 elderly patients recovering from an acute medical condition. According to the results, thwarted belongingness and perceived burdensomeness are correlated with suicidal ideation. However, when in a multiple regression analysis we considerate simultaneously the effect of both variables, only thwarted belongingness contributes significantly to suicide ideation prediction. No interactions effects or quadratic effects were observed between interpersonal needs variables.

**Keywords:** *Interpersonal Theory of Suicide; Thwarted belongingness; Perceived burdensomeness; Suicide risk, Older adults; Acute disease.*

## Índice

Introdução.....	1
Parte Teórica.....	3
Capítulo 1 – O risco de suicídio.....	3
1.1. Suicídio em idosos e em indivíduos com doença aguda.....	3
1.2. Outras variáveis de risco e suicídio.....	5
Capítulo 2 - Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Thomas Joiner.....	9
2.1. O sentimento de não pertença ( <i>thwarted belongingness</i> ) e a perceção de ser um fardo ( <i>perceived burdensomeness</i> ).....	9
2.2. Necessidades interpessoais em idosos.....	14
2.3. Necessidades interpessoais e risco suicidário.....	15
Capítulo 3 – Necessidades interpessoais e risco de suicídio em idosos.....	17
Parte Empírica.....	20
Capítulo 4 – Objetivos do estudo.....	20
Capítulo 5 – Metodologia.....	24
5.1. Participantes e procedimentos.....	24
5.2. Instrumentos de medida.....	26
5.3. Metodologia de análise de dados.....	29
Capítulo 6 – Resultados.....	30
6.1. Análise descritiva e correlacional.....	30
6.2. Análise das regressões múltiplas hierárquicas.....	31
Capítulo 7 – Discussão.....	35
7.1. – Limitações e estudos futuros.....	39
Conclusão.....	41
Referências Bibliográficas.....	43
Anexos.....	52
Anexo 1 - Inventário de Necessidades Interpessoais (INQ-15).....	53
Anexo 2 - Inventário de Depressão de Beck - II (item 9).....	54
Anexo 3 - Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (Suicide Items)..	55
Anexo 4 - Escala de Barthel Modificada.....	56

## Introdução

A prevalência do suicídio tende a aumentar com a idade (Cukrowicz, Jahn, Graham, Poindexter, & Williams, 2013; Ojagbemi, Oladeji, Abiona, & Gureje, 2013). A par do envelhecimento, também as doenças agudas têm sido associadas ao suicídio (Conwell, & Thompson, 2008). O acidente vascular cerebral, em especial (Pompili, Venturini, Lamis, Giordano, Serafini, Murri, Amore, & Girardi, 2015), também tem sido significativamente associado com a ideação suicida, principalmente na população idosa (Park, 2014).

A Teoria Interpessoal do Suicídio de Thomas Joiner sugere que existem duas causas proximais para a ideação e desejo suicidas: os sentimentos de não pertença, isto é, experiências de alienação ou desconexão social com outros significativos - (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Hill, & Pettit, 2014; Joiner, Van Orden, Witte, Selby, Ribeiro, Lewis, & Rudd, 2009) e a percepção de ser um fardo, ou seja, a visão de que a própria existência acarreta encargos para outros significativos (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Joiner, 2007; Joiner et al., 2009; O'Keefe, Wingate, Tucker, Rhoades-Kerswill, Slish, & Davidson, 2014; Van Orden, & Conwell, 2011). Apesar de a ideação suicida ser impulsionada por um estado psicológico, caracterizado pela presença destes dois elementos, um indivíduo só tenderá a passar ao ato se tiver desenvolvido uma capacidade adquirida para o suicídio, o que pressupõe uma diminuição do medo e um aumento da tolerância ou habituação à dor física (Cheatle, 2014; Cukrowicz, Cheavens, Van Orden, Ragain, & Cook, 2011; Saraiva, Peixoto, & Sampaio, 2014; Van Orden, & Conwell, 2011).

Na população idosa, a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença demonstraram ser fortes preditores da ideação suicida e/ou risco de suicídio em idosos (O'Keefe et al., 2014), ou seja, aqueles que se percebem como sendo um fardo para os outros ou que não apresentam sentimentos de pertença são mais propensos a apresentar ideação suicida (Cukrowicz et al., 2011).

A presente investigação pretende dar um contributo para estudar, numa amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda, o impacto das necessidades interpessoais (os sentimentos de não pertença e a percepção de ser um fardo) de acordo com a perspetiva de Joiner no risco de suicídio, avaliado através da presença de ideação suicida.

Além de testar o contributo individual das variáveis interpessoais, o objetivo da dissertação é também investigar a sua interação, controlando ao mesmo tempo o impacto de um conjunto de variáveis, considerado importante para o risco de suicídio: a presença de doença mental, a dor física, a dependência funcional, o género, a idade, o ser viúvo e a presença de tentativas prévias de suicídio, que apresentam habitualmente uma correlação com a ideação suicida.

Este trabalho encontra-se integrado numa linha de investigação mais vasta, coordenada pelo orientador da presente dissertação, que visa estudar o risco de suicídio em populações clínicas e não clínicas de adultos e idosos portugueses, e a sua relação com diversas variáveis psicológicas e contextuais.

No presente estudo participa uma amostra clínica de idosos, utentes da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa, em recuperação de uma doença aguda na Unidade de Convalescença desta instituição, que deram entrada durante o ano de 2015.

Esta dissertação é constituída por duas partes. A primeira descreve o enquadramento teórico e será composta por três capítulos: o primeiro aborda o suicídio e o risco de suicídio em idosos e em indivíduos com doença aguda, bem como algumas variáveis de risco para o suicídio; o segundo apresenta a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Thomas Joiner, e descreve estudos sobre as necessidades interpessoais e o risco de suicídio; o terceiro capítulo foca-se nas necessidades interpessoais e risco de suicídio na população idosa.

A segunda parte deste trabalho, referente à parte empírica, tem quatro capítulos: o primeiro descreve os objetivos do presente estudo; o segundo tem como finalidade expor a metodologia utilizada, nomeadamente no que diz respeito aos participantes e procedimentos, instrumentos de medida e análise de dados; o terceiro apresenta os resultados da investigação; e o quarto refere-se à discussão de resultados, com a apresentação das limitações do estudo. Para terminar, serão apresentadas as conclusões finais, bem como as referências bibliográficas.

## Parte Teórica

### Capítulo 1 – O risco de suicídio

#### 1.1. Suicídio em idosos e em indivíduos com doença aguda

Por ser uma das mais preocupantes causas de morte no mundo ocidental, a *World Health Organization* (WHO) avalia o suicídio como um problema de saúde pública importante ao longo de todo o ciclo de vida, tanto na população clínica como na população não-clínica (Conwell, & Brent, 1995; Instituto Nacional de Estatística, 2013; Kiriakidis, 2015). A WHO (2012) estima que, em todo o mundo, suicidam-se diariamente cerca de 3 000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio. A cada ano, quase um milhão de pessoas morre por suicídio em todo o mundo (Instituto Nacional de Estatística, 2013), representando uma taxa anual de 11.4 por 100 000 habitantes (15.0 no sexo masculino e 8.0 no sexo feminino) (Kiriakidis, 2015; World Health Organization, 2014).

Em Portugal, as taxas de suicídio permaneceram estáveis no período de 2007 a 2013 – cerca de 10 por 100 000 habitantes (PorData, 2015). No contexto da União Europeia, Portugal tem sido considerado um país com uma taxa de suicídio baixa, no entanto, caso se adicionem os 20% das mortes com causa indeterminada, como recomendam os especialistas, Portugal passa a estar num nível alarmante, subindo dos atuais 11,7 para cerca de 15 por 100.000 habitantes. E, apesar de se ter registado um aumento dos suicídios nos grupos etários dos 40 aos 64 anos, ou seja, na fase ativa da vida, continuam a ser os homens com mais de 65 anos de idade que vivem sozinhos e que sofrem de doenças crónicas os que mais se suicidam (Campos, 2016).

A prevalência mundial de suicídio aumenta com a idade, tanto para homens como mulheres, porque as tentativas de suicídio entre as pessoas idosas são mais letais do que nos adultos (Ojagbemi, et al., 2013). A taxa de morte por suicídio aumenta de forma constante a partir dos 65 anos (proporção de 25 tentativas para 1 suicídio para todas as idades combinadas e de 4:1 para adultos com mais de 65 anos), sendo que a taxa de suicídio em pessoas com mais de 75 anos pode atingir até duas ou três vezes a taxa para os menores de 25 anos na maioria dos países industrializados (Center for Disease Control and Prevention, 2012; Cukrowicz et al., 2013; Overholser, Braden, & Dieter, 2012). Devido ao envelhecimento da população mundial, está previsto que o suicídio se torne a décima causa de morte no ano de 2020 (Waern, 2003).



Em Portugal, o número de pessoas com 65 ou mais anos duplicou nos últimos quarenta anos, passando de 8% em 1960 e para 16% em 2001. O índice de envelhecimento aumentou de cerca de 112 idosos por cada 100 jovens em 2006 para cerca de 118 idosos por cada 100 jovens em 2009. Segundo as projeções demográficas mais recentes, estima-se que esta proporção volte a duplicar nos próximos 50 anos, representando os idosos, em 2050, 32% do total da população, e o índice de envelhecimento a ser 242 idosos para cada 100 jovens. Ora, como o número de idosos está a aumentar significativamente, de forma similar à de outros países ocidentais, o suicídio entre os idosos é um grave problema de saúde pública. No caso português, a taxa de suicídio nos idosos tem mostrado uma tendência crescente, entre 1980 a 2005, sendo a única que apresenta uma subida ao longo destes anos (Drago, & Martins, 2012). No entanto, como já referido anteriormente, apesar de Portugal continuar a surgir com uma das mais baixas taxas, em números brutos, entre os estados membros da União Europeia em 2011, quando se considera a faixa etária com idades superiores aos 65 anos de idade, a taxa de suicídio é superior à média europeia em ambos os sexos (Campos, 2016).

As condições de doença aguda têm também sido associadas à mortalidade por suicídio. Os pacientes com três doenças físicas apresentam o triplo do risco relativo estimado para o suicídio, em comparação com indivíduos que não têm qualquer diagnóstico, enquanto os adultos mais velhos com sete ou mais doenças apresentam cerca de nove vezes maior risco de suicídio (Conwell, & Thompson, 2008).

A literatura sugere que o cancro, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, a doença renal, e algumas doenças físicas agudas, especialmente as condições neurológicas, como a esclerose múltipla ou o acidente vascular cerebral (AVC) são as mais fortemente associadas ao suicídio consumado (Scott, Hwang, Chiu, Kessler, Sampson, Angermeyer, Beautrais, Borges, Bruffaerts, De Graff, Florescu, Fukao, Haro, Hu, Kovess, Levinson, Posada-Villa, Scocco, & Nock, 2010).

De todas as doenças neurológicas, o acidente vascular cerebral continua a ser um dos mais devastadores, causando frequentemente a morte, invalidez e/ou deficiência física grave (Pompili et al., 2015). A Organização Mundial de Saúde estabeleceu que, a cada ano, 15 milhões de pessoas sofrem de AVC em todo o mundo, resultando em 5.000.000 de vítimas mortais e 5 milhões de indivíduos com deficiência permanentemente.

Embora os acidentes vasculares cerebrais possam acontecer, e aconteçam efetivamente, em qualquer idade, o risco de vir a ter um AVC duplica a cada década após os 55 anos de idade. Dado que a idade é um dos maiores fatores de risco para

ter um AVC, o aumento da idade média da população mundial implica um número crescente de indivíduos em risco (Pompili et al., 2015). Acresce que especialmente em pessoas idosas, sofrer um AVC tem sido significativamente associado com a ideação suicida (Park, 2014).

Tem sido estabelecido que as pessoas que sobrevivem a um AVC desenvolvem, muitas vezes, depressão, que é consistentemente aceite como um importante fator de risco de suicídio (Pompili, Venturini, Campi, Seretti, Montebovi, Lamis, Serafini, Amore, & Girardi, 2012). A depressão é a complicação psiquiátrica mais frequente do acidente vascular cerebral, apresentando taxas de prevalência entre os 20 e os 60% (Terroni, Mattos, Sobreiro, Guajardo, & Fráguas, 2009). De acordo com a maioria dos estudos, os indivíduos que sofreram um AVC têm taxas significativamente mais altas de depressão - podendo chegar a duplicar – relativamente aos indivíduos sem historial de AVC (Fuller-Thomson, Tulipano, & Song, 2012). Estudos demonstraram que a depressão pós-acidente vascular cerebral está fortemente relacionada com pensamentos suicidas (Park, 2014). Rao, Jackson e Howard (1999) verificaram, não só que os indivíduos com doenças cerebrovasculares estão em maior risco de cometer suicídio, como a existência de depressão pré AVC é um importante fator para a ideação suicida nestes pacientes (Dou, Tang, Lu, Jiang, & Wang, 2015).

## 1.2. Outras variáveis de risco e suicídio

Diversas variáveis demográficas têm sido associadas ao suicídio e podem fornecer uma avaliação preliminar do risco de suicídio (Conwell, Van Orden, & Caine, 2011).

Os indivíduos do sexo masculino tendem a apresentar maior risco de suicídio, especialmente os pertencentes à raça caucasiana (Conwell et al., 2011). Embora sejam as mulheres que mais tentam o suicídio (Campos, & Holden, 2014), a taxa de suicídio consumado é superior nos homens em todas as faixas etárias (Medeiros, 2010).

Como já mencionado anteriormente, a idade é também considerada um fator de risco, pois embora a adolescência seja um período de alto risco para tentativas de suicídio, indivíduos com mais de 50 anos de idade são mais propensos a morrer por suicídio. Segundo Grek (2007), os fatores de risco para o suicídio na população idosa, prendem-se com o ser do sexo masculino, ter uma doença mental (especialmente depressão), ter uma doença física e a presença de conflitos interpessoais (Almeida, 2011).

Um risco de suicídio mais elevado tem também sido associado a ser solteiro, viúvo (Borges Angst Nock, Ruscio, & Kessler, 2006), separado ou divorciado (Campos, & Holden, 2014; Cutright, Stack, & Fernquist, 2006; Kposowa, 2002). Particularmente nos idosos, a morte de um cônjuge acarreta prejuízos económicos e emocionais, isolamento e mudanças nos papéis sociais, sendo estes, por sua vez, importantes fatores de risco para o suicídio (Shin, Cho, Hong, Park, Shin, Lim, & Kohn, 2013).

O envelhecimento acarreta mudanças no padrão das doenças e na frequência das incapacidades. A auto-suficiência no cuidado de si próprio e em atividades realizadas no contexto do domicílio, ou em outras que envolvam deslocação é muito importante para o idoso. O índice de dependência dos idosos é, em Portugal, de 19,26%, atingindo no sul do país (Algarve e Alentejo) os 27,17%, zona onde o índice de envelhecimento também é superior à restante população portuguesa (Almeida, & Quintão, 2012). Segundo Sequeira (2010), entende-se dependência como a incapacidade do indivíduo para alcançar um nível de satisfação aceitável relativamente às suas necessidades, pelo facto de se encontrar impossibilitado de adotar comportamentos ou realizar tarefas sem a ajuda de outros (Drago, & Martins, 2012). Esta limitação em atividades quotidianas foi significativamente associada com a ideação suicida em idosos, pelo que a dependência funcional pode ser considerada um fator de risco para ideação suicida nesta faixa etária (Park, 2014). Esta dependência contribui para a perceção do idoso de ser um fardo, com falta de autonomia e de controlo pessoal (Van Orden, & Conwell, 2011). Em contraste, a presença de autonomia percebida parece ser um fator protetor contra o desenvolvimento de ideação suicida na presença de deficiências funcionais. Por outro lado, o estudo sugere que, a presença de ligações sociais parece funcionar como um “amortecedor” contra os efeitos da dependência funcional no risco de suicídio (Van Orden, & Conwell, 2011).

Vários estudos demonstram que a dor física também contribui para aumentar o risco de ideação e comportamentos suicidas, (Hooley, Franklin, & Nock, 2014), especialmente nos homens (Van Orden, & Conwell, 2011).

A dor física também foi associada ao desejo de morrer e à ideação suicida em populações de idosos (Fässberg, Cheung, Canetto, Erlangsen, Lapierre, Lindner, Draper, Gallo, Wong, Wu, Duberstein, & Waern, 2016). A dor crónica, comum sobretudo na população idosa, parece ser um fator de risco para o suicídio (Kiriakidis, 2015), uma vez que doentes que sofrem de dor crónica parecem ter o dobro de risco de morte por suicídio, em comparação com a população em geral (Fiske, O'Riley, & Widoe, 2008; Tang & Crane, 2006).

Esta associação entre dor física e comportamentos suicidários tem sido testada em vários estudos. Hitchcock, Ferrell e McCaffery (1994) verificaram que 50% dos pacientes com dor física crônica tinham pensamentos de suicídio devido à dor (Cheatle, 2011). De forma similar, num estudo com adolescentes, verificou-se que aqueles que relatavam sintomas somáticos (dores de cabeça, dor abdominal ou dor de um dos membros) exibiram uma taxa oito vezes superior de pensamentos e comportamentos suicidas comparativamente aos adolescentes sem dor física (Bohman, Jonsson, Päären, von Knorring, Olsson, & von Knorring, 2012; Hooley et al., 2014). Os pacientes com dor física incapacitante isolam-se muitas vezes, ao perceberem que são incapazes de ajudar a família e/ou de contribuir de forma ativa para a sociedade, o que aumenta o seu risco de suicídio (Cheatle, 2014).

O aparecimento da dor física também é frequente nos quadros pós-AVC (30 a 49%), uma das doenças físicas agudas que, tal como já referido anteriormente, apresenta uma correlação significativa com o suicídio, (Scott, Hwang, Chiu, Kessler, Sampson, Angermeyer, Beautrais, Borges, Bruffaerts, De Graff, Florescu, Fukao, Haro, Hu, Kovess, Levinson, Posada-Villa, Scocco, & Nock, 2010), especialmente nos primeiros cinco anos após o AVC ter ocorrido (Teasdale, & Engberg, 2001). Nos quadros pós-AVC surgem diversas consequências psicológicas (tais como sentimentos de desamparo e desesperança, o desejo de escapar de uma situação insuportável e os défices na resolução de problemas) associadas ao aparecimento da dor, à má qualidade de vida, à depressão e à suicidalidade (Tang et al., 2013).

Os indivíduos com dor física também têm uma prevalência significativamente superior de depressão quando comparados com indivíduos sem dor (Cheatle, 2014). Doenças crônicas, dolorosas ou incapacitantes poderão predispor para quadros depressivos, sendo que a depressão também altera, conseqüentemente, a percepção dolorosa por parte do indivíduo.

De forma resumida, parece poder dizer-se que a doença física provoca a perda de autonomia (Saraiva et al., 2014), que predispõe para o isolamento e para a depressão que, por sua vez, aumentam o risco de suicídio (Conwell, & Thompson, 2008; Van Orden, & Conwell, 2011).

Outra variável de risco para o suicídio é a presença de doença psiquiátrica.

Na velhice existe uma prevalência elevada de doença mental (Almeida, & Quintão, 2012). Estudos mostraram que entre 70 a 97% dos idosos que cometeram suicídio tinham sido previamente diagnosticados com alguma doença mental (Beautrais, 2002; Conwell, & Thompson, 2008; Conwell et al., 2011).

As perturbações mais comuns nos idosos que morrem por suicídio são as do humor, presentes entre 54 e 87% dos casos (Van Orden, & Conwell, 2011), com especial destaque para a depressão (Almeida, & Quintão, 2012), cuja prevalência varia de 1 a 4%, duplicando entre os 70 e os 85 anos. Nos lares de terceira idade, a prevalência da depressão aumenta, podendo variar de 12 a 14% (Medeiros, 2010). No contexto médico a prevalência da depressão no idoso é superior à da comunidade, encontrando-se taxas de depressão em doentes hospitalizados que variam de 5 a 44% (Beautrais, 2002; Conwell, & Thompson, 2008; Conwell et al., 2011). Nos pacientes idosos deprimidos o risco de suicídio é duas vezes maior do que nos não deprimidos (Almeida, & Quintão, 2012).

Além das perturbações depressivas, a fobia social, a personalidade borderline, a doença bipolar e a esquizofrenia são preditoras da perceção de ser um fardo e do sentimento de não pertença e aparecem, conseqüentemente, associadas à ideação suicida (Silva, Ribeiro, & Joiner, 2015).

Assim, existe uma relação muito forte entre os comportamentos suicidários e a presença de perturbações mentais nas pessoas idosas (Almeida, & Quintão, 2012).

Estima-se que uma pessoa que já tenha tentado o suicídio seja cerca de três vezes mais propensa a tentá-lo novamente (Joiner, 2007). De facto, para além da experiência passada de suicidalidade facilitar uma futura ocorrência de comportamentos suicidários, os indivíduos com múltiplas tentativas prévias de suicídio experimentaram posteriormente formas mais letais de suicídio comparativamente com outros sem historial prévio de tentativas de suicídio (Joiner, 2007; Joiner et al., 2009). O que parece verificar-se é que o comportamento suicida passado vai “habituar” os indivíduos à dor (Orbach, Mikulincer, King, Cohen, & Stein, 1997) e diminuir o medo de tentar o suicídio. Com efeito a presença de um historial de tentativas de suicídio e de ideação suicida têm sido indicadas como um forte preditor de futuro comportamento suicida, incluindo a morte por suicídio (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Conwell, & Thompson, 2008; Joiner, Conwell, Fitzpatrick, Witte, Schmidt, Berlim, Fleck, & Rudd, 2005).

## Capítulo 2 – A Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de *Thomas Joiner*

### 2.1. Os sentimentos de não pertença (*thwarted belongingness*) e a percepção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*)

Embora se reconheça que o suicídio ocorre dentro de um contexto cultural específico e deva ser lido à luz de variáveis socioculturais específicas, a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio de Thomas Joiner centra-se em variáveis psicológicas, ao invés de fatores socioculturais (Campos, & Holden, 2015).

A Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio tem por base os trabalhos de Henry Murray (1938/1962) que afirmou que quando as necessidades humanas fundamentais não são satisfeitas podem resultar num desajustamento psicológico. O modelo baseia-se também nas ideias de Shneidman (1996), que afirmou que as necessidades psicológicas centrais subjacentes ao desejo de morte estão divididas em cinco categorias: falta de amor, relações marcadas por roturas, auto imagem desvalorizada, falta de controlo e dificuldades em lidar com a raiva excessiva (Cornette, deRoon-Cassini, Fosco, Holloway, Clark, & Joiner, 2009).

Num esforço para desenvolver uma teoria mais específica para explicar o comportamento suicidário, a perspetiva de Joiner desconstrói estas cinco necessidades fundamentais em duas “âncoras” fundamentais: pertença e efetividade, cuja realização se associa ao bem-estar psicológico e pode compensar a frustração de outras necessidades (Cornette, deRoon-Cassini, Fosco, Holloway, Clark, & Joiner, 2009; Joiner et al., 2005). O conceito de pertença é construído a partir das primeiras contribuições para o campo da sociologia de Durkheim (1951), que acreditava que os suicidas são indivíduos que não estão bem integrados na sociedade. Relativamente à efetividade ou sensação de competência, quando não satisfeita, contribui também para o risco de suicídio (Cornette et al., 2009).

De acordo com a Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio (Joiner, 2007) são três os fatores psicológicos relevantes e necessários para o suicídio ocorrer: os sentimentos de não pertença (*thwarted belongingness*), a percepção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*) e a capacidade adquirida para o suicídio (*acquired ability to enact lethal self-injury*) (Joiner et al., 2009; Lester, & Gunn, 2012).

Um indivíduo com sentimentos de não pertença reporta experiências de alienação ou desconexão social em relação a outros significativos, isto é, não se sente como parte integrante de qualquer grupo, como o círculo de amigos (Joiner et al., 2009), os colegas de trabalho, a família ou uma organização religiosa (Guidry, & Cukrowicz, 2015). Segundo Joiner (2005), pode ser definido operacionalmente como baixos níveis

de apoio social dos outros (Hill, & Pettit, 2014; Van Orden, Witte, Cukrowicz, Braithwaite, Selby, & Joiner, 2010), como um baixo sentimento de conexão social e como isolamento ou solidão (Guidry, & Cukrowicz, 2015). Segundo Bailey e McLaren (2005), a percepção de apoio social pode ser mais importante do que a quantidade de apoio ou contacto social efetivamente existente, sugerindo que é a qualidade, e não a quantidade de interação, que é importante (Marty, 2011).

É importante salientar que este é um conceito distinto de solidão, alienação e falta de suporte social, podendo antes ser definido como ausência de uma experiência de envolvimento pessoal num sistema ou ambiente, de modo a que o indivíduo se sinta parte integrante desse mesmo contexto. Ao conceito de pertença podem ser atribuídas duas características psicológicas: o envolvimento valorizado, necessário e aceite e o sentimento de “encaixe” (“*fit*”), em que os indivíduos se percebem como parte complementar do ambiente (Hagerty, Lynch-Sauer, Patusky, Bouwsema, & Collier, 1992; Marty, 2011).

Enquanto alguns investigadores consideram certos componentes do conceito de sentimentos de não pertença como tendo uma natureza de traço (por exemplo, a necessidade de interação social), consideram também que o constructo tem uma natureza fluída, sofrendo mudanças ao longo da vida de um indivíduo (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Van Orden et al., 2010).

A construção do sentimento de pertença decorre da necessidade fundamental de conexão, conceptualizada por Baumeister e Leary (1995) como a “necessidade de pertença”, que têm sido empiricamente relacionada com o viver-se sozinho, a perda do cônjuge, a solidão, o apoio social reduzido e o suicídio na vida tardia (Conwell et al., 2011).

Existem dois componentes para que esta necessidade de pertença esteja totalmente satisfeita: as interações com os outros e o sentimento de ser cuidado. Deste modo, de acordo com Joiner, para sentir que se pertence totalmente, deve experimentar-se tanto uma interação frequente como o cuidado persistente (Cornette et al., 2009). Para satisfazer a necessidade de pertencer, as interações devem ser frequentes e positivas (Van Orden, & Conwell, 2011). Interações dentro de uma relação estável irão satisfazer mais plenamente a necessidade de pertencer. A necessidade de pertencer será apenas parcialmente satisfeita se um indivíduo sentir que se preocupam consigo, mas não tiver interações face-a-face com o parceiro de relacionamento (ou seja, proximidade) (Joiner, 2007). De acordo com a teoria, relacionamentos que são desagradáveis, instáveis, pouco frequentes, ou com falta de proximidade afetiva irão contribuir para sentimentos de não pertença (Cornette et al., 2009).

De forma resumida, pode dizer-se que a proposta de Joiner (2007) concebe que uma necessidade de pertença não satisfeita é um fator contribuinte para o desejo suicida.

A segunda dimensão psicológica proposta por Joiner é a percepção de ser um fardo, que diz respeito à visão do sujeito de que a sua própria existência acarreta encargos para os familiares, amigos e/ou sociedade de forma estável e permanente, sendo a morte a única solução para o problema (Joiner, 2007; Joiner et al., 2005; Joiner et al., 2009). Ocorre quando um indivíduo desenvolve ódio dirigido a si mesmo, que deriva da crença de que é um fardo e/ou responsabilidade para outros (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Van Orden et al., 2010), e tem subjacente a ideia de que, para terceiros, a sua morte é preferível relativamente à continuação da sua vida (Marty, 2011; O'Keefe et al., 2014; Van Orden, & Conwell, 2011). Alguns indivíduos acreditarão mesmo que a sua morte seria um gesto de altruísmo na medida em que pouparia a família do fardo de cuidar e de testemunhar o seu declínio (Marty, 2011). Embora essas outras pessoas possam não se sentir sobrecarregadas (Jahn, & Cukrowicz, 2011; Van Orden et al., 2010), permanece no indivíduo a ideia de que os outros os veem como eles próprios se veem, como um fardo (Joiner, 2007).

À semelhança do sentimento de não pertença, a percepção de ser um fardo varia ao longo da vida de um indivíduo. Eventos de vida, como doenças, desemprego e conflitos familiares podem levar ao aumento da percepção de ser um fardo. Sentimentos de ódio dirigidos ao próprio (incluindo baixa autoestima e auto culpa) podem também aumentar a percepção do indivíduo de ser dispensável para os outros (Van Orden et al., 2010; Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Joiner destaca as diferenças individuais na percepção de ser fardo, e considera que um amplo conjunto de eventos de vida pode levar os indivíduos a percepções de fracasso e de ser um fardo. Tal como acontece com o sentimento de não pertença, componente afetiva do modelo, Joiner também reflete sobre o importante papel das cognições negativas imprecisas e amplificadas da percepção de ser um fardo na suicidalidade (Cornette et al., 2009).

Embora ambos os estados psicológicos sejam independentes, o risco é maior quando ambos são experienciados em simultâneo (Ribeiro, & Joiner, 2009). Quando os indivíduos vivenciam ambos os estados psicológicos simultaneamente, podem também experimentar desejos de morte (Hill, & Pettit, 2014). Mas a teoria propõe que um indivíduo não morrerá por suicídio a menos que, para além desse desejo, tenha adquirido a capacidade para o fazer. Com efeito, embora o sentimento de não pertença e a percepção de ser um fardo possam induzir o desejo de suicídio, não são



suficientes para garantir que o desejo seja atuado, que o indivíduo leve a cabo uma tentativa de suicídio (Joiner et al., 2009).

A terceira variável, a capacidade adquirida para o suicídio, envolve a diminuição do medo do suicídio e o aumento da tolerância ou habituação à dor física que, na presença de pensamentos suicidas, permite que se gere intenção para comportamentos auto lesivos, para passar ao ato (Cheatle, 2014; Cukrowicz et al., 2011; Van Orden, & Conwell, 2011). Esta capacidade adquirida para avançar para comportamentos auto lesivos graves é um precursor para a tentativa de suicídio ou para o suicídio consumado. No entanto, só aqueles que apresentam ideação suicida, juntamente com a capacidade, são vistos como estando em alto risco de comportamento suicida sério (Joiner, 2007).

Joiner (2005) refere que as experiências de vida de um indivíduo (por exemplo, história de abuso) podem resultar nesta capacidade adquirida para o suicídio. Ou seja, o comportamento letal é, muitas vezes, induzido por experiências de vida em que a habituação ao medo e à dor estiveram presentes, e são necessárias para facilitar a violência auto dirigida (Gutierrez, Brenner, Rings, Devore, Kelly, Staves, Kelly, & Kaplan; 2013). Assim sendo, esta capacidade é adquirida através da exposição prévia ao perigo ou a eventos dolorosos, tais como tentativas de suicídio anteriores, exposição à violência ou a ferimentos graves (Jahn, & Cukrowicz, 2011; Joiner et al., 2005; Van Orden et al, 2010).

Este aspeto da teoria sugere que a necessidade de preservar a integridade corporal não “coopera” geralmente com a própria morte auto infligida e, por conseguinte, o suicídio implica lutar contra o instinto de auto preservação. Joiner argumenta que, mesmo entre indivíduos gravemente deprimidos ou entre aqueles que experimentaram forte ideação suicida, existe um forte instinto de auto preservação e um medo da dor, da morte e da lesão que impede o envolvimento em atos de auto lesão letal (Cornette et al., 2009). De acordo com a teoria, ter travado esta batalha contra o forte instinto de preservar a vida, repetidamente e em diferentes domínios, reduz o instinto de auto preservação, embora, na maior parte dos casos, este seja suficientemente poderoso para que poucos possam “ultrapassá-lo”.

Solomon (1980) argumenta que a exposição repetida a determinados estímulos (acontecimentos dolorosos experienciados, muitas vezes através da auto lesão anterior, mas também de repetidas lesões acidentais, inúmeras lutas corporais, abuso físico, ou outras experiências em que a exposição a dores e lesões, direta ou indiretamente, seja comum) pode tender, ao longo do tempo, a fazer perder a capacidade de induzir a resposta original de auto preservação, reforçando, em vez

disso, a resposta oposta. À luz destas ideias, a teoria postula que a capacidade para o suicídio é adquirida, principalmente, através da exposição repetida a experiências dolorosas ou assustadoras. Tal exposição resulta em habituação e, por sua vez, numa maior tolerância à dor e numa sensação de destemor perante a morte. A capacidade adquirida para o suicídio é, na verdade, vista como uma dimensão contínua, que resulta de um efeito cumulativo no tempo destas repetidas experiências e exposições (Joiner et al., 2009).

Deste modo, a ideação e o desejo suicidas podem ocorrer perante o sentimento de não pertença e a percepção de ser um fardo e, tanto o desejo suicida como a capacidade adquirida para suicídio são necessárias para que o indivíduo tente o suicídio, mas por si só, cada uma delas não é suficiente para resultar em comportamento suicida (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, & Joiner, 2008). A capacidade adquirida é, no entanto, o agente catalisador que pode transformar o desejo suicida em tentativa de suicídio (Campos, & Holden, 2015) e, na presença de uma capacidade adquirida para o suicídio, os dois estados psicológicos dolorosos, o sentimento de não pertença e a percepção de ser um fardo, podem tornar-se letais (Cornette, et al., 2009).

Em suma, a Teoria Interpessoal do Suicídio tem por objetivos estabelecer um racional para a relação entre a falta de conexão social e o fenómeno do suicídio, propondo que existem duas causas proximais para que surja ideação suicida: os sentimentos de não pertença e a percepção de ser um fardo para outrem (Slis, 2013). A presença de ambos os estados psicológicos levará a uma potenciação do risco, caso esteja também presente uma capacidade adquirida para o suicídio; nesse caso, o estado de dor psicológica subjacente poderá ser letal (Saraiva et al., 2014). De acordo com a teoria, a ideação suicida é impulsionada pela percepção de ser um fardo, pelo sentimento de não pertença e pela desesperança sobre esses estados, isto é, quando de esses estados são percecionados como imutáveis. Mais especificamente, a presença da percepção de ser um fardo ou dos sentimentos de não pertença parecem prever a ideação suicida passiva, enquanto a presença simultânea desses dois fatores de risco parece prever, por sua vez, uma ideação ativa (Cero, Zuromski, Witte, Ribeiro, & Joiner, 2015).

## 2.2. Necessidades interpessoais em idosos

Embora não tenha sido originalmente desenvolvida como uma teoria explicativa do suicídio em adultos mais velhos, a perspectiva de Joiner tem sido utilizada para compreender este fenómeno de forma bastante satisfatória nesta população.

A percepção de ser um fardo pode ser provável em muitos adultos mais velhos durante a transição para a reforma. Na verdade, muitos idosos experimentam angústia, quando começam a exigir mais cuidados dos membros das suas redes familiares ou de amigos. O aumento da necessidade de ajuda de terceiros pode surgir de problemas médicos ou da perda do emprego. Neste caso, alguns idosos podem sentir-se um fardo e, perceber este estado como permanente e estável, sendo que a morte pode passar a ser vista como a única solução (Cukrowicz et al., 2011).

De acordo com Foster (2003), comparativamente com os jovens ou com os adultos de meia-idade (3%), a faixa etária dos idosos apresenta maior, e mais significativa, probabilidade (40%) de se percecionarem como um fardo para outros (Marty, 2011).

Alguns estudos têm evidenciado que pedir e receber ajuda pode contribuir para aumentar a percepção de ser um fardo, e que os idosos são, às vezes, relutantes em solicitar apoio, especialmente às gerações mais jovens. Segundo Hamon e Blieszner (1990), os idosos consideram menos aceitável receber assistência das gerações mais jovens (isto é, filhos e netos) devido ao desequilíbrio de poder social entre gerações. Portanto, no idoso, receber ajuda das gerações mais jovens pode aumentar a percepção de ser um fardo, pois não é esperado que os indivíduos destas gerações com menos poder social sejam os “guardiões”. Na verdade, segundo Antonucci (1995), são as relações não familiares (isto é, com amigos) que ocupam mais tempo na vida dos idosos e que contribuem mais para o seu bem-estar (Jahn, & Cukrowicz, 2011).

Assim, a componente percepção de ser um fardo da teoria de Joiner poderá ser particularmente relevante para a população idosa, em que questões relacionadas com a idade (por exemplo, preocupações com a saúde, reduzida mobilidade física, etc.) estão particularmente presentes nesta faixa etária (Van Orden, Bamonti, King, & Duberstein, 2012; Van Orden, Talbot, & King, 2012). Acresce que, na faixa etária dos idosos, a percepção de ser um fardo foi identificada como um forte preditor do risco de suicídio, a par de outros fatores de risco como a depressão e a desesperança (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Van Orden, Lynam, Hollar, & Joiner, 2006).

Esta percepção de ser um fardo para os outros pode comprometer o sentido e o significado da vida. Um sentido da vida robusto está associado a uma melhor saúde física e mental, bem como a um maior bem-estar na vida quotidiana dos idosos. Por

sua vez, a percepção de ser um fardo para os outros pode perturbar o sentido de vida nos idosos, colocando-os em risco para problemas de saúde, como a depressão e a mortalidade prematura (Van Orden et al., 2012).

A teoria de Joiner propõe que, tanto os problemas familiares como a deficiência funcional estão associadas com o suicídio nos idosos, porque ambos os fatores são suscetíveis de gerar a percepção de ser um fardo para os outros. Por outro lado, conexões com outras pessoas e com a comunidade podem servir para proteger o idoso contra o desenvolvimento do desejo suicida em face de circunstâncias de vida stressantes. A espiritualidade e a religiosidade foram também consideradas fatores de proteção contra o desenvolvimento de depressão e comportamentos suicidas (Conwell et al., 2011).

Da mesma forma, os sentimentos de não pertença são particularmente relevantes para os idosos, onde as mortes de indivíduos da rede social de apoio podem levar a sentimentos de isolamento social (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Van Orden et al., 2012). Os sentimentos de não pertença surgem da necessidade fundamental não satisfeita de estabelecer relações de reciprocidade e refletem-se em índices elevados de isolamento social, estando associados empiricamente ao risco de suicídio no idoso. As causas desses sentimentos de não pertença estão associadas ao viver sozinho, à perda do cônjuge e ao escasso suporte social.

Por outro lado, os conflitos familiares e a presença de incapacidade funcional podem conduzir à percepção de ser um fardo (por levarem o idoso a considerar que é uma sobrecarga para a sua família), que está associada, por sua vez, a comportamentos suicidários.

Por outro lado, o estabelecimento de ligações a outras pessoas e à comunidade poderá proteger o idoso contra a ideação suicida perante acontecimentos de vida adversos. Também a espiritualidade ou a religiosidade poderão ser fatores protetores para a depressão e para o suicídio, provavelmente por promoverem um forte sentido de comunidade e de pertença (Saraiva et al., 2014).

### 2.3. Necessidades interpessoais e risco suicidário

Vários estudos têm mostrado uma relação significativa consistente entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida (Hill, & Pettit, 2014). Por exemplo, no estudo de Wilson, Curran e McPherson (2005), a percepção de ser um fardo previu a ideação suicida em doentes oncológicos terminais com uma grande variedade de idades (Jahn, Cukrowicz, Linton, & Prabhu, 2011).

A relação entre percepção de ser um fardo e tentativas de suicídio também tem sido demonstrada, embora menos estudos tenham testado essa relação (Hill, & Pettit, 2014). Num estudo com 343 pacientes adultos da Clínica de Psicologia do Estado da Flórida, os resultados sugerem que a percepção de ser um fardo permaneceu como um preditor significativo das tentativas de suicídio (Van Orden et al., 2006).

Alguns estudos indicam efetivamente que a relação entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida persiste após controlar o efeito da idade, do sexo, do nível de solidão, e dos sintomas depressivos (Cukrowicz et al., 2011). Assim, a percepção de ser um fardo tem sido associada à ideação suicida em vários tipos de amostras. No estudo de Brown e Vinokur (2003), a depressão e a percepção de ser um fardo previram a ideação suicida numa amostra da comunidade. A percepção de ser um fardo poderá ser um fator de risco mais proximal e um mecanismo através do qual os sintomas depressivos influenciam a ideação suicida (Jahn et al., 2011). Na verdade, apesar de a literatura sugerir efeito uma relação significativa entre os sintomas depressivos e a ideação suicida, essa relação não é observada em todas as amostras (Balsis & Cully, 2008; Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Alguns estudos estão a começar a explorar o papel da percepção de ser um fardo como um moderador ou mediador das associações entre outros fatores de risco e de proteção e os comportamentos suicidários. Inclusivamente, alguns estudos têm demonstrado que a percepção de ser um fardo modera a associação entre sentimentos de não pertença e capacidade adquirida para o suicídio com ideação suicida (Hill, & Pettit, 2014). Já no estudo de Jahn, Cukrowicz, Linton, e Prabhu (2011) a percepção de ser um fardo mediou a relação entre sintomas depressivos e ideação suicida (Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Contrariamente à relação consistente entre a percepção de ser um fardo e a suicidalidade permanecem algumas dúvidas quanto ao papel da variável sentimentos de não pertença na suicidalidade (Marty, 2011).

Por exemplo, num estudo realizado com duas amostras de militares americanos enviados para o Iraque, a percepção de ser um fardo e a capacidade adquirida para o suicídio (mas não os sentimentos de não pertença) apresentaram uma correlação significativa com futuros comportamentos suicidários, demonstrando-se mais significativa comparativamente aos efeitos de outros fatores de risco para o suicídio. Os resultados destes estudo apoiaram parcialmente o modelo de Joiner, indicando que a percepção de ser um fardo quando combinada com o não temor da morte se associou ao aumento do risco de suicídio entre os militares mobilizados. Por outro lado, os sentimentos de não pertença não demonstraram uma associação significativa

com a ideação suicida, nem de forma independente nem em conjunto com a percepção de ser um fardo ou com a capacidade adquirida para o suicídio (Bryan, Clemans, & Hernandez, 2012).

Wong, Koo, Tran, Chiu e Mok realizaram um outro estudo com 293 estudantes universitários asiático-americanos, no qual os sentimentos de não pertença moderaram a associação positiva entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida. No mesmo estudo, também, se constatou que os sentimentos de não pertença não se relacionaram significativamente com a ideação suicida quando controlado o efeito da percepção de ser um fardo, sugerindo que os sentimentos de não pertença podem ser um preditor menos robusto de ideação suicida (Wong, Koo, Tran, Chiu, & Mok, 2011). Contrariamente, num estudo que examinou 261 bilhetes suicidas de adultos na Tasmânia, verificou-se que o tema dos sentimentos de não pertença estavam presentes em 30,7% das notas de suicídio, mas que o da percepção de ser um fardo estava apenas em 10,3% das notas. Apenas 4,2% apresentavam ambos os “temas” (Garza, & Pettit, 2010; Gunn, Lester, Haines, & Williams, 2012).

Num estudo recente realizado com índios americanos, verificou-se que a interação entre os sentimentos de não pertença e a percepção de ser um fardo previu significativamente ideação suicida, apoiando a teoria de Joiner (O’Keefe et al., 2014).

Noutros trabalhos, a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença demonstraram ser fortes preditores individuais de ideação suicida e/ou risco de suicídio em estudantes universitários (Van Ordene et al., 2008), pessoal militar (Bryan et al., 2012; Bryan, Morrow, Anestis, & Joiner, 2010) e idosos (Cukrowicz et al., 2011; O’Keefe et al., 2014).

Em suma, os estudos mais antigos defendiam que ambas as variáveis – sentimentos de não pertença e percepção de ser um fardo - interagem de forma positiva, potenciando cada uma, o efeito da outra. Estudos, mais recentes referem que parece não haver uma relação linear simples entre os sentimentos de não pertença e a ideação suicida. Segundo estes últimos estudos, os sentimentos de não pertença interagem com a percepção de ser um fardo, onde parece verificar-se uma relação linear com a ideação suicida (Cero et al., 2015).

### **Capítulo 3 – Necessidades interpessoais e risco de suicídio em idosos**

Relembrando o que já foi referido em capítulos anteriores, sendo a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença duas variáveis psicológicas consideradas causas proximais do desejo suicida (Cukrowicz et al., 2011), quando ambas interagem, o efeito na ideação suicida é ainda mais expressivo, sugerindo que a

presença conjunta destas duas variáveis é um fator de risco significativo para a ideação suicida. Os idosos que se sentem como um fardo para os outros e que têm sentimentos de não pertença ficam especialmente propensos a experimentar ideação suicida (Marty, 2011).

Tal como mencionado anteriormente, a percepção de ser um fardo pode aumentar com a idade e prejudicar várias áreas da vida de um idoso (Cukrowicz et al., 2011). Especialmente entre os idosos com doenças em estado avançado, a percepção de ser um fardo está associada a sofrimento emocional, perda de um sentimento de dignidade, e redução do bem-estar (Chio, Gauthier, Calvo, Ghiglione, & Mutani, 2005; Van Orden et al., 2012), interesse na eutanásia ou no suicídio medicamente assistido, ideação suicida e ao suicídio (Van Orden et al., 2012). Os estudos que examinaram a percepção de ser um fardo em idosos têm concluído que os que experimentam dificuldades funcionais ou doença física expressam com muita frequência preocupações sobre o seu comprometimento funcional, sobre a sua doença física e depressão e percepção de ser um fardo para os membros da sua família. Por sua vez, vários estudos verificaram que a percepção de ser um fardo está significativamente associada com a ideação suicida em idosos com fracas condições de vida (Cukrowicz et al., 2011). Por exemplo, num estudo com amostra constituída por 65 adultos de idade igual ou superior a 60 anos de idade, os resultados sugerem que a percepção de ser um fardo pode contribuir para a mortalidade por suicídio, corroendo o sentido de vida dos adultos mais velhos (Van Orden et al., 2012).

A percepção de ser um fardo também tem sido indicada como um mediador da relação entre sintomas depressivos e ideação suicida em idosos (Jahn et al., 2011). Alguns estudos indicam que a depressão e a percepção de ser um fardo prevêm a ideação suicida em idosos, e que a percepção de ser um fardo se associa à ideação suicida mesmo depois de controlar outros fatores de risco para o suicídio, incluindo a depressão e a desesperança (Van Orden et al., 2012), bem como as variáveis demográficas, idade e sexo (O'Keefe et al., 2014). Ou seja, a percepção de ser um fardo aparenta-se como um fator de risco de suicídio "resiliente", isto é, que se mantém mesmo quando controlados os efeitos de outros fatores de risco (Van Orden et al., 2006).

Este resultado foi corroborado num estudo realizado com 106 sujeitos com idades compreendidas entre os 60 e os 93 anos de idade recrutados numa clínica médica americana, tendo-se verificado que a percepção de ser um fardo não só previu a ideação suicida, como também mediou a relação entre sintomas depressivos e ideação suicida, o que permitiu concluir que os sintomas depressivos podem associar-

se à ideação suicida, principalmente através do efeito da percepção de ser um fardo (Jahn et al., 2011).

Os resultados de um outro estudo com adultos mais velhos dos Estados Unidos da América, recrutados nos cuidados de saúde primários, apoiaram também a teoria de Joiner, tendo-se verificado que a variável percepção de ser um fardo foi a única responsável pela variação na ideação suicida, mesmo depois de controlados outros preditores, tais como os sintomas depressivos, a desesperança e o comprometimento funcional (Cukrowicz et al., 2011).

A associação entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida é mais clara e surge de forma mais consistente em variados estudos com idosos do que a associação entre os sentimentos de não pertença e a ideação suicida. No estudo de McLaren, Gomez, Bailey e Van Der Horst (2007) verificou-se que os sentimentos de não pertença se associaram a pensamentos e comportamentos suicidas em idosos, assim como, alguns dados existentes mostram que idosos deprimidos com poucos sentimentos de pertença experimentam níveis mais elevados de ideação suicida do que outros idosos com mais sentimentos de pertença e semelhantes níveis de depressão (Guidry, & Cukrowicz, 2015). Contudo, num estudo mais recente (O'Keefe et al., 2014), a hipótese de que os sentimentos de não pertença preveriam significativamente a ideação suicida, mesmo controlando o efeito de variáveis demográficas e de sintomas depressivos, foi rejeitada, ou seja, os sentimentos de não pertença não emergiram como um preditor da ideação suicida. Neste mesmo estudo confirmou-se que a interação entre a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença previram a ideação suicida de forma mais significativa do que as variáveis demográficas e os sintomas depressivos.

A apoiar estes resultados surge ainda o estudo de Bryan, Morrow, Anestis e Jover (2010) que concluiu que a percepção de ser um fardo demonstra relações mais significativas com tendências suicidas, quando comparadas com os efeitos de outros fatores de risco para o suicídio, sendo o seu efeito ainda mais pronunciado na presença da capacidade adquirida enquanto os sentimentos de não pertença não demonstram uma associação significativa com a ideação suicida. O mesmo estudo revela também que é possível que a percepção de ser um fardo possa corresponder a uma dimensão estável do risco de suicídio, enquanto os sentimentos de não pertença possam ser uma dimensão tipo estado do risco de suicídio, associada a stressores ou a outras perdas percebidas (Bryan et al., 2012).

Por fim, vale a pena mencionar também o papel, às vezes, negligenciado da desesperança, que pode moderar o efeito da percepção de ser um fardo e do sentimento de não pertença na ideação suicida (Cero et al., 2015).



## Parte Empírica

### Capítulo 4 - Objetivos do estudo

O objetivo geral da presente dissertação foi estudar o contributo das necessidades interpessoais - os sentimentos de não pertença e a perceção de ser um fardo - de acordo com a perspetiva de Thomas Joiner, no risco de suicídio, avaliado através da presença de ideação suicida numa amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda.

A prevalência de suicídio aumenta com a idade, especialmente a partir dos 65 anos (Cukrowicz et al., 2013; Ojagbemi, et al., 2013). As condições de doença aguda têm sido associadas à mortalidade por suicídio (Conwell, & Thompson, 2008), das quais se destaca o acidente vascular cerebral (Pompili et al., 2015), que também tem sido relacionado com ideação suicida clinicamente significativa, especialmente em idosos (Park, 2014).

Outras variáveis importantes de risco a considerar são a presença de dor física (Cheatle, 2011; Hooley et al., 2014; Ratcliffe, Enns, Belik, & Sareen, 2008; Van Orden, & Conwell, 2011), a dependência funcional perante terceiros (Drago, & Martins, 2012; Park, 2014; Van Orden, & Conwell, 2011) e o género, sendo os sujeitos do sexo masculino aqueles que apresentam maior risco de suicídio (Conwell et al., 2011; Medeiros, 2010). De igual forma, existe um maior risco de suicídio em indivíduos viúvos, especialmente se forem idosos (Shin et al., 2013). Além da doença física, também a presença de doença psiquiátrica, em especial a depressão, aumenta o risco de morte por suicídio (Almeida, & Quintão, 2012; Yen, Yang, Yang, Lung, Shin, Hahn, & Lo, 2005). Por último, também um histórico de tentativas prévias de suicídio coloca o indivíduo em maior risco (Conwell, & Thompson, 2008; Joiner, 2007). O efeito destas variáveis será controlado na presente investigação.

A Teoria Interpessoal do Suicídio desenvolvida por Joiner propõe que existem duas causas proximais para a ideação e desejo suicida: os sentimentos de não pertença - experiências de alienação ou desconexão social com outros significativos - (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Hill, & Pettit, 2014; Joiner et al., 2009) e a perceção de ser um fardo – visão de que a própria existência acarreta encargos para outros significativos (Guidry, & Cukrowicz, 2015; Joiner, 2007; Joiner et al., 2009; O'Keefe, et al., 2014; Van Orden, & Conwell, 2011).

De acordo com a perspectiva de Joiner, a ideação suicida seria motivada por um estado psicológico caracterizado pela presença destes dois elementos. No entanto, um indivíduo só tenderá a passar ao ato suicida se tiver desenvolvido uma capacidade adquirida para o suicídio, que implica uma diminuição do medo e um aumento da tolerância ou habituação à dor física (Cheatle, 2014; Cukrowicz et al., 2011; Saraiva et al., 2014; Van Orden, & Conwell, 2011).

No que diz respeito especificamente à população idosa, a percepção de ser um fardo poderá aumentar quando começa a surgir maior necessidade e dependência de ajuda e cuidados de terceiros (Cukrowicz et al., 2011). Da mesma forma, os sentimentos de não pertença poderão ser particularmente relevantes nesta faixa etária, onde, por exemplo, as perdas devido a mortes de pessoas da rede de apoio do indivíduo podem levar a sentimentos de maior isolamento social (Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Diversos estudos apontam no sentido de que a percepção de ser um fardo prevê a ideação suicida em idosos, mesmo quando se controla o efeito dos sintomas depressivos (Jahn et al., 2011; Van Orden et al., 2012). Os dados demonstram também que, comparativamente com idosos com mais sentimentos de não pertença, idosos deprimidos com poucos sentimentos de pertença relevam níveis mais elevados de ideação suicida (Guidry, & Cukrowicz, 2015).

Na população idosa, a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença demonstraram ser fortes preditores individuais de ideação suicida e/ou risco de suicídio (O'Keefe et al., 2014), ou seja, aqueles que se percebem como sendo um fardo para os outros ou que apresentam sentimentos de não pertença são mais propensos a experimentar ideação suicida (Cukrowicz et al., 2011).

Na presente dissertação testou-se o contributo dos sentimentos de não pertença e da percepção de ser um fardo na ideação suicida, avaliada através do item 9 do Inventário de Beck – II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa de Campos, & Gonçalves, 2011) e de um índice obtido através da soma dos três itens de suicídio do *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* (SDDS-PC; Broadhead, Leon, Weissman, Barrett, Blacklow, Gilbert, Keller, Olfson, & Higgins, 1995; versão portuguesa atualmente em estudo) numa amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda.

Também foi estudado o efeito da interação entre as duas variáveis interpessoais e os seus efeitos quadráticos, ou seja, o possível efeito de interação de cada um dos preditores consigo mesmo. Os efeitos quadráticos, quando negligenciados, podem distorcer a significância das variáveis, isto porque quando os dois preditores se tornam mais correlacionados, os seus respetivos termos quadráticos também se tornam cada

vez mais semelhantes ao seu termo de interação. Assim, se um verdadeiro efeito quadrático é ignorado, o poder explicativo do modelo pode ser erroneamente atribuído a uma outra forma de interação irrelevante (Cero et al., 2015).

Foi controlado o impacto de um conjunto de variáveis considerado importante para o risco de suicídio: a presença de doença mental, a dor física, a dependência funcional, o género, a idade, o ser viúvo e a presença de tentativas prévias de suicídio.

A presente dissertação encontra-se integrada numa linha de investigação mais ampla coordenada pelo orientador desta dissertação, que visa estudar o risco de suicídio em amostras clínicas e não clínicas da população de adultos e idosos portugueses, e a sua relação com diversas variáveis psicológicas e contextuais. Em termos de recolha de dados, o meu contributo foi a recolha de 45 protocolos de adultos da comunidade para esse projeto mais vasto de investigação, no qual esta dissertação se insere.<sup>1</sup>

No presente estudo participou uma amostra clínica de idosos (indivíduos com mais de 65 anos de idade) utentes da Unidade de Convalescença da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa em recuperação de uma doença aguda, que deram entrada na instituição durante o ano de 2015. A recolha de dados foi realizada individualmente pelas Psicólogas da instituição (sendo a coordenadora do Serviço de Psicologia da mesma instituição a co-orientadora desta dissertação) e a base de dados foi construída por mim.

Os participantes que aceitaram colaborar foram previamente triados com base no resultado obtido no *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975; versão portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1994), utilizando-se a deterioração cognitiva como critério de exclusão.

Para avaliar os constructos em estudo foi utilizado um conjunto de instrumentos de medida. A avaliação dos sentimentos de não pertença e da perceção de ser um fardo será levada a cabo através do *Inventário de Necessidades Interpessoais* (INQ-15; Van Orden, Cukrowicz, Witte, & Joiner, 2012; versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015). Como já referido anteriormente, para avaliar a ideação suicida utilizou-se o item 9: “pensamentos ou desejos de suicídio” do *Inventário de Depressão de Beck - II* (BDI-II; Beck et al., 1996; versão portuguesa de Campos, & Gonçalves, 2011) e um índice obtido através da soma dos três itens de suicídio do *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* (SDDS-PC; Broadhead et al., 1995; versão portuguesa em estudo nesta investigação). Ambos os índices permitiram medir a ideação suicida na semana anterior à avaliação.

---

<sup>1</sup> Elaborei, no entanto, grande parte da base de dados referente à amostra clínica de idosos agora em estudo, e colaborei na construção de outra base de dados de indivíduos da comunidade.

Os pacientes foram ainda avaliados quanto ao grau de dependência funcional e dor física, por um médico e fisioterapeuta, e por um enfermeiro respetivamente. A avaliação da dependência funcional foi realizada com recurso à *Escala de Barthel Modificada* (Mahoney, & Barthel, 1965; versão portuguesa de Lima, & Loução, 1995).

É esperado que as variáveis interpessoais se constituam como preditores significativos da ideação suicida nesta amostra, mesmo quando se controla um conjunto de variáveis importantes para o risco suicidário. Espera-se também um efeito de interação entre as variáveis interpessoais. Foi utilizada a metodologia estatística da análise de regressão múltipla hierárquica.

## Capítulo 5 – Metodologia

### 5.1. Participantes e procedimentos

Para o presente estudo foi inicialmente solicitada a colaboração aos 168 utentes com doença aguda, com 65 ou mais anos de idade, que deram entrada na Unidade de Convalescença da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa durante o ano de 2015. Cinco pacientes recusaram participar. Os 163 participantes que aceitaram colaborar assinaram um termo de consentimento informado e foram avaliados individualmente pelas psicólogas da instituição. Todos os instrumentos de medida foram hétero-aplicados.<sup>2</sup> Destes restantes 163, 62 foram excluídos (quarenta e dois apresentavam alterações cognitivas graves, dois encontravam-se em estado delirante, dois mostravam debilidade física marcada, dois apresentavam défice sensorial profundo, um não falava português e treze manifestavam alterações da comunicação). Assim, um total de 101 participantes foi avaliado com base no *Mini-Mental State Examination* (MMSE; Folstein et al., 1975 - versão portuguesa de Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro Caldas, & Garcia, 1994). Vinte e um dos participantes foram excluídos por apresentarem deterioração cognitiva – resultados inferiores ao ponto de corte ajustado para o seu nível educacional. A amostra final ficou composta por 80 participantes. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde do Alentejo.

Dos 80 participantes que compõem a amostra final desta investigação, 24 sujeitos são do sexo masculino (30,0%) e 56 indivíduos são do sexo feminino (70,0%), com idades compreendidas entre os 66 e 91 anos de idade ( $M=77.55$ ;  $DP=6,08$ ). O nível educacional da amostra varia entre o analfabetismo e os 17 anos de escolaridade ( $M=3.12$ ;  $DP=2.80$ ). Apenas 3 participantes (3,8%) não são reformados. Os viúvos representam uma percentagem de 42,5% dos sujeitos. Seis ponto três por cento dos participantes tentou o suicídio previamente, e 35,0% dos participantes teve ou tem doença mental, na grande maioria dos casos, depressão. Os resultados na Escala de Barthel Modificada variam entre 0 e 98 ( $M=49.92$ ;  $DP=27.62$ ). A dor física varia de 0 a 2 ( $M=.34$ ;  $DP=.67$ ) (veja-se tabela 1).

---

<sup>2</sup> Em termos de recolha de dados, o meu contributo foi a aplicação de 45 protocolos a sujeitos adultos da comunidade para o projeto mais vasto de investigação, no qual a presente dissertação se insere. Esta recolha de dados foi feita em dois momentos, com um intervalo de cerca de três meses, onde foram aplicados diversos instrumentos de medida psicológica.

Quanto aos diagnósticos médicos, dezasseis participantes encontravam-se em recuperação após um acidente vascular cerebral, dois participantes foram admitidos após uma amputação, quatro estavam a recuperar após uma intervenção relacionada com o cancro, dois tiveram uma doença cardio-vascular, sete estavam em recuperação de feridas, vinte e quatro dos participantes recuperavam de fraturas ou outras condições traumáticas, dezasseis estavam em recuperação após colocação de prótese, três tinham uma doença respiratória e seis apresentavam outras condições médicas.

Tabela 1 - *Variáveis sociodemográficas e clínicas da amostra em estudo.*

<i>Variáveis</i>		<i>N</i>	<i>%</i>	<i>Média (DP)</i>
Idade				77.6 (6.1)
Género	<i>Masculino</i>	24	30.0%	
	<i>Feminino</i>	56	70.0%	
Escolaridade				3.1 (2.8)
Reformado	<i>Sim</i>	77	96.3%	
	<i>Não</i>	3	3.8%	
Ser viúvo	<i>Sim</i>	34	42.5%	
	<i>Não</i>	46	57.5%	
Tentativas de suicídio prévias	<i>Sim</i>	5	6.3%	
	<i>Não</i>	75	93.8%	
Doença mental	<i>Sim</i>	28	35.0%	
	<i>Não</i>	52	65.0%	
Dependência funcional (Escala de Barthel Modificada)				49.9 (27.6)
Dor física				.34 (.67)

## 5.2. Instrumentos de medida

### *Ficha de Dados Sociodemográficos e Clínicos.*

O objetivo da aplicação desta ficha foi o de recolher informação relativa a variáveis sociodemográficas e clínicas, incluindo a idade, o género, o nível educacional, se o participante estava reformado a presença de doença mental atual ou passada e informação sobre eventuais tentativas prévias de suicídio. A informação relativa ao diagnóstico médico, à dependência funcional e à dor física foi obtida consultando o processo clínico do doente.

*Inventário de Necessidades Interpessoais* (INQ-15; Van Orden et al., 2012 – versão portuguesa de Campos, & Holden, 2015).

É uma medida de auto-relato composta por 15 itens respondidos numa escala de 7 pontos (1 “de maneira nenhuma verdadeiro para mim” e 7 “muito verdadeiro para mim”).

O INQ foi desenvolvido para medir dois constructos da Teoria Psicológica Interpessoal do Suicídio: sentimentos de não pertença (*thwarted belongingness*) e perceção de ser um fardo (*perceived burdensomeness*).

Este instrumento foi desenvolvido para ser usado na investigação sobre a etiologia da ideação e comportamento suicidas, e também por clínicos, como parte de um quadro de avaliação do risco, permitindo-lhes planear a utilização de estratégias de intervenção em crise e, assim, diminuir potencialmente o risco suicida (Van Orden et al., 2012).

A versão original da escala era composta por 10 itens para avaliar os sentimentos de não pertença e 15 itens para medir a perceção de ser um fardo (INQ-25), mas a escala foi posteriormente reduzida, ficando com 5 itens para medir os sentimentos de não pertença e 7 itens que para medir a perceção de ser um fardo (INQ-12), de modo a reduzir a multicolinearidade entre as variáveis e aumentar a precisão da medida.

Vários estudos têm utilizado diferentes versões do INQ com uma variedade de populações. Por exemplo, Bryan (2010) avaliou a utilidade clínica de uma versão de 10 itens do INQ (INQ-10) com pessoal militar destacado. Os 10 itens explicaram 54,2% da variância, e os itens de ambos os fatores apresentavam uma consistência interna moderada ( $\alpha=.81$  para a subescala de perceção de ser um fardo e  $\alpha=.86$  para a subescala dos sentimento de não pertença).

Posteriormente, Van Orden Cukrowicz, Witte e Joiner (2012) verificaram que 15 dos 25 itens retirados do instrumento original (INQ-25) eram indicadores relativamente puros e confiáveis das necessidades interpessoais que pretendiam avaliar - 9 avaliam

os sentimentos de não pertença e 6 medem a percepção de ser um fardo – em diversas populações. A utilização desta versão mais curta permitiu também reduzir a sua duração de aplicação e aumentar a utilização deste instrumento na investigação e em contexto clínico.

Num estudo mais recente, o estudo de Hill, Rey, Marin, Sharp, Green, e Pettit (2014) comparou cinco versões do INQ (INQ-10, INQ-12, INQ-15, INQ-18 e INQ-25) em três diferentes amostras. As amostras 1 e 2 eram constituídas por 449 e 218 estudantes de Psicologia de uma universidade da Flórida, respetivamente. A amostra 3 era formada por 114 adolescentes de uma unidade psiquiátrica. Os resultados demonstraram que todas as versões apresentaram uma consistência interna aceitável. Neste estudo, concluiu-se que as versões de 10 e de 15 itens demonstraram a melhor consistência interna. O INQ-15 apresentou um alfa de *Cronbach* de .85 para a subescala de percepção de ser um fardo e de .87 para a subescala de sentimentos de não pertença na amostra 1. Na amostra 2, o alfa de *Cronbach* foi de .90 para a subescala de percepção de ser um fardo e de .81 para a subescala de sentimentos de não pertença. Na última amostra o valor de alfa de *Cronbach* foi de .90 para a subescala de percepção de ser um fardo e de .83 para a subescala de sentimentos de não pertença (Hill, Rey, Marin, Sharp, Green, & Pettit, 2015).

A versão portuguesa do inventário (Campos, & Holden, 2015) possui propriedades psicométricas adequadas e correlaciona-se significativamente tanto com o Inventário da Desesperança de Beck (BHS) como com o Questionário de Comportamentos Suicidários - Revisto (QCS-R) (Beck, Weismann, Lester, & Trexler, 1974). No estudo com a população portuguesa, o valor alfa de *Cronbach* foi de .88 para a subescala da percepção de ser um fardo e de .80 para a subescala dos sentimentos de não pertença (Campos, & Holden, 2015).

No presente estudo, o alfa de *Cronbach* foi de .81 para a subescala de percepção de ser um fardo e de .87 para a subescala de sentimentos de não pertença.

*Inventário de Depressão de Beck - II* (BDI-II; Beck et al., 1996 – versão portuguesa de Campos, & Gonçalves, 2011).

O BDI-II é um instrumento de auto-relato composto por 21 itens de escolha múltipla, que podem ser respondidos de 0 a 3, variando a pontuação total entre 0 e 63 pontos. Pontuações mais altas representam maior intensidade na sintomatologia depressiva. O inventário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a gravidade da depressão, através de um conjunto de sintomas que correspondem aos critérios de diagnóstico da Perturbação Depressiva descritos no DSM-IV (Beck et al., 1996).



A obtenção da versão portuguesa do instrumento (Campos, & Gonçalves, 2011) contou com a avaliação da tradução por três especialistas, para além dos dois autores, de uma retroversão, e de um pré-teste, realizando-se três estudos de validação: com uma amostra de estudantes universitários (n = 547), com uma amostra comunitária (n = 200), e um terceiro com uma amostra de pacientes depressivos (n = 31). A versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna, uma estrutura fatorial muito semelhante à obtida por Beck et al. (1996) na versão original, sendo capaz de diferenciar significativamente a amostra clínica da amostra de estudantes e apresentando uma adequada validade convergente, correlacionando-se significativamente com a CES-D. A análise fatorial confirmatória suporta a existência de dois fatores, cognitivo-afetivo e somático (Campos, & Gonçalves, 2011).

Neste estudo usou-se apenas o item 9, referente a “pensamentos ou desejos de suicídio”, enquanto medida de ideação suicida.

*Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* (SDDS-PC; Broadhead et al., 1995 – versão portuguesa em estudo nesta investigação).

O SDDS-PC é um procedimento clínico, que foi desenvolvido para ajudar os técnicos que trabalhavam nos cuidados de saúde primários no diagnóstico de perturbações mentais.

Os itens relativos à avaliação do suicídio são: (1) “pensamentos de morte”; (2) “desejo de estar morto”; (3) “vontade de se suicidar”. Estes itens foram respondidos com “sim” ou “não” relativamente à presença de ideação suicida na semana anterior à admissão dos utentes na Unidade de Convalescença da Clínica de Vila Viçosa da Cruz Vermelha Portuguesa.

No presente estudo utilizou-se um índice compósito, obtido através da soma dos valores 0 ou 1 obtidos nos três itens de suicídio do *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*.

*Escala de Barthel Modificada* (Mahoney, & Barthel, 1965 - versão portuguesa de Lima, & Loução, 1995).

Esta escala foi aplicada por um médico fisiatra em conjunto com o fisioterapeuta, e avalia o grau de dependência funcional dos idosos em diversas atividades da vida diária (alimentação, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir/despir, controlo dos esfíncteres, mobilidade, deslocações, transferência da cadeira para a cama e subir/descer escadas).

Na versão original, a pontuação varia de 0 a 100 pontos (com intervalos de 5 pontos). Verifica-se que o indivíduo apresenta uma dependência total quando a

pontuação varia entre 0 e 20 pontos; de 21 a 60 pontos considera-se que a pessoa tem uma dependência grave; considera-se dependência moderada quando o resultado varia entre 61 a 90 pontos; dependência muito leve com pontuações entre os 91 e os 99 pontos; o total de 100 pontos corresponde a independente (Mahoney, & Barthel, 1965). As respostas variam entre "pode por si próprio", "pode com ajuda" e "não pode".

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é um instrumento fiável, que apresenta um nível de consistência interna elevado ( $\alpha = .96$ ), pelo que se pode considerar que permite uma avaliação objetiva e adequada do grau de autonomia das pessoas idosas (Araújo, Ribeiro, Oliveira, & Pinto, 2007).

### 5.3. Metodologia de análise de dados

Inicialmente foram testadas possíveis associações entre diversas variáveis sociodemográficas/clínicas e a ideação suicida. As variáveis sociodemográficas consideradas foram: sexo, idade, estado civil – ser ou não viúvo, a presença de doença psiquiátrica ao longo da vida, tentativas prévias de suicídio, a dor física e a dependência funcional (veja-se tabela 1).

Os valores das correlações entre as variáveis em estudo e a ideação suicida foram também obtidos no sentido de identificar possíveis associações significativas.

No sentido de testar o contributo das variáveis sentimentos de não pertença e percepção de ser um fardo na ideação suicida, a sua interação e possíveis efeitos quadráticos realizaram-se duas análises de regressão para prever os dois indicadores de ideação suicida (item 9 do BDI-II e índice obtido através da soma dos três itens do *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*). Em cada uma das regressões, num primeiro passo, foram introduzidas as variáveis sociodemográficas/clínicas que apresentem correlações significativas com a ideação suicida, num segundo passo foram introduzidas as variáveis sentimentos de não pertença e percepção de ser um fardo, no terceiro o termo de interação entre ambas e a interação de cada uma delas com as variáveis sociodemográficas e clínicas significativas (veja-se Aiken, & West, 1991) e no quarto passo foram introduzidos os efeitos quadráticos (veja-se Cero et al., 2015). As variáveis foram estandardizadas antes do cálculo dos termos de interação.

Examinou-se a multicolinearidade entre as variáveis. Os valores próprios (*eigenvalues*), os *condition index* juntamente com os *variance inflation factors* (VIF) e os valores de tolerância indicaram a ausência de multicolinearidade. Também se examinou a normalidade das variáveis através do teste de *Kolmogorov-Smirnov Z*. Os resultados indicam que as distribuições se afastam da normalidade.

Conseqüentemente, o método *bootstrapping* (com 1.000 amostras para construir intervalos de confiança percentílicos a 95%) foi usado para testar os níveis de significância dos parâmetros estimados (e. g., Yung, & Bentler, 1996).

## Capítulo 6 – Resultados

### 6.1. Análise descritiva e correlacional

De acordo com os resultados obtidos no *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care*, verificou-se que 37.5% dos sujeitos apresentou “pensamentos de morte” na semana anterior à avaliação, 26.3% apresentou “desejo de estar morto” e 13.8% “vontade de se suicidar”. O resultado total médio no índice compósito resultante da soma dos 3 itens foi de .76 (DP = 1.15). O resultado total médio no item 9 do BDI-II foi de .31 (DP = .68).

Calcularam-se as correlações entre a ideação suicida e as variáveis sociodemográficas/clínicas: sexo, idade, ser ou não viúvo, presença de doença psiquiátrica ao longo da vida, tentativas prévias de suicídio, dor física e dependência funcional. Verificou-se que as tentativas prévias de suicídio se correlacionaram com a ideação avaliada pelo item 9 do BDI-II ( $r = .26, p < .05$ ), e avaliada pelo *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* ( $r = .23, p < .05$ ).

Calcularam-se também os valores de correlação entre as variáveis em estudo e a ideação suicida. A correlação entre os sentimentos de não pertença e a ideação suicida avaliada pelo item 9 do BDI-II foi significativo ( $r = .36, p < .001$ ), bem como no índice compósito do *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* ( $r = .30, p < .01$ ). A correlação entre a percepção de ser um fardo e o valor no item 9 do BDI-II foi significativo ( $r = .28, p < .05$ ), bem como com o resultado obtido no *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* ( $r = .22, p < .05$ ). A correlação entre a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença foi significativa ( $r = .62, p < .001$ ).

Verifica-se que a correlação parcial entre os sentimentos de não pertença e o item 9 do BDI-II, controlando o efeito das tentativas prévias de suicídio foi significativa ( $r_p = .35, p < .001$ ), bem como a correlação parcial entre os sentimentos de não pertença e o resultado no *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* ( $r_p = .26, p < .05$ ). Relativamente à percepção de ser um fardo, a correlação parcial é significativa no caso do item 9 do BDI-II ( $r_p = .28, p < .05$ ), mas não entre a percepção de ser um fardo e o resultado no *Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care* ( $r_p = .16, p > .05$ ).

## 6.2. Análise das Regressões Múltiplas Hierárquicas

Os resultados da primeira análise de regressão linear múltipla hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 2. No passo 1, verificou-se que as tentativas prévias se relacionam com a ideação suicida ( $B = .26$   $p < .05$ ), embora quando se consideraram os intervalos de confiança obtidos através do método de *bootstrapping*, o valor não seja significativo, bem como quando se usa o valor de significância de  $t$ , nesta metodologia de *bootstrapping*. No passo 2, a variável adicionada, sentimentos de não pertença relacionou-se com a ideação suicida de forma significativa ( $B = .20$  CI [.05 – .35]  $p < .001$ ). O incremento na variância foi de 12%, sendo significativo. No passo 3, o termo de interação percepção de ser um fardo x tentativas prévias de suicídio foi significativo ( $B = .89$  CI [.37 – 3.30]  $p < .05$ ) e o termo de interação sentimentos de não pertença x tentativas de suicídio foi tendencialmente significativo ( $B = -.21$  CI [-1.37 – .06]  $p < .05$ ). A representação gráfica destes efeitos de interação aparece nas figuras 1 e 2, respetivamente. O incremento na variância no passo 3 foi de 13%, e é estatisticamente significativo. Finalmente no passo 4, nem o efeito quadrático da variável percepção de ser um fardo, nem o efeito quadrático da variável sentimentos de não pertença foi significativo.

Os resultados da segunda análise de regressão linear múltipla hierárquica encontram-se resumidos na Tabela 3. No passo 1, as tentativas de suicídio prévias relacionam-se com a ideação suicida ( $\beta = .23$   $p < .05$ ), embora quando se consideraram os intervalos de confiança obtidos através da metodologia de *bootstrapping*, o valor não seja significativo, embora o seja quando se considera o valor de significância de  $t$  pelo método de *bootstrapping*. No passo 2, a variável adicionada, sentimentos de não pertença relacionou-se com a ideação suicida de forma apenas tendencialmente significativa ( $B = .29$  CI [-.04 – .60]  $p < .001$ ). O incremento na variância foi de 6% e é apenas tendencialmente significativo. No passo 3, o termo de interação percepção de ser um fardo x tentativas prévias de suicídio foi tendencialmente significativo ( $B = .77$  CI [.23 – 12.41]  $p < .05$ ). O incremento na variância no passo 3 foi de 3%, e não é estatisticamente significativo. Por fim, no passo 4, nem o efeito quadrático da variável percepção de ser um fardo, nem o efeito quadrático da variável sentimentos de não pertença foi significativo.

Tabela 2 – Regressão Linear Múltipla Hierárquica (item 9 do BDI-II).

Preditores	$R^2$	$\Delta R^2$	B	SE B	$p$	95% IC de B		F	df
						LL	UL		
<b>Passo 1</b>	.07							5.67 *	1,78
Tentativas de suicídio			.18	.13	.14	-.06	.45		
<b>Passo 2</b>	.19	+12%						5.76 **	2,76
Sentimentos de não pertença			.20	.08	.01	.05	.35		
Perceção de ser um fardo			.08	.14	.53	-.14	.37		
<b>Passo 3</b>	.32	+13%						4.50 **	3,73
Tentativas X não pertença			-.21	.30	.07	-1.37	.06		
Tentativas X fardo			.89	.65	.01	.37	3.30		
Não pertença X fardo			.09	.10	.34	-.15	.25		
	.38	+6%						3.46 *	2,71
<b>Passo 4</b>									
Não pertença X não pertença			-.13		-.02	-.38	.07		
Fardo X fardo			-.28		.03	-.63	.30		

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Tabela 3 – Regressão Linear Múltipla Hierárquica (índice composto do SDDS-PC).

Preditores	$R^2$	$\Delta R^2$	B	SE B	P	95% IC de B		F	df
						LL	UL		
<b>Passo 1</b>	.06							4.54 *	1,78
Tentativas de suicídio			.27	.14	.04	-.04	.56		
<b>Passo 2</b>	.12	+6%						2.67 +	2,76
Sentimentos de não pertença			.29	.16	.07	-.04	.60		
Perceção de ser um fardo			.01	.19	.97	-.32	.44		
<b>Passo 3</b>	.15	+3%						.88	3,73
Tentativas X não pertença			-.18	1.24	.32	-5.28	.26		
Tentativas X fardo			.77	2.83	.08	.23	12.41		
Não pertença X fardo			.01	.16	.94	-.26	.30		
	.18	+3%						1.32	2,71
<b>Passo 4</b>									
Não pertença X não pertença			.06	.16	.71	-.33	.33		
Fardo X fardo			-.25	.31	.27	-.74	.58		

Figura 1 - Representação gráfica do efeito de interação entre a percepção de ser um fardo e a ideação suicida.

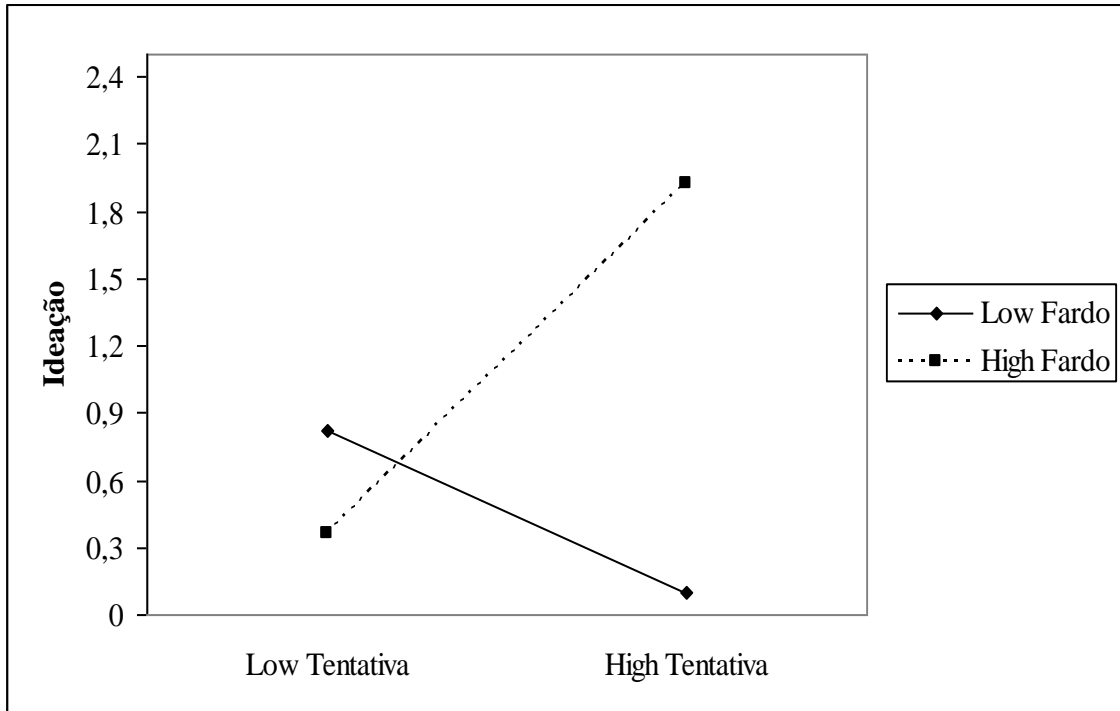
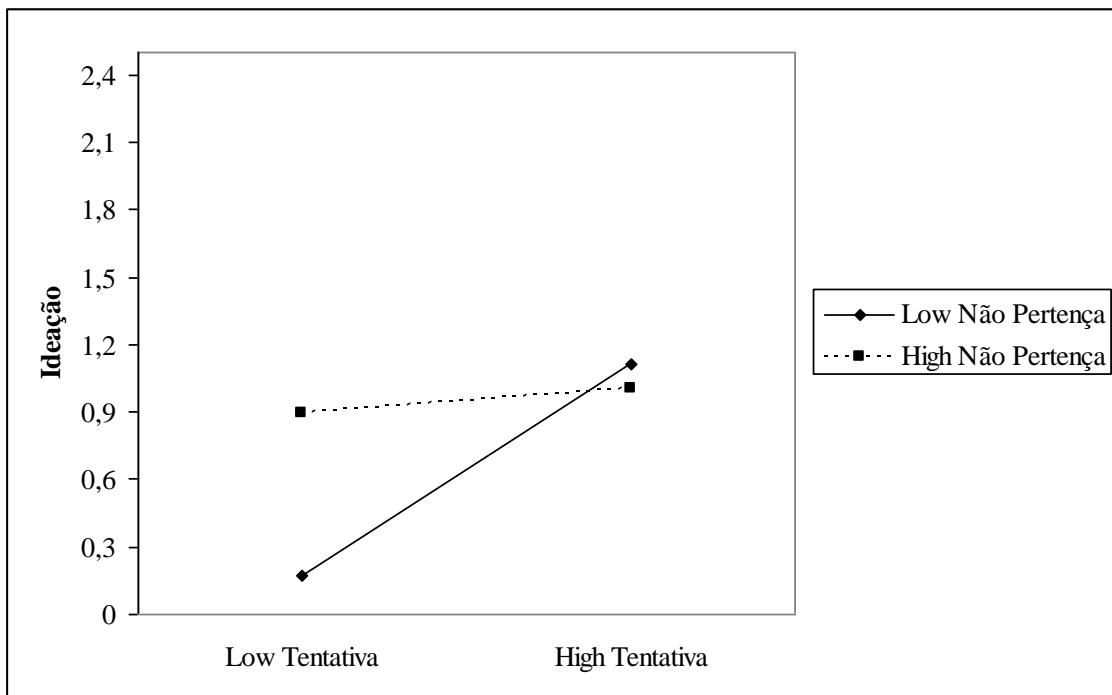


Figura 2 - Representação gráfico do efeito de interação entre os sentimentos de não pertença e a ideação suicida.



## Capítulo 7 – Discussão

Na presente dissertação investigou-se o contributo dos sentimentos de não pertença e da percepção de ser um fardo para o risco de suicídio, avaliado através da presença de ideação suicida, numa amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda, controlando-se a presença de tentativas prévias de suicídio, a variável significativamente correlacionada com a ideação suicida. Também se testou o efeito de interação entre as variáveis necessidades interpessoais.

De acordo com os resultados da investigação, e em concordância com a literatura existente, as tentativas de suicídio prévias estão relacionadas com a ideação suicida, tanto quando se avalia a ideação através do item do BDI-II e do SDDS-PC. Tal como já vinha sendo demonstrado pela literatura anterior, a presença de tentativas prévias de suicídio aumenta o risco de comportamentos suicidários subsequentes (Conwell, & Thompson, 2008), sendo que uma pessoa que já tenha tentado o suicídio é cerca de três vezes mais propensa a tentá-lo novamente (Joiner, 2007; Joiner et al., 2009).

Igualmente de acordo com a literatura, os resultados indicam que, isoladamente, tanto os sentimentos de não pertença (Bryan et al., 2012; Wong et al., 2011) como a percepção de ser um fardo (Hill, & Pettit, 2014; Van Orden et al., 2006) se correlacionam com a ideação suicida, mesmo controlando a variável tentativas prévias de suicídio (Cukrowicz et al., 2011; O'Keefe et al., 2014).

Neste estudo, o termo de interação entre a percepção de ser um fardo e as tentativas prévias foi significativo na previsão da ideação suicida, quando avaliada pelo item 9 do BDI-II, e tendencialmente significativa quando avaliada pela soma dos itens do SDDS-PC. Os resultados indicam que a percepção de ser um fardo é útil na previsão da ideação suicida apenas quando existem tentativas de suicídio prévias, mas não quando não existe a presença de um historial de tentativas (ver figura 1).

O termo de interação entre os sentimentos de não pertença e as tentativas de suicídio foi tendencialmente significativo e apenas na regressão onde a ideação foi avaliada pelo índice compósito da soma dos itens do SDDS-PC. O presente estudo revela que na presença de um historial de tentativas de suicídio não é importante se existem ou não sentimentos de não pertença, pois a variável só prevê tendencialmente a ideação suicida quando não existem tentativas de suicídio prévias (ver figura 2).

A interação entre as necessidades interpessoais - a percepção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença - não foi significativa.

Também não se verificaram quaisquer efeitos quadráticos das variáveis, o que corrobora os estudos anteriores (Cero et al., 2015).



Embora quer a percepção de ser um fardo, quer os sentimentos de não pertença se correlacionem com a ideação suicida, quando se consideram simultaneamente ambas as variáveis nas regressões múltiplas, apenas os sentimentos de não pertença se relacionam significativamente com a ideação, quando esta é avaliada pelo item do BDI-II, e se relacionem tendencialmente com a ideação suicida quando esta é avaliada pelo índice compósito do SDDS-PC. Estes resultados contrariam investigações anteriores (e.g. Bryan, et al., 2012; Cukrowicz et al., 2011; Van Orden et al., 2012), que concluíram que a relação entre os sentimentos de não pertença e o risco suicidário era mais fraca do que a relação entre a percepção de ser um fardo e o risco suicidário, e que a os sentimentos de não pertença só afetam a suicidalidade através da percepção de ser um fardo (Campos, & Holden, 2015; Wong et al., 2011).

Estudos portugueses realizados anteriormente com amostras de adultos ou de estudantes universitários revelaram que ambas as necessidades interpessoais se correlacionam com a suicidalidade (Campos & Holden 2015; Campos, Holden, Laranjeira, Troister, Oliveira, Costa, Abreu, & Fresca, 2016). No entanto, no presente estudo, a amostra é mais específica, sendo constituída por indivíduos idosos em recuperação de uma doença aguda e residentes numa região específica de Portugal, o Alentejo, a que apresenta o maior índice de suicídio do país (Instituto Nacional de Estatística, 2012).

Assim, embora não esteja completamente clara a razão para os resultados parcialmente inesperados encontrados neste estudo, poderá tratar-se de um fenómeno relacionado com a amostra utilizada. O facto de os participantes do estudo se encontrarem em recuperação de uma doença aguda poderia fazer supor que seria justamente a percepção de ser um fardo que mais se relacionaria com ideação suicida e, embora os idosos se vejam, de facto, como sendo um fardo para os outros no momento em que dão entrada na Unidade de Convalescença, como essa ideia é trabalhada pelos técnicos da instituição, esta condição passa a ser vista apenas como uma fase transitória, e não como algo definitivo, já que lhes é dito que ali se encontram para recuperar a sua independência.

Porém, neste estudo é a relação entre os sentimentos de não pertença e a ideação suicida que emerge como mais robusta, o que pode ser explicado pelo facto de que alguns idosos tendem a confundir estas Unidades com lares, sentindo que podiam recuperar em casa e que se ali foram deixados será porque os seus familiares não gostam deles o suficiente.

Pode colocar-se a hipótese de que na cultura alentejana, os idosos consideram importante receber assistência, como uma espécie de “retribuição” do cuidado que anteriormente prestaram aos filhos e netos. Tal como é referido na quadra popular

alentejana “Eu sou devedor à terra. A terra me está devendo. A terra paga-me em vida. Eu pago à terra em morrendo.”, o idoso alentejano pode considerar o cuidado prestado como o “pagamento de uma dívida, um acerto de contas final”, surge uma relação simbiótica entre a vida (simbolizada aqui pela terra) e a morte. Isto é, uma associação em que interagem, sem que uma possa existir sem a outra, deixando a ideia de que existe um ciclo, em que a morte surge de forma tão natural como a vida, pelo que não é temida, mas sim aceite como uma consequência da sua existência, mostrando a forma pragmática como os alentejanos vivem. A terra alimenta as pessoas em vida e, mais tarde, após a morte, a pessoa paga a “sua dívida” à terra, alimentando-a com o próprio corpo, já que é nela que passará a viver eternamente. O alentejano pode olhar para os outros e para as relações interpessoais desse mesmo modo, ou seja, cuida dos membros mais novos enquanto é jovem e capaz, pelo que considera natural que os mais novos cuidem de si quando necessita, na velhice, “acertando as contas” e fechando este ciclo da vida. Desta forma, o que verdadeiramente poderá influenciar o surgimento de sofrimento e, conseqüentemente, da ideação suicida nesta população seria justamente, não o sentir-se um fardo, mas a não pertença à família, aos amigos, ou outro grupo significativo, ou seja, a presença de sentimentos de não se sentirem suficientemente amados e/ou cuidados.

Na verdade, a região Alentejana, é uma zona crítica do país no que ao suicídio diz respeito, uma vez que o suicídio está presente em número elevado relativamente às restantes zonas do país (Alte da Veiga, & Braz Saraiva, 2009), sobretudo em sujeitos do sexo masculino com idade superior a 55 anos (Sociedade Portuguesa de Sociologia, 2006). A taxa de suicídio é de 2 a 4 por 100.000 habitantes no Norte, e chega a 20 por 100.000 habitantes no Alentejo (Alte da Veiga, & Braz Saraiva, 2009; Costa, 2013).

De acordo com Saraiva (2006), alguns dos fatores associados ao suicídio no Alentejo são: a baixa densidade populacional, a existência de um isolamento progressivo tanto no âmbito familiar como social, numa população maioritariamente composta por idosos, e que pode conduzir à solidão. A estas características podem juntar-se uma baixa escolaridade, associada ao envelhecimento da população, bem como uma baixa religiosidade comparativamente com a região Norte do país, e ainda, o próprio simbolismo e significado atribuído ao ato suicida (Cândido, 2010; Costa, 2013; Pocinho, 2007). Vários autores têm também enfatizado o papel da transmissão de uma forte herança cultural e familiar da suicidalidade no Alentejo, uma fraca tradição gregária e famílias pequenas, como fatores que tornam esta população mais vulnerável ao suicídio (Costa, 2013; Santos, Campos, & Tavares, 2015).

Com uma área de 27 mil quilómetros quadrados, o Alentejo é a maior região de Portugal, ocupando 29% do território nacional, e sendo habitado por cerca de 500 mil pessoas (Ferro, 2002). Quase meio milhão de habitantes que, espalhados pela imensidão do espaço a sul do Tejo, não ultrapassa uma densidade demográfica de 50 pessoas por quilómetro quadrado, no máximo (Barbosa, 2008).

A população idosa aumentou na última década e representava, em 2011, 24,2% da população do Alentejo, acima da média nacional que é de 19,0%. No mesmo ano, no Alentejo, por cada 100 jovens havia 178 idosos, revelando-se a população mais envelhecida do país (Instituto Nacional de Estatística, 2011).

Apesar de entre 1991 e 2001, o analfabetismo se ter reduzido em Portugal e a nível regional, o Alentejo continua a ser a região onde existe a maior taxa de analfabetismo (15,9%) (Pocinho, 2007). Consequentemente, o número de habitantes com escolaridade reduzida é muito elevado (Cândido, 2010).

A par da solidão sentida em termos geográficos, uma solidão afetiva pode estar enraizada nesta população, ampliada pelo facto de muitos familiares optarem por abandonar a região em busca de uma vida melhor (Cândido, 2010). Diga-se, a propósito, que se podem distinguir dois tipos de solidão (Weiss, 1957): solidão social – em que uma pessoa se sente só e insatisfeita, por causa da falta da rede social, de amigos e de pessoas conhecidas - e solidão emocional – em que se está só e insatisfeito, por causa da falta de uma relação pessoal íntima. Segundo a abordagem cognitiva da solidão, esta é o resultado de contactos sociais restritos e pouco satisfatórios do indivíduo relativamente ao que desejaria. Assim, a solidão é definida, nesta abordagem, como o sentimento de mal-estar que se tem quando há uma discrepância entre os níveis de contactos sociais desejados e realizados (Pocinho, 2007). Tal como refere Pedro Ferro (ele mesmo natural do Alentejo), dentro de cada alentejano há um eremita, salientando a sua natureza fechada (Ferro, 2002).

Apesar de historicamente a mortalidade por suicídio ter uma distribuição geográfica - baixa no Norte e alta no Sul de Portugal - estudos mais recentes têm mostrado que esta tendência está a esbater-se. Este padrão Norte/Sul tem vindo a modificar-se nos últimos 20 anos, e atualmente tem-se vindo a formar um novo padrão urbano/rural, uma vez que o risco de mortalidade por suicídio aumentou em municípios rurais, diminuindo nas áreas urbanas, especialmente nas zonas metropolitanas (Santana, Costa, Cardoso, Loureiro, & Ferrão, 2015).

Anteriormente, no norte, as taxas de suicídio eram significativamente inferiores às do Sul, supondo-se que esta diferença acentuada se relacionava com questões de ordem religiosa (Sociedade Portuguesa de Suicidologia, 2007 as cited in Cândido, 2010), pois quanto maior o peso institucional da religião numa sociedade, maior o seu controlo social no exercício do poder, maior a condenação dos atos suicidas e, por conseguinte, menor o risco de comportamentos suicidários (Durkheim, 1951; Durkheim, 2001).

Pelo contrário, no Alentejo, onde as pessoas tendiam a ser consideradas menos religiosas, o ato suicida poderia antes ser explicado por envolver um tipo de culto ou simbolismo, como por exemplo o suicídio por enforcamento, pendurado numa árvore específica (Costa, 2013) - sendo o enforcamento um dos métodos mais utilizados no Alentejo (Santos et al., 2015) - o que pode significar a aceitação do destino ou do sacrifício (Alte da Veiga, & Braz Saraiva, 2009), não associado a uma crença religiosa, mas antes relacionada com a cultura popular alentejana que remete para a aceitação da morte como uma consequência natural da vida, como mais uma etapa do ciclo vida-morte.

Poderá existir também uma representação e uma atribuição de significado ao ato suicida associado ao fim dos problemas que não têm outra solução, mas que resulta na morte aparente da dádiva que é a vida. Esta representação partilhada pelos alentejanos com uma conotação negativa terá, por certo, influência cultural. O suicídio é ainda associado aos diversos problemas da vida dos indivíduos, o que justifica a necessidade de fuga. Para as pessoas que se suicidam, os alentejanos parecem reservar a imagem de alguém que necessita de ajuda na sequência de doença física e psicológica. É, porém, possível identificar uma dualidade na imagem que os alentejanos têm de quem comete suicídio, que por um lado é visto como alguém corajoso, uma forma de por pôr fim ao seu sofrimento e, por outro, como egoísta, doente, em sofrimento e incapaz de pedir ajuda (Costa, 2013).

### 7.1. Limitações e estudos futuros

O estudo apresenta algumas limitações.

A principal limitação é o atrito, uma vez que, mesmo com recurso a medidas heteroadministradas, o estado físico e mental dos pacientes da Unidade de Convalescença não lhes permitir responder aos instrumentos de medida e fornecer informação fidedigna, pelo que muitos tiveram de ser excluídos da amostra final e não puderam participar no presente estudo.

Por outro lado, a utilização de medidas de autorrelato pode ser considerada uma limitação, já que a validade das respostas obtidas poderá ser, pelo menos em parte, posta em causa. No caso concreto deste estudo, em que as medidas foram heteroadministradas, as respostas podem apresentar-se enviesadas, uma vez que a pessoa pode não ser sincera na sua resposta, por vergonha ou receio de se expor.

A terceira limitação prende-se com o facto de se tratar de um estudo de tipo *cross-sectional*, em que a recolha de dados relativos às variáveis independentes e às variáveis dependentes é efetuada num único momento.

Outra limitação é o facto de os pacientes não terem sido especificamente avaliados com uma entrevista diagnóstica estruturada para confirmar a presença de uma perturbação mental, sendo que, a fim de obter tal informação, os investigadores consultaram o ficheiro clínico dos pacientes.

No que diz respeito a investigações futuras, é de referir a necessidade de utilizar vários métodos de recolha de dados, como por exemplo, as entrevistas.

Por outro lado, importa ainda mencionar a necessidade de utilizar metodologias do tipo longitudinal.

Da mesma forma, para obter informação relativa ao histórico de perturbações mentais, é importante não só consultar o ficheiro clínico dos pacientes, mas confirmar o diagnóstico com uma entrevista diagnóstica estruturada.

Pode ser clinicamente relevante referir que, de acordo com os resultados, os pacientes podem apresentar ideação suicida motivada pelos sentimentos de não pertença. Uma vez mais, estes resultados parecem ser influenciados por aspetos culturais ou podem estar relacionados com características particulares da amostra em estudo (recuperação de uma doença aguda). Deste modo, estudos futuros a realizar em Portugal devem tentar replicar os presentes resultados noutras amostras de idosos, nomeadamente da comunidade (sem doença física) e de outras regiões do país.

## Conclusão

A presente investigação visou estudar o contributo das necessidades interpessoais, os sentimentos de não pertença e a perceção de ser um fardo, de acordo com a perspetiva de Thomas Joiner, bem como a sua interação e os seus possíveis efeitos quadráticos no risco de suicídio, avaliado pela presença de ideação suicida numa amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda. Avaliou-se também o impacto das tentativas prévias de suicídio.

Verificou-se que a presença de tentativas prévias de suicídio se relacionou com a ideação suicida.

No que concerne às necessidades interpessoais, pode concluir-se que, quer os sentimentos de não pertença, quer a perceção de ser um fardo se relacionam com a ideação suicida, mas quando se considera simultaneamente ambas as variáveis (quando se controla o efeito de cada um delas sobre a outra), apenas os sentimentos de não pertença contribuíram para a ideação suicida nesta amostra clínica de idosos em recuperação de uma doença aguda.

O termo de interação entre a perceção de ser um fardo e as tentativas prévias foi significativo, o que significa que a perceção de ser um fardo é útil na previsão da ideação suicida apenas na presença de tentativas de suicídio prévias, mas não quando não há um historial de tentativas.

Entre os sentimentos de não pertença e as tentativas de suicídio, o termo de interação foi tendencialmente significativo, o que significa que a variável sentimentos de não pertença só prevê tendencialmente a ideação suicida quando não existem tentativas de suicídio prévias, não adquirindo importância na presença de um historial de tentativas de suicídio.

A interação entre os dois tipos de necessidades interpessoais - a perceção de ser um fardo e os sentimentos de não pertença - não foi significativa, tal como os efeitos quadráticos das mesmas variáveis, à semelhança do estudo de Cero, Zuromski, Witte, Ribeiro e Joiner (2015).

Apesar de parcialmente inesperados, comparativamente com os resultados anteriores, estes resultados poderão eventualmente ser lidos à luz da cultura própria do Alentejo. Pode colocar-se a hipótese de que os idosos alentejanos consideraram importante receber assistência por parte dos familiares, como uma espécie de “pagamento” da “dívida” por antes ter cuidado deles, remetendo para a aceitação da vida e da morte, como parte de um ciclo inevitável e, portanto, considerando essencial pertencer a um grupo significativo que cuide deles e os ame.

Os sentimentos de não pertença poderão adquirir maior importância nesta amostra possivelmente por os participantes habitarem numa região do país caracterizada por uma baixa densidade populacional e pela existência de um isolamento familiar e social progressivo numa população maioritariamente envelhecida, o que conduzirá à solidão (Cândido, 2010; Costa, 2013; Pocinho, 2007; Saraiva, 2006). Estes sentimentos de não pertença poderão, assim, ser um fator de grande sofrimento e de risco suicidário para estes idosos alentejanos que estão numa posição de grande vulnerabilidade.

O presente estudo pode ter algumas implicações clínicas.

O estudo das variáveis interpessoais revela-se benéfico uma vez que, de acordo com os resultados obtidos, os sentimentos de não pertença emergiram como fortes preditores do risco de suicídio. Deste modo, na prática clínica com idosos em recuperação de doença física, devem avaliar-se as necessidades interpessoais e o seu impacto na suicidalidade.

Uma vez que a ideação suicida é comum nos pacientes idosos, e em recuperação de uma doença aguda, os profissionais de saúde devem estar especialmente atentos a verbalizações de sentimentos de não pertença nestas populações.

Deve ainda pensar-se que a utilização de instrumentos breves, mas fiáveis, de avaliação e rastreio de suicidalidade deve ser habitual com estes pacientes. Para tal, será necessário que os técnicos de saúde recebam treino prévio na sua utilização.

Os resultados sugerem ainda que é fundamental apostar numa abordagem multidisciplinar para uma melhor aproximação e avaliação fiável da ideação suicida e das necessidades interpessoais destes pacientes e, conseqüente, uma intervenção mais completa e adequada.

Os resultados sugerem que se devem considerar variáveis do tipo psicológico quando se avalia a prática clínica, nomeadamente pacientes idosos, para além, naturalmente, de considerar variáveis clínicas, como as tentativas prévias de suicídio, e o seu potencial impacto no comportamento suicidário.

## Referências Bibliográficas

- Aiken, L., & West, S. (1991). *Multiple Regression: Testing and interpreting results*. Sage Publications: California.
- Almeida, L. (2011). Ansiedade, depressão, ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa.
- Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos Institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 25, 350-358.
- Alte da Veiga, F., & Braz Saraiva, C. (2009). *O suicídio em Portugal*. Retirado de <http://www.spsuicidologia.pt>
- Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25, 59-66.
- Balsis, S., & Cully, J. A. (2008). Comparing depression diagnostic symptoms across younger and older adults. *Aging and Mental Health*, 12, 800-806.
- Barbosa, A. (2008). *O Melhor do Alentejo*. Lisboa: Turismo de Portugal.
- Baumeister, R. F., Leary, M. R. (1995). The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497–529.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Weismann, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861–865.
- Bohman, H., Jonsson, U., Päären, A., von Knorring, L., Olsson, G., & von Knorring, A. L. (2012). Prognostic significance of functional somatic symptoms in adolescence: a 15-year community-based follow-up study of adolescents with depression compared with healthy peers. *BioMedCentral of Psychiatry*, 12, 90-99.
- Borges, G., Angst, J., Nock, M. K., Ruscio, A., & Kessler, R. C. (2006). Risk factors for the incidence and persistence of suicide-related outcomes: A 10-year follow-up study using the national comorbidity surveys. *Journal of Affective Disorders*, 10, 25-33.



- Broadhead, W. E., Leon, A. C., Weissman, M., Barrett, J. E., Blacklow, R. S., Gilbert, T. T., Keller, M. B., Olfson, M., & Higgins, E. S. (1995). Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Archives of Family Medicine, 4*, 211-219.
- Brown, S., & Vinokur, A. (2003). The interplay among risk factors for suicidal ideation and suicide: The role of depression, poor health, and loved ones' messages of support and criticism. *American Journal of Community Psychology, 32*, 131-141.
- Brown, G., Beck, A. T., Steer, R., & Grisham, J. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 371-377.
- Bryan, C. J., Clemans, T. A., & Hernandez, A. M. (2012). Perceived burdensomeness, fearlessness of death, and suicidality among deployed military personnel. *Personality and Individual Differences, 52*, 374-379.
- Bryan, C. J., Morrow, C. E., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2010). A preliminary test of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in a military sample. *Personality and Individual Differences, 48*, 347-350.
- Campos, A. (2016, março 24). Portugal em sofrimento: vendem-se mais antidepressivos e há mais suicídios. *Público*. Retirado de <https://www.publico.pt/sociedade/noticia/portugal-tem-uma-taxa-baixa-de-suicidios-se-calhar-ja-nao-1727072>.
- Campos, R. C. (2009). *Depressivos somos nós: Considerações sobre a depressão, a personalidade e a dimensão depressiva da personalidade*. Coimbra: Edições Almedina.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two non clinical samples. *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 258-264.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2014). Suicide risk in a Portuguese non-clinical sample of adults. *European Journal of Psychiatry, 28*, 230-241.
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing a theory-based model of suicidality in community sample. *Journal of Death and Dying, First published online*, 1-19. DOI: 10.1177/0030222815598428
- Campos, R. C., & Holden, R. R. (2015). Testing models relating rejection, depression, interpersonal needs, and psychache to suicide in nonclinical individuals. *Journal of Clinical Psychology, 71*, 994-1003.

- Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., Abreu, M., & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in non clinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach of suicide risk *Death Studies, 40*, 335-249.
- Cândido, S. (2010). Cultura suicida no Alentejo. Os fatores promotores de ideação suicida e desesperança. *Dissertação de mestrado*, Universidade do Algarve, Faro.
- Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the Interpersonal-Psychological theory in two samples. *Psychiatry Research, 228*, 544-550.
- Cheatle, M. (2011). Depression, chronic pain, and suicide by overdose: On the edge. *Pain Medicine, 12*, 43-48.
- Cheatle, M. (2014). Assessing suicide risk in patients with chronic pain and depression. *Journal of Family Practice, 63*, 6-11.
- Chio, A., Gauthier, A., Calvo, A., Ghiglione, P., & Mutani, R. (2005). Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology, 64*, 1780–1782.
- Conwell Y., & Brent, D. (1995). Suicide and aging: Patterns of psychiatric diagnosis. *International Psychogeriatrics, 7*, 149-164.
- Conwell, Y., Van Orden, K., & Caine, E. D. (2011) Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America, 34*, 451–468.
- Conwell, Y., & Thompson, C. (2008). Suicidal behavior in elders. *Psychiatric Clinics of North America, 31*, 333-356.
- Cornette, M. M., deRoos-Cassini, T. A., Fosco, G. M., Holloway, R. L., Clark, D. C., & Joiner, T. E. (2009). Application of an Interpersonal-Psychological model of suicidal behavior to physicians and medical trainees. *Archives of Suicide Research, 13*, 1-14.
- Costa, J. (2013). Representações do suicídio no Alentejo. *Dissertação de mestrado*, Universidade de Évora, Évora.
- Cukrowicz, K. C., Cheavens, J. S., Van Orden, K. A., Regain, R. M., & Cook, R. L. (2011). Perceived burdensomeness and suicide ideation in older adults. *Psychology and Aging, 26*, 331–338.
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: Evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. *Journal of Abnormal Psychology, 122*, 1021-1030.

- Cutright, P., Stack, S. & Fernquist, R.M. (2006). The age structures and marital status differences of married and not married male suicide rates: 12 developed countries. *Archives of Suicide Research, 10*, 365-382.
- Drago, S., & Martins, R. (2012). A depressão no idoso. *Millenium, 43*, 79-94.
- Dou, J., Tang, J., Lu, C., Jiang, E., & Wang, P. (2015). A study of suicidal ideation in acute ischemic stroke patients. *Health and quality of life outcomes, 13*, 1-6.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York: The Free Press.
- Durkhiem, E. (2001). *O suicídio – Estudo sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.
- Fässberg, M. M., Cheung, G., Canetto, S. S., Erlangsen, A., Lapierre, S., Lindner, R., Draper, B., Gallo, J. J., Wong, C., Wu, J., Duberstein, P., & Waern, M. (2016). A systematic review of physical illness, functional disability, and suicidal behaviour among older adults. *Aging & Mental Health, 20*, 1-29.
- Ferro, P. (2002). *Artesão do efêmero*. Castro Verde: Imagem Imenso, Lda.
- Fiske, A., O'Riley, A. A., & Wideoe, R. W. (2008). Physical health and suicide in late life: An Evaluative Review. *Clinical Gerontologist, 31*, 31-50.
- Fuller-Thomson, E., Tulipano, M. J., & Song, M. (2012). The association between depression, suicidal ideation, and stroke in a population-based sample. *International Journal of Stroke, 7*, 188–194.
- Guidry, E. T., & Cukrowicz, K.C. (2015). Death ideation in older adults: psychological symptoms of depression, thwarted belongingness, and perceived burdensomeness. *Aging & Mental Health, 20*, 1-9.
- Gunn, J. F., Lester, D., Haines, J., & Williams, C. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness in suicide notes. *Crisis, 33*, 178-181.
- Gutierrez, P. M., Brenner, L. A., Rings, J. A., Devore, M. D., Kelly, P. J., Staves, P. J., Kelly, M. C., & Kaplan, M. S. (2013). A qualitative description of female veterans' deployment-related experiences and potential suicide risk factors. *Journal of Clinical Psychology, 69*, 923-935.
- Hagerty, B. M., Lynch-Sauer, J., Patusky, K. L., Bouwsema, M., & Collier, P. (1992). Sense of belonging: A vital mental health concept. *Archives of Psychiatric Nursing, 6*, 172–177.
- Hamon, R. R., & Blieszner, R. (1990). Filial responsibility expectations among adult child-older parent pairs. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 45*, 110–112.
- Hill, R. M., & Pettit, J. W. (2014). Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: Current evidence and future directions. *Journal of Clinical Psychology, 70*, 631-643.

- Hill, R. M., Rey, Y., Marin, C., Sharp, C., Green, K. L., & Pettit, J. W. (2015). Evaluating the Interpersonal Needs Questionnaire: Comparison of the reliability, factor structure, and predictive validity across five versions. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 45*, 302-314.
- Hitchcock, L. S., Ferrell, B. R., & McCaffery, M. (1994). The experience of chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 312-318*.
- Hooley, J. M., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2014). Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Current Pain and Headache Reports, 18*, 1-6.
- Instituto Nacional de Estatística. (2013). *Causas de morte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Região Alentejo*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- Instituto Nacional de Estatística. (2012). *Óbitos por lesões provocadas intencionalmente* [Deaths by intentional self-inflicted lesions]. National Institute of Statistics.
- Jahn, D. R., & Cukrowicz, K. C. (2011). The impact of the nature of relationships on perceived burdensomeness and suicide ideation in a community sample of older adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 41*, 635-649.
- Jahn, D. R., Cukrowicz, K. C., Linton, K., & Prabhu, F. (2011). The mediating effect of perceived burdensomeness on the relation between depressive symptoms and suicide ideation in a community sample of older adults. *Aging & Mental Health, 15*, 214-220.
- Joiner, T. E. (2007). *Why people die by suicide*. Cambridge, Massachusetts, and London, England: Harvard University Press.
- Joiner, T., Conwell, Y., Fitzpatrick, K. K., Witte, T. K., Schmidt, N. B., Berlim, M. T., Fleck, M. P. A., & Rudd, M. D. (2005). Four studies on how past and current suicidality relate even when "everything but the kitchen sink" is covaried. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 291-303.
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, D. M. (2009). Main predictions of the Interpersonal Psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 634-646.
- Khazem, L. R. (2015). Physical disability and suicidal desire: An examination of the constructs of the Interpersonal-Psychological theory of suicide. *Thesis for the Degree of Master of Arts*. Mississippi: University of Southern Mississippi.
- Kiriakidis, S. P. (2015). Elderly suicide: risk factors and preventive strategies. *Annals of Gerontology and Geriatric Research, 2*, 1-6.

- Kposowa, A. J. (2002). Marital status and suicide in the national longitudinal mortality Study. *Journal of Epidemiology, & Community Health, 54*, 254-261.
- Lester, D., & Gunn, J. F. (2012). Perceived burdensomeness and thwarted belonging: na investigation of the interpersonal theory of suicide. *Clinical Neuropsychiatry, 9*, 221-224.
- Lima, P., & Loução, R. (1995). Contributo para a validação e adaptação de uma escola de medição do estudo funcional: Escala de Barthel Modificada (1995).
- Mahoney, F., & Barther, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal, 14*, 56-61.
- Marty, M. A. (2011). Older adults and the desire for suicide: the role of perceived burdensomeness and thwarted belongingness. *Dissertation submitted to the degree of doctor*, University of Colorado, Colorado.
- Marty, M. A., Segal, D. L., Cooligde, F. L., & Klebe, K. J. (2012). Analysis of the psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ) among community-owelling older adults. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 1008-1018.
- McLaren, S., Gomez, R., Bailey, M., & Van Der Horst, R.K. (2007). The association of depression and sense of belongingness with suicidal ideation among older adults: Applicability of resiliency models. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*, 89-102.
- Medeiros, J. (2010). Depressão no idoso. *Dissertação de mestrado*, Faculdade de Medicina, Porto.
- Murray, H. (1938). *Explorations in personality*. New York: Oxford University Press.
- Ojagbemi, A., Oladeji, B., Abiona, T., & Gureje, O. (2013). Suicidal behavior in old age – results from the Ibadan study of ageing. *BMC Psychiatry, 13*, 1-7.
- O'Keefe, V. M., Wingate, L. R., Tucker, R. P., Rhoades-Kerswill, S., Shish, M. L., & Davidson, C. (2014). Interpersonal suicide risk for american indians: Investigating thwarted belongingness and perceived burdensomeness. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology, 20*, 61-67.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 646 – 652.
- Overholser, J. C., Braden, A., & Dieter, L. (2012) Understanding suicide risk: Identification of high-risk groups during high-risk times. *Journal of Clinical Psychology, 68*, 334-348.
- Park, S. (2014). Health status and suicidal ideation in Korean elderly: the role of living arrangement. *Journal of Mental Health, 23*, 94-98.

- Pocinho, M. (2007). Fatores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano. Dissertação de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pompili, M., Venturini, P., Campi, S., Seretti, M., Montebovi, F., Lamis, D. A., Serafini, G., Amore, M., & Girardi, P. (2012). Do stroke patients have an increased risk of developing suicidal ideation or dying by suicide? An overview of the current literature. *Neurosciences & Therapeutics*, *18*, 711-721.
- Pompili, M., Venturini, P., Lamis, D. A., Giordano, G., Serafini, G., Murri, M. B., Amore, M., & Girardi, P. (2015). Suicide in stroke survivors: Epidemiology and prevention. *Drugs & Aging*, *32*, 21–29.
- PorData. (2015). Óbitos por algumas causas de morte por 100 mil habitantes em Portugal. <http://www.pordata.pt/Portugal/Óbitos+por+algumas+causas+de+morte+por+100+mil+habitantes-1987>; Acedido em Junho, 15h, 2016.
- Rao, R., Jackson, S., & Howard, R. (1999). Neuropsychological impairment in stroke, carotid stenosis, and peripheral vascular disease, A comparison with healthy community residents. *Stroke*, *30*, 2167-2173.
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W. E., Belik, S., & Sareen, J. (2008). Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicide attempts: An epidemiologic perspective. *The Clinical Journal of Pain*, *24*, 204-210.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The Interpersonal-Psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 1291-1299.
- Santos, S., Campos, R. C., & Tavares, S. (2015). Suicidal ideation and distress in family members bereaved by suicide in Portugal. *Death Studies*, *39*, 332-341.
- Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health & Place*, *35*, 85-94.
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e comportamentos autolesivos, Dos conceitos à prática clínica*. Lisboa: Editora Lidel.
- Silva, C., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Mental disorders and thwarted belongingness, perceived burdensomeness, and acquired capability for suicide. *Psychiatry Research*, *226*, 316–327.

- Scott, K. M., Hwang, I., Chiu, W., Kessler, R. C., Sampson, N. A., Angermeyer, M., Beautrais, A., Borges, G., Bruffaerts, R., De Graff, R., Florescu, S., Fukao, A., Haro, J. M., Hu, C., Kovess, V., Levinson, D., Posada-Villa, J., Scocco, P., & Nock, M. K. (2010). Chronic physical conditions and their association with First onset of suicidal behavior in the world mental health surveys. *Psychosomatic Medicine, 72*, 12-19.
- Shin, K. M., Cho, S., Hong, C. H., Park, K. S., Shin, Y. M., Lim, K. Y., & Koh, S. H. (2013). Suicide among the elderly and associated factors in south Korea. *Aging, & Mental Health, 17*, 109–114.
- Shneidman, E. S. (1996) – *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Sligh, M. L. (2013). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: A prospective analysis. *Dissertation submitted to the degree of doctor*, Oklahoma State University, Oklahoma.
- Tang, N. K., & Crane, C. (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine, 36*, 575-586.
- Tang, W. K., Liang, H., Mok, V., Ungvari, G. S., & Wong, K. (2013). Is pain associated with suicidality in stroke? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 94*, 863-866.
- Teasdale, T. W., & Engberg, W. (2001). Suicide after a stroke: a population study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 863–866.
- Terroni, L. M. N., Mattos, P. F., Sobreiro, M. F. M. S., Guajardo, V. D. G., & Fráguas, R. (2009). Depressão pós-AVC: aspetos psicológicos, neurológicos, eixo HHQ, correlato neuroanatômico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica, 36*, 100-108.
- Van Orden, K. A., Bamonti, P. M., King, D. A., & Duberstein, P. R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults? *Aging & Mental Health, 16*, 855–860.
- Van Orden, K., & Conwell, Y. (2011). Suicides in late life. *Current Psychiatry Reports, 13*, 234–241.
- Van Orden, K. A., Cukrowicz, K. C., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment, 24*, 197-215.
- Van Orden, K. A., Lyam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 457-467.

- Van Orden, K. A., Talbot, N., & King, D. A. (2012). Use of the interpersonal theory of suicide to inform interpersonal psychotherapy with a suicidal older adult. *Clinical Case Studies, 11*, 333-347.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*, 575–600.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner, T. E. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the Interpersonal–Psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 72–83.
- Waern, M. (2003). Physical illness and suicide in the elderly. *Geriatrics & Aging, 6*, 56-59.
- Wong, Y. J., Koo, K., Tran, K. K., Chiu, Y., & Mok, Y. (2011). Asian American college students' suicide ideation: A mixed-methods study. *Journal of Counseling Psychological, 58*, 197-209.
- World Health Organization. (2014). Preventing Suicide: A global imperative. Luxembourg.
- Yen, Y., Yang, M., Yang, M., Lung, F., Shin, C., Hahn, C., & Lo, H. (2005). Suicidal ideation and associated factors among community-dwelling elders in Taiwan. *Psychiatric and Clinical Neurosciences, 59*, 365-371.
- Yung, Y. F., & Bentler, P. M. (1996). Bootstrapping techniques in analysis of mean and covariance structures. In G. A. Marcoulides & R. E. Schumacker (Eds.), *Advanced structural equation modeling techniques* (pp. 195–226). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.



## **Anexos**

## Anexo 1 - Inventário de Necessidades Interpessoais (INQ-15)

### INQ-15

(Van Orden e colaboradores, 2002; versão portuguesa de Campos, 2013)

**INSTRUÇÕES:** As questões que se seguem pedem-lhe que pense em si e nas outras pessoas. Por favor responda a cada questão usando as suas crenças e experiências actuais, NÃO o que você pensa que é verdadeiro em geral, ou o que possa ser verdadeiro para as outras pessoas. Por favor baseie as suas respostas na forma como se tem sentido recentemente. Use a escala de resposta para encontrar o número que melhor corresponde à forma como se sente e faça um círculo à volta desse número. Não há respostas certas ou erradas. Estamos apenas interessados no que pensa e sente.

De maneira nenhuma verdadeiro para mim	De alguma forma verdadeiro para mim					Muito verdadeiro para mim	
1	2	3	4	5	6	7	
1- Actualmente, as pessoas que fazem parte da minha vida estariam melhores se eu desaparecesse	1	2	3	4	5	6	7
2- Actualmente, as pessoas que fazem parte da minha vida estariam mais felizes sem mim	1	2	3	4	5	6	7
3- Actualmente, acho que sou um fardo para a sociedade	1	2	3	4	5	6	7
4- Actualmente, acho que a minha morte seria um alívio para as pessoas que fazem parte da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
5- Actualmente, acho que as pessoas que fazem parte da minha vida desejariam ver-se livres de mim	1	2	3	4	5	6	7
6- Actualmente, acho que pioro as coisas para as pessoas que fazem parte da minha vida	1	2	3	4	5	6	7
7- Actualmente, as outras pessoas preocupam-se comigo	1	2	3	4	5	6	7
8- Actualmente, sinto que pertença a algo ou alguém	1	2	3	4	5	6	7
9- Actualmente, raramente interajo com as pessoas que se preocupam comigo	1	2	3	4	5	6	7
10- Actualmente, tenho sorte em ter muitos amigos que cuidam de mim e me dão apoio	1	2	3	4	5	6	7
11- Actualmente, sinto-me desligado das outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
12- Actualmente, sinto-me com frequência como um estranho quando estou no meio de outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
13- Actualmente, sinto que há pessoas a quem posso recorrer em caso de necessidade	1	2	3	4	5	6	7
14- Actualmente, estou próximo das outras pessoas	1	2	3	4	5	6	7
15- Actualmente, tenho pelo menos uma interacção satisfatória com alguém, todos os dias	1	2	3	4	5	6	7

## Anexo 2 - Inventário de Depressão de Beck - II (item 9)

O item referente a *Pensamentos ou desejos de suicídio* do BDI-II

Escolha a opção que melhor o descreve na semana seguinte ao início da doença:

- 0 Não tive quaisquer pensamentos de me matar
- 1 Tive pensamentos de me matar, mas não os concretizaria
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Matava-me se tivesse oportunidade

**Anexo 3 - Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC)**  
**(Suicide Items)**

Resposta sim ou não às seguintes questões

Hoje, teve?:

- (1) Pensamentos de morte? \_\_\_\_\_
- (2) Desejo de estar morto? \_\_\_\_\_
- (3) Sentiu vontade de se suicidar? \_\_\_\_\_

Na semana seguinte ao início da doença, teve?:

- (1) Pensamentos de morte? \_\_\_\_\_
- (2) Desejo de estar morto? \_\_\_\_\_
- (3) Sentiu vontade de se suicidar? \_\_\_\_\_

Na última semana, teve?:

- (1) Pensamentos de morte? \_\_\_\_\_
- (2) Desejo de estar morto? \_\_\_\_\_
- (3) Sentiu vontade de se suicidar? \_\_\_\_\_

## Anexo 4 - Escala de Barthel Modificada

### ESCALA DE BARTHEL MODIFICADA

Beber por uma chávena:	<input type="text"/>	Comer:	<input type="text"/>
Vestir parte superior do corpo:	<input type="text"/>	Vestir parte inferior do corpo:	<input type="text"/>
Colocar cinto ou suspensórios:	<input type="text"/>	Toalete pessoal:	<input type="text"/>
Lavar-se ou tomar banho:	<input type="text"/>	Controlo de urina:	<input type="text"/>
Controlo dos intestinos:	<input type="text"/>		

### NÍVEL DE MOBILIDADE:

Sentar-se e levantar-se da cadeira:	<input type="text"/>	Sentar-se e levantar-se da sanita:	<input type="text"/>
Entrar e sair da banheira ou duche:	<input type="text"/>	Andar 50 metros em piso plano:	<input type="text"/>
Subir e descer um lanço de escadas:	<input type="text"/>	SE NÃO ANDAR, impulsionar ou puxar uma cadeira de rodas:	<input type="text"/>

Resultado: \_\_\_\_\_