

Outubro 2019

MESTRADO EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

"A Menina do Suicídio"

TRABALHO DE PROJETO APRESENTADO À
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DE PAULA FRASSINETTI
PARA A OBTENÇÃO DE
GRAU DE MESTRE EM INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

DE

Diana Luísa Faria Santa Marinha

ORIENTAÇÃO

Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa



PAULA
FRASSINETTI

Agradecimentos

Antes de mais não posso deixar de referenciar todas as pessoas que estiveram envolvidas neste trabalho e que positivamente me influenciaram a concluir esta etapa.

Agradeço,

Ao meu orientador, Doutor Júlio Emílio Pereira de Sousa, pelo apoio e determinação em relação ao estudo do tema deste trabalho de investigação.

À minha família, em especial, aos meus pais e ao meu irmão pelo carinho e motivação perante os obstáculos e as dificuldades com que me deparei ao longo do percurso académico.

À Residência Geriátrica – ACOLHE – por me terem acolhido e pela predisposição e companheirismo que demonstraram ao longo deste percurso. Um agradecimento especial à Dr.ª Sofia, Dr.ª Irene e à Dr.ª Isabel.

Às pessoas que estiveram mais próximas e que viveram de perto este desafio comigo – Márcia, Tânia e Raquel –, obrigada pela vossa amizade e por estarem sempre presentes.

A concretização deste projeto de investigação deve-se a vocês,

Obrigada a todos!

Índice

Introdução.....	4
Justificação do objeto de estudo	6
I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1. A depressão como experiência subjetiva e vivida no anonimato	9
2. O suicídio: um desfecho silenciado/silencioso.....	17
3. As representações sociais e o suicídio	21
4. O suicídio na terceira idade.....	24
4.1. Fatores de risco	25
4.2. O suicídio e a culpabilidade permanente.....	27
4.3. A prevenção do suicídio na terceira idade	29
II PARTE: CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO	37
III PARTE: OPÇÕES METODOLÓGICAS	39
5. Pergunta de Partida e Objetivos da Investigação	39
6. Estudo de Caso	40
7. Instrumentos utilizados na recolha de dados	41
8. Procedimento.....	42
9. Análise dos dados recolhidos	43
10. Discussão dos dados obtidos	55
11. Propostas de intervenção	65
Considerações finais.....	69
Referências Bibliográficas	71
Anexos.....	74
Anexo I: Excertos do livro “Demónio da Depressão” de Andrew Solomon (2016).....	75
Anexo II: Apresentação da organização	79
Anexo III: Regulamento interno	81
Anexo IV: Organograma	101
Anexo V: Receitas médicas.....	102
Apêndices.....	110
Apêndice I: Guião de entrevista	111
Apêndice II: Documento com o consentimento dos entrevistados.....	112
Apêndice III: Transcrição das entrevistas.....	119
Entrevista I.....	119
Entrevista II.....	127

Entrevista III.....	131
Entrevista IV	136
Entrevista V	139
Entrevista VI	148
Entrevista VII	156

Introdução

O estudo da faixa etária da terceira idade suscitou o meu interesse enquanto Educadora Social e estudante do Mestrado em Intervenção Comunitária na medida em que, nos dias de hoje, o fenómeno do envelhecimento demográfico abrange uma grande parte das sociedades.

A partir do fenómeno do envelhecimento, começaram a surgir novos desafios na sociedade contemporânea. Indo ao encontro destes desafios, decidi optar por explorar o tema do suicídio na perspectiva de intervenção e prevenção do suicídio na terceira idade com especial foco nas representações sociais acerca do tema. Este trabalho de investigação requereu a minha inserção numa instituição, Residência Geriátrica – ACOLHE, que, através do seu contacto direto com a terceira idade, realiza os seus serviços em prole dos desafios e necessidades das pessoas idosas.

O presente trabalho de projeto compreende as perspetivas de vários autores relativamente ao tema do suicídio e da depressão. A depressão é destacada no corpo teórico pelo facto de ter sido identificada por vários autores, como sendo o principal fator de risco que leva pessoas a cometer suicídio, não só na terceira idade como em todas as faixas etárias.

A ligação entre os temas reflete-se na forma como a terceira idade passou a estar em risco, a nível da exclusão por parte da nossa sociedade e, conseqüentemente, na própria visão que as pessoas idosas possam vir a sentir em relação aos seus papéis enquanto indivíduos. Questões acerca da depressão, nomeadamente, a forma como as pessoas lidam com a doença e de como esta é sentida e gerida pela sociedade; a importância do seu tratamento e da sua prevenção; os comportamentos de risco e fatores de proteção.

Enquanto estrutura do trabalho, optei por iniciar com uma abordagem à doença da depressão que, tal como venho a revelar, trata-se do maior fator de risco que leva ao suicídio. O peso que a depressão carrega em relação ao tema foi a justificação que levou ao seu destaque. Ao abordar a depressão, o próximo tópico foca-se em compreender a forma como os indivíduos expressam e refletem acerca do fenómeno do suicídio através das suas representações sociais (as noções que têm acerca do tema e as suas predisposições ao falar sobre o mesmo). Desta forma, neste ponto irei abordar a teoria das representações sociais; a construção do conceito de representação social e a sua ligação com o tema. O propósito irá ser aprofundado na última parte deste trabalho onde estão apresentados os dados obtidos na ACOLHE.

Após abordadas estas questões, o seguinte tópico passa pela compreensão do suicídio, desde o começo das ideações suicidas até ao ato fatal; a forma como o fenómeno é visto pela sociedade (questões religiosas e de género); a escolha pelos métodos e a sua eficácia na

concretização do suicídio (a relação que existe entre as faixas etárias e género); a prevenção do suicídio; os fatores de risco e de proteção do suicídio na terceira idade.

Por último, encontra-se a caracterização do local de estudo; as opções metodológicas, sobre as quais considerei serem as que mais se adequavam ao tema e ao propósito deste trabalho de investigação; os instrumentos que foram utilizados na recolha de dados; a análise dos dados recolhidos; a discussão dos dados; as propostas de intervenção; e por último, algumas considerações finais.

Palavras-chave: depressão; suicídio; terceira idade; fatores de risco; fatores de proteção; representações sociais; prevenção

Justificação do objeto de estudo

À medida que tentei delimitar o meu estudo para este projeto de investigação, fui tentando perceber as minhas intuições...

Tentei assim, ir ao encontro de um assunto do meu interesse pessoal, e ao mesmo tempo aproveitar a oportunidade de estudar um tema que ao longo do meu percurso académico não tivesse abordado.

Durante a licenciatura em Educação Social realizei trabalhos e estágios de âmbito curricular em que percorri um caminho bastante amplo e diversificado face a temas e populações e a terceira idade sempre foi uma faixa etária que me suscitou interesse e possíveis inclinações para uma etapa profissional futura. Penso que, nada melhor do que este momento, onde me encontro a frequentar o Mestrado em Intervenção Comunitária, para agarrar a oportunidade de abraçar esta faixa etária e conhecê-la mais aprofundadamente.

Várias são as temáticas que podemos explorar na terceira idade, assim como nas restantes faixas etárias. O suicídio é uma delas e uma das quais menos adquiri conhecimento e realmente refleti. O facto de me considerar tão desviada da realidade da população mais velha impulsionou esta minha escolha.

À medida que fui iniciando a minha pesquisa, tornei-me mais sensível ao tema e com isto foram surgindo inúmeras perguntas – o que se tornou a minha motivação para esta fase da minha vida. Gostaria de conseguir responder a todas, mas torna-se impossível. Como tal, decidi desenvolver um estudo mais focado e delimitado. No entanto, não será este trabalho o fim da minha pesquisa, considero-o apenas como o início de um conhecimento mais vasto.

Ao abordar a terceira idade deparamo-nos com o fenómeno do envelhecimento. Este fenómeno tem vindo a revelar-se num dos grandes desafios para a sociedade contemporânea devido ao rápido crescimento da população idosa, especialmente no ocidente, com o exemplo particular de Portugal, tal como se pôde verificar ao longo das últimas décadas. O envelhecimento gerou novas preocupações pelo facto do número de pessoas mais jovens não acompanhar o seu crescimento (Fernandes, 2000).

O envelhecimento trata-se de um processo revestido por complexidade e universalidade. Pode ser definido como um processo que ocorre durante toda a vida do ser humano, porém, manifesta-se com mais intensidade na terceira idade. No entanto, difere de indivíduo para indivíduo. Existem idosos que não chegam a atingir todas as suas características e/ou podem atingi-las em simultâneo (Fernandes, 2000).

Apesar de abranger todas as idades, na terceira idade a pessoa é quase “obrigada” a pensar na sua morte, sendo esta etapa a última do ser humano. Por esta razão, o peso e as

preocupações que as pessoas carregam na idade avançada, merecem um cuidado especial por parte de todos nós. Esta atenção deve-se ao facto da velhice ser também, para muitos idosos, um dos motivos que os levam a querer terminar com as suas vidas.

Nos dias de hoje, conforme estudos já realizados sobre o envelhecimento, as pessoas conseguem planear o seu envelhecimento através do aumento observável da esperança média de vida. Aos sessenta e cinco anos, no caso das mulheres, espera-se que vivam por pelo menos mais vinte anos e, no caso dos homens, mais quinze anos. Em contrapartida, ao conseguirem prever o seu envelhecimento, os indivíduos tornam-se mais cientes da probabilidade de adquirirem problemas de saúde intrínsecos ao próprio envelhecimento (Rue, 1997).

Como forma de ressaltar a ideia anterior, Rue (1997) destaca o pensamento geral das pessoas que se encontram no processo de envelhecimento como sendo mais avançado, na medida em que, por norma, mais anos de vida significam mais problemas causados pelo próprio envelhecimento.

Abaixo podemos encontrar os valores relativos à taxa de mortalidade por suicídio entre 100 000 habitantes do nosso país, obtidos entre o ano 2002 até ao ano 2017:

Tabela 1: Taxa de mortalidade por lesões auto provocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (Nº) por Local de Residência (Portugal), Sexo e Grupo etário; Anual

Sexo	Grupo etário	Período de referência dos dados															
		2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002
		Local de residência (NUTS - 2013)															
Portugal																	
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
HM	5 - 14 anos	0,1	0,2	0,3	0,2	0	0,1	0,2	0,2	...	...	...	...	...	0,3	0	...
	15 - 24 anos	3,8	2,5	3,2	3,2	2,2	3	2,1	3,2	4	2,8	2,9	...	...	3,2	3,6	4,3
	25 - 34 anos	5,2	5,4	5,2	6,7	6,2	4,8	5,5	5,4	5,5	5,7	5,3	4,1	6	8,7	7,9	8,9
	35 - 44 anos	8,9	7,5	9,2	10,9	7,8	9,1	8,7	9,2	7,1	8,2	7,2	7,7	8,3	10,6	10,5	10,7
	45 - 54 anos	13,6	13,1	12,8	14,3	12,5	12,2	12,4	12,2	12,3	11,5	11,6	9,1	8,9	12,1	12	14,2
	55 - 64 anos	13,2	11,5	13,6	15,9	13,6	13,6	14,6	13,4	12,9	12,3	12,6	10,8	11,8	16,1	17,2	15,7
	65 - 74 anos	15,1	13,8	16,8	16,9	18	16,6	15,5	17,3	15,7	19,9	18,8	16,8	17,8	24,1	19,1	21,7
	75 e mais anos	23,3	24,4	30,8	30,4	26	28,8	23,9	32,9	29,4	29,9	31,7	26,1	25,3	31,8	34,4	33,5
H	5 - 14 anos	0	0,2	0,2	0	0	0,2	0,4	0,2	...	...	0	...	...	...	0	...
	15 - 24 anos	5,9	3,4	5,3	5	3,5	4,5	2,6	4,2	6,6	4,3	4,1	...	...	...	5,6	...
	25 - 34 anos	7,9	9,1	8,3	10,4	9,5	8,4	9	7,2	8,9	9,2	8,4	7,3	10,2	14	12,1	14,4
	35 - 44 anos	14,2	12,7	14,1	18,4	13,7	15,8	13,3	14,9	11,3	13,3	10,5	11,8	12,6	16,5	17,1	18,1
	45 - 54 anos	19,8	21,6	19,8	21,2	19,8	20,9	20,1	18,9	19,4	18,1	17,7	13,8	13,9	19	19,7	21,2
	55 - 64 anos	20,9	18,6	23,9	24,6	22,3	23,4	23,9	21,2	22,3	19,6	18,8	17,2	17,6	24,4	25,8	25,3
	65 - 74 anos	23,4	22,3	27,4	27,7	28,7	26,6	26,8	28,4	25,5	31,1	30	27,6	29,7	41,3	33,2	38,8
	75 e mais anos	48,6	47,5	59,7	62,6	53,2	59,3	51,3	67,4	59,8	60,4	63,5	54,3	49	60,4	69,7	68,1
M	5 - 14 anos	0,2	0,2	0,4	0,4	0	0	0	0,2	0	0	...	0	0	...	0	...
	15 - 24 anos	1,7	1,7	0,9	1,5	0,9	1,4	1,6	2,1	1,4	1,2	1,6	0,6	0,5	...	1,5	...
	25 - 34 anos	2,6	1,8	2,1	3,1	3	1,3	2,1	3,5	2	2,1	2,2	0,9	1,7	3,4	3,7	3,4
	35 - 44 anos	4	2,6	4,6	3,9	2,2	2,7	4,4	3,5	3	3,2	4	3,7	4,1	5	4,1	3,6
	45 - 54 anos	8	5,3	6,3	8	5,7	4,1	5,1	5,8	5,6	5,1	5,8	4,5	4,2	5,6	4,8	7,6
	55 - 64 anos	6,4	5,3	4,3	8,1	5,8	4,7	6,3	6,4	4,5	5,8	7,1	5	6,6	8,8	9,6	7,2
	65 - 74 anos	8,4	6,7	8,2	8,2	9,3	8,5	6,5	8,2	7,7	10,8	9,7	8	8,2	10,1	7,7	8
	75 e mais anos	7,6	10,1	13	10,6	9,3	10,2	7,2	11,5	10,7	11	12	8,8	10,7	14,2	12,6	12,3

Legenda: ... = Dado confidencial; **H** = Homens; **M** = Mulheres; **HM** = Homens e Mulheres
Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2019)

Através destes dados temos a possibilidade de podê-los comparar em função das idades e do género¹. Segundo consta na tabela, relativamente à terceira idade, o número de pessoas que cometem suicídio – homens e/ou mulheres –, os dados variam consoante os anos, ou seja, pode-se verificar aumentos e decréscimos entre o período de referência. Independentemente do género, desde 2002 até 2017, o número aumenta sempre que a idade avança, à exceção de dois anos (2017 e 2016). No ano 2017, podemos verificar uma descida de valores nas mulheres, passando de 8 (entre os 45-54 anos) para 6,5 (entre os 55-64 anos). Também houve uma descida de valores nos homens, no ano 2016, passando de 21,6 para 18,6 (também entre os 45-54 e os 55-64 anos). De acordo com estes dados podemos concluir que a terceira idade apresenta os números mais elevados. Por último, os homens apresentam sempre números mais elevados comparativamente às mulheres, independentemente da idade e do período de referência dos dados.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde – OMS (2006, p.3):

Estima-se que aproximadamente um milhão de pessoas tenha cometido suicídio em 2000, colocando o suicídio entre as dez causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo. Dez a vinte milhões de pessoas terão tentado suicidar-se. Mas presume-se que os números reais sejam ainda mais elevados. Embora as taxas de suicídio variem de acordo com categorias demográficas, elas aumentaram aproximadamente 60% nos últimos 50 anos. A redução da perda de vidas devida a suicídios tornou-se um objetivo internacional essencial em saúde mental. Os conselheiros podem ter um papel chave na prevenção do suicídio.

Segundo a OMS (2006) o suicídio é a causa de muitas mortes que ocorrem anualmente. Como podemos retirar da citação anterior, é de facto importante o estudo do tema no sentido de melhor compreender os comportamentos de risco e possibilitar uma prevenção e/ou minimização deste problema que, apesar da irregularidade face aos seus avanços, tem vindo a gerar preocupações ao longo dos anos.

O suicídio é um tema sensível e complexo. Ao iniciar a minha pesquisa sobre o tema, pude verificar que na opinião de muitos estudiosos, o suicídio trata-se de um tema tabu. Foi questionado o porquê de não existir grande divulgação dos casos de suicídio que ocorrem em Portugal. Desta forma, cheguei à conclusão que é de extrema importância considerar os prós e os contras face à sua divulgação. Segundo Solomon (2016), a divulgação dos casos de suicídio repercute-se num aumento destes em determinados locais onde os casos foram relatados. Quase como se a informação fosse a decisão final das pessoas que já pensaram em cometer suicídio. Neste caso, é preciso um cuidado especial ao abordar o tema.

¹ As informações que obtive relativas à discrepância entre os valores, comparativamente aos dois fatores, encontram-se exploradas no corpo teórico deste trabalho.

I PARTE: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A depressão como experiência subjetiva e vivida no anonimato

A minha depressão crescera em mim tal como a trepadeira vencera o carvalho; era uma coisa que sugava, que se enrolava à minha volta, mais feia e mais viva do que eu. Tinha vida própria, e pouco a pouco asfixiou toda a vida que eu tinha em mim. Na fase mais grave da minha depressão, tinha modos que eu sabia não serem os meus modos: pertenciam à depressão, com tanta certeza quanto as folhas daquela árvore pertenciam à trepadeira. (Solomon, 2016, p. 19)

Andrew Solomon é o autor do livro “O Demónio da Depressão. Um atlas da doença”, publicado no ano de 2001. Solomon (2016) escreveu o seu livro com o principal objetivo de apelar à empatia e, para tal, traz-nos o seu contributo pessoal e de outras pessoas que optaram por recorrer ao anonimato de modo a preservar as suas identidades conseguindo, assim, expor mais abertamente as suas experiências. De uma forma em geral, o livro escrito por Solomon (2016) será o foco deste trabalho de investigação visto que, a depressão, revelou ser um dos principais desfechos de várias mortes e, como tal, merece uma especial atenção e curiosidade daqueles que, tal como eu, pretendem estudar o suicídio na terceira idade e de todas as pessoas que estejam a passar por esta experiência.

A escolha pelo livro de Andrew Solomon partiu do seu contributo pessoal, pelo facto de contar detalhadamente a sua história e nada melhor do que um testemunho real para uma melhor compreensão das mudanças que ocorrem no corpo e na mente das pessoas que sofrem de depressão² e, posteriormente, as pode levar a ideações suicidas e ao ato suicida. O testemunho do autor não nos permite colocar no papel do outro por mais que queiramos, pois trata-se de um quadro clínico bastante específico e só quem passou pela depressão sabe o quão pode ser doloroso. No entanto, permite-nos conhecer melhor a doença.

Solomon (2016) faz referência a dois estados da depressão, a menor (leve) e a maior (profunda). A depressão menor é algo mais gradual e permanente que, por vezes, acaba por desgastar as pessoas através de um sofrimento capaz de eliminar todas as emoções que possam estar a sentir, ou vir a sentir, perante um acontecimento das suas vidas. Segundo palavras de Solomon (2016, p. 16), “este tipo de depressão apodera-se fisicamente das pálpebras e dos músculos que mantêm a espinha dorsal ereta; fere o coração e os pulmões, tornando a contração dos músculos involuntários mais difícil do que seria necessário”. Por outro lado, a

² No anexo I encontram-se alguns excertos do livro de Solomon (2016). Neles englobam o contributo pessoal do autor e de outras pessoas (nomes fictícios) acerca das suas depressões.

depressão maior, também designada por «depressão nervosa», é a mais *assustadora*. Para além destes dois estados, existem dois modelos para medir a depressão. O primeiro modelo é o dimensional, ou seja, quando a depressão “se situa num *continuum* da tristeza e representa uma versão extrema de alguma coisa que todos já sentimos e experimentámos” (Solomon, 2016, p. 17). O segundo modelo é o categorial, no qual a doença da depressão é separada de outras emoções.

Salomon (2016) trata a depressão como um acontecimento da sua vida não descartando a sua existência mas sim, tratando-a como um episódio da sua vida no qual descobriu como é possível sermos nós próprios sendo outras pessoas.

Ao falar sobre a sua depressão, Solomon (2016) assume-a como sendo uma experiência dolorosa o suficiente para pensar em terminar com a sua vida porém, admite que não passaram de pensamentos e desejos, pois nunca teve coragem nem forças para o concretizar. Relata que atravessou uma depressão profunda ao ponto de não conseguir dar nem receber afeto, quase como se a tristeza e a dor que lhe infligiu não lhe permitisse sequer lembrar de como era ser feliz e amar alguém.

Solomon (2016 p. 19) tenta descrever a sua depressão através das seguintes palavras:

Cada segundo que estava vivo, magoava-me, porque aquela coisa tinha drenado de mim todo o fluido, eu não conseguia sequer chorar. E a minha boca estava seca. Pensei que quando nos sentimos miseráveis, as lágrimas brotam, mas a maior dor é a dor árida da violação total que vem depois de as lágrimas se esgotarem, a dor que oculta todos os espaços por intermédio dos quais estamos em contacto com o mundo, ou o mundo connosco. Isto é a presença de uma depressão profunda.

Baseado numa pesquisa em busca dos números acerca da depressão, o autor concluiu que estes representam um terço da população americana, ou seja, cerca de dezanove milhões de pessoas foram diagnosticadas com depressão crónica. Contudo, Solomon (2016) faz uma chamada de atenção ao facto de os números, por vezes, não corresponderem à realidade (apesar de acreditar que sejam reais). Cerca de 2,3 milhões de pessoas foram diagnosticadas com a perturbação maníaco-depressiva, “por vezes chamada doença bipolar, pois a predisposição das suas vítimas varia da mania à depressão” (Solomon, 2016, p. 27), sendo esta a principal causa de morte entre jovens do sexo feminino e a terceira no sexo masculino.

De um modo em geral, a depressão é considerada a doença mais incapacitante (em todo o mundo) entre as pessoas com mais de cinco anos de idade, à exceção das doenças de coração. Porém, se tivermos em consideração que a depressão esteve por detrás das doenças de alcoolismo e de coração, passa a ser a principal doença responsável pela morte de pessoas no mundo (Solomon, 2016).

Conforme a estatística em geral, Solomon (2016, p.28) acrescenta que

(...) quinze por cento das pessoas deprimidas acabarão por cometer suicídio; este número é equivalente ao das pessoas atingidas por depressão muito profunda. Estudos recentes, que incluem a depressão leve, mostram que dois a quatro por cento de depressivos morrerão às suas mãos como consequência direta da doença.

A questão que aqui se levanta é o facto de muitas das pessoas que se encontram com uma depressão profunda/leve, ou não estão a receber o tratamento adequado ou não o recebem de todo. Vários podem ser os motivos, tais como, aquelas pessoas que não procuram de todo ajuda e as que procuram ou não têm o tratamento adequado (psicoterapia muito vaga e dosagem inadequada durante um período de tempo inadequado), ou acabam por deixar de tomar a medicação por causa dos seus efeitos secundários (Solomon, 2016).

Um reparo importante de Solomon (2016) é o facto da depressão ser uma doença clínica que até há pouco tempo não o era, tendo em conta o seu impacto no séc. XXI, devendo ser alvo de reflexão para a sociedade. Indo ao encontro de respostas, Solomon (2016, p.35) considera que “o ritmo de vida, o seu caos tecnológico, a alienação social, a destruição das estruturas familiares tradicionais, a solidão que, é endémica, o fracasso dos nossos sistemas de crença” (...) tem tido efeitos catastróficos” no que diz respeito à depressão na modernidade.

Citando o próprio Solomon (2016, p. 36):

Temos de contrabalançar o tratamento da doença com a alteração das circunstâncias que a causam. Haverá uma preocupação tão grande com a prevenção como com a cura. Neste novo milénio, salvaremos, assim espero, as florestas tropicais desta Terra, a camada do ozono, rios e correntes, oceanos; e salvaremos também, assim espero, a mente e o coração das pessoas que nela vivem. Então, diminuiremos a escalada de medo dos demónios do meio-dia – a nossa ansiedade e a nossa depressão.

Torna-se fulcral compreender a depressão e como esta é desencadeada, pois varia consoante as faixas etárias e cada uma tem as suas particularidades. Passa a ser então necessário estarmos conscientes que a depressão pode ser fatal, levando muitas pessoas a cometer suicídio. Uma simples queixa não pode ser desvalorizada, queixas essas que Solomon (2016) refere como sendo comuns a muitos pensamentos – “manifestações da classe média” –, o que não é verdade.

A depressão, tal como outras doenças, é definida por alguns fatores que acabam por estar relacionados com o isolamento. Solomon (2016) refere-se às dificuldades que começam a surgir no sono, no apetite e na energia das pessoas, como para além das suas perdas de autoestima e de autoconfiança. Apesar da depressão mais comum, ou seja, aquela que não teve influência genética, ser mais facilmente tratada do que a perturbação maníaco-depressiva (bipolaridade), não é tão fácil de controlar, pois os próprios antidepressivos podem levar pessoas a um estado maníaco “avassalado por sentimentos negativos mas que ao mesmo tempo dão grande segurança” (Solomon, 2016, p. 55). Existem demasiadas complexidades na própria doença que podemos encontrar, como nas duas perturbações que existem dentro da maníaco-

depressiva – a debilitante e a atípica/agitada – sendo que na primeira a pessoa não sente prazer em nada/em não fazer nada e na seguinte, uma vontade incontestável de acabar com a própria vida. A depressão maníaca “é a principal condição para o suicídio, e pode também ser induzido por medicamentos antidepressivos sem os estabilizadores de humor” (Solomon, 2016, p. 55).

De acordo com Solomon (2016, p. 64) dentro de um episódio depressivo dão-se várias alterações,

alterações nas funções neurotransmissoras, alterações nas funções sinápticas, aumento ou redução de excitabilidade dos nerónios, alterações da expressão genética, hipometabolismo no córtex frontal (geralmente) ou hipermetabolismo na mesma área, níveis mais elevados de libertação da hormona da tiroide, tireoestimulina (HET), disfuncionamento da função da amígdala e possivelmente do hipotálamo (áreas do cérebro), alteração dos níveis de melatonina (hormona que a glândula pineal forma a partir da serotonina), incremento da secreção de prolactina (o que pode provocar ataques de pânico a pessoas propensas à ansiedade), baixa da temperatura corporal média num período de 24 horas, distorção da secreção média de cortisol num período de 24 horas, disfuncionamento do circuito que liga o tálamo, os gânglios basais e lobos frontais (também centros localizados no cérebro), aumento do fluxo sanguíneo no lobo frontal do hemisfério dominante, decréscimo do fluxo sanguíneo no lobo occipital (que controla a visão), diminuição das secreções gástricas

Por norma, quanto maior for a frequência de episódios depressivos, maior será a sua intensidade e repetição. Na medida em que a pessoa tenha ou não uma predisposição genética para o risco de depressão é importante, antes de surgirem novos episódios, identificar a “chave” que desencadeou esse estado (quando o episódio é mais grave), possibilitando uma prevenção a longo prazo na tentativa de, pelo menos, acalmar a ocorrência de novos episódios. Apesar de um acontecimento de vida (trágico ou não) poder desencadear episódios depressivos, quando estes se repetem várias vezes, atuar sobre o acontecimento inicial pode já não ser o mais indicado a fazer, pois os episódios podem já não estar associados a essa primeira causa. Esta fase é bastante importante porque, tal como noutras doenças, como é o exemplo do cancro, o seu tratamento é mais eficaz quando realizado precocemente (Solomon, 2016). Tal como revela o provérbio português, “é preciso cortar o mal pela raiz”.

Considerando a experiência de Solomon (2016) no tratamento da depressão, este revela ter tido dificuldades em encontrar medicação que se adequasse ao seu corpo. O que para uns é o ideal e não provoca quaisquer efeitos secundários, para outros acontece precisamente o contrário. Os primeiros efeitos dos antidepressivos só aparecem ao fim de uma semana e, só após seis meses é que se torna possível obter os resultados esperados. É fundamental que a pessoa perceba que o caminho para o seu bem-estar pode ser longo e que os efeitos da medicação não são sentidos de imediato, e da mesma forma, por todas as pessoas. O que acontece, muitas vezes, é o abandono da medicação por parte dos pacientes, por não sentirem os seus benefícios imediatos. É importante explicar que antes de existir uma melhoria com os tratamentos, a pessoa poderá sentir-se ainda pior, como é o caso daqueles que não respondem

bem à primeira medicação. Nestes casos, poderão haver intervalos que levam a “um ciclo terrível: os sintomas de depressão causam depressão. A solidão causa depressão, mas a depressão também causa solidão” (Solomon, 2016, p. 70).

A depressão pode conter sintomas de ansiedade. As pessoas que sofrem de perturbações de ansiedade são mais suscetíveis a adquirir uma depressão profunda nos próximos cinco anos. A depressão como consequência da ansiedade revelou ser mais propensa ao suicídio e também, a mais difícil de recuperar (Solomon, 2016).

No caso do autor, tal como pode acontecer com outros pacientes, decidiu a certa altura deixar de tomar a medicação, apesar das chamadas de atenção do seu médico de que deveria deixá-la gradualmente – mesmo assim, Solomon (2016) decidiu deixá-la por completo. As consequências dessa tentativa revelaram-se desastrosas. Apesar de ter-se sentido novamente na sua pele durante uns tempos, começaram a surgir pensamentos suicidas. Estes pensamentos levaram o autor a adotar comportamentos de risco. Embora Solomon (2016) pensasse em cometer suicídio, nunca se sentiu tentado a fazê-lo de forma direta (ex.: usar uma arma de fogo, enforcamento, etc.). Em contrapartida, chegou a procurar pessoas aleatórias em ambientes que julgava serem propícios à transmissão de SIDA (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) – “Não era a minha intenção morrer lentamente com sida; a minha intenção era matar-me, utilizando a sida como pretexto” (Solomon, 2016, p. 83).

Os comportamentos de risco de Solomon (2016) levaram-no a sentir-se novamente com vontade de viver, após todo o sentimento de culpa e medo pelo qual passou quando finalmente percebe que não conseguiu o que esperava – contrair SIDA. A partir deste momento optou por retomar a sua medicação e, durante bastante tempo, não teve sinais da depressão. Apesar de sentir-se novamente bem, fez com que as pessoas à sua volta não compreendessem, começando a insistirem com que Solomon (2016) deixasse de tomar a medicação. A falta de conhecimento das pessoas acerca do tratamento da depressão e da importância da sua continuidade poderá se tornar num entrave para os doentes e, por isso, torna-se fundamental que a sociedade em geral perceba a importância de que os medicamentos mantêm os níveis estáveis e normais das pessoas com depressão (Solomon, 2016).

Solomon (2016) faz uma alusão ao tratamento e à importância das pessoas com depressão serem acompanhadas e medicadas corretamente. Este último aspeto é fundamental pois, segundo o autor, muitos casos de pessoas que cometeram suicídio deveu-se ao facto de não terem sido avaliadas e acompanhadas por médicos especializados, por vários fatores que possam ter influenciado (ex.: nos casos em que não existe suporte social nem familiar, a pessoa acaba por não procurar ajuda; quando a pessoa vive constantemente episódios difíceis ao longo da sua vida, levando a pessoa a não questionar-se sobre o porquê de se sentir triste – bastante

comum no contexto de pobreza, etc.). Como tal, a sociedade deve tornar-se sensível ao tema do suicídio pelo facto de poder vir a influenciar a decisão final de uma pessoa com ideias suicidas (um familiar, um vizinho, entre outros). A partir do momento em que existem desconfianças e preocupações que levem a suspeitas de que a pessoa não esteja bem, é importante encaminhar o caso aos sistemas de saúde. Para além deste passo, o seguinte passa pelos próprios realizarem uma avaliação do paciente que, segundo o autor, por vezes não é possível diagnosticar o problema visto tratar-se de uma doença complexa, tal como o seu diagnóstico (Solomon, 2016).

De acordo com Solomon (2016, pp. 21-22):

A única forma de descobrir se estamos deprimidos é ouvirmo-nos e observarmos a nós próprios, para sentirmos os nossos sentimentos e depois analisá-los. Se a maior parte do tempo nos sentirmos mal sem razão, estamos também deprimidos. Se nos sentirmos mal a maior parte do tempo, com razão, estamos também deprimidos, no entanto, alterar os motivos poderá ser uma melhor forma de atuar do que não considerar as circunstâncias e tratar a depressão.

Salomon (2016) demonstra a importância das pessoas analisarem os seus sentimentos e os motivos pelos quais se sentem deprimidas para assim facilitar os seus diagnósticos e poderem ser analisados corretamente. O autor critica a forma como o diagnóstico é discutido por alguns autores. Dá-nos o exemplo do *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, quarta edição (DSM-IV), onde é referido que o diagnóstico da depressão é realizado a partir de um conjunto de sintomas, ou seja, quando a pessoa apresenta cinco sintomas numa escala representada por nove, significa que a pessoa tem uma depressão. Segundo Solomon (2016) esta avaliação não deve ser seguida à risca pois acredita que a pessoa pode apresentar apenas um sintoma e esse pode bastar para levá-la a um grande sofrimento (depressão profunda), ao invés de alguém que apresente seis ou cinco sintomas, sendo estes leves, e a pessoa conseguir geri-los, não sendo uma depressão profunda, no caso do exemplo anterior.

Tendo em conta Solomon (2016, p.117) existem duas modalidades de tratamento para a depressão, a psicoterapia “que passa pela palavra” e a intervenção física “que inclui o tratamento farmacológico e o tratamento por eletrochoques ou terapia electroconvulsiva (TEC)”. Apesar de ser difícil conciliar os dois tratamentos, Solomon (2016) considera ser fundamental. Tanto a administração de medicamentos como a terapia podem ser complementares ou então realizados separadamente, consoante o ponto de situação que se encontra o paciente. Existe, porém, casos em que a medicação é posta em primeiro plano, não dando oportunidade à psicoterapia obter os seus resultados, o que poderia ter poupado algumas pessoas de enfrentar os efeitos secundários da própria medicação e tornarem-se dependentes dela. A ideia que Solomon (2016) tenta transmitir não é de todo beneficiar a psicoterapia, mas sim o cuidado que deve existir na administração dos medicamentos,

nomeadamente, na importância que a psicoterapia assume durante o processo de tratamento, independentemente da pessoa tomar ou não medicação. Face à psicoterapia, o autor destaca que por vezes as pessoas não entendem o seu objetivo e de como os pacientes podem retirar dela proveito e satisfação, portanto não basta o médico descobrir o porquê (a causa) da pessoa estar deprimida para a depressão ser tratada. De acordo com Solomon (2016, p. 119) o objetivo deste tipo de terapias psicodinâmicas não limita só o conhecimento, também “ensinam estratégias para tirar partido desse conhecimento para melhoria do paciente” e “um bom terapeuta pode ajudar uma pessoa deprimida a estabelecer ligações com as pessoas que a rodeiam e a criar estruturas de apoio que atenuem a gravidade da depressão”.

Tendo em consideração o que foi referido anteriormente, Solomon (2016) afirma a existência de dois tipos de terapia que obtiveram melhores resultados no tratamento da depressão – a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia interpessoal (TIP). A primeira está associada às relações emocionais e mentais acerca dos acontecimentos externos, no presente e na infância do indivíduo, considerada como uma terapia psicodinâmica focada em objetivos concretos. Aaron Beck, citado por Solomon (2016, p. 124) acredita que “a depressão é consequência de uma lógica falsa e que corrigido o raciocínio negativo se pode alcançar uma melhor saúde mental”. A diferença entre esta terapia e a cognitivo-comportamental, é o facto de esta última se focar na objetividade, ou seja, o médico procura em conjunto com o paciente uma espécie de lista com os marcos históricos da sua vida, partindo do princípio que possam ser encontradas as dificuldades que o levaram à sua situação atual. Este método permite ao terapeuta identificar “padrões característicos de reação excessiva” (Solomon, 2016, p. 125). O objetivo deste processo é que o paciente (quando identificados esses padrões) consiga alterar a sua cognição, dando novos sentidos às situações que antes reagia impulsivamente (ex.: no caso de alguém que se sinta rejeitado pelo seu cônjuge estar sempre a trabalhar, ao invés de se sentir rejeitado pelo seu par, tentar perceber as preocupações profissionais que o levam a estar ausente).

Paralelamente à ideia anterior, a relação entre o paciente e terapeuta é fulcral para uma terapia bem-sucedida. Solomon (2016, p. 129) revela que, segundo um estudo realizado em 1979,

os investigadores demonstraram que qualquer forma de terapia pode ser eficaz se forem seguidos alguns critérios: tanto a terapia como o paciente devem estar de boa-fé; o paciente tem de acreditar que o terapeuta domina a técnica; o paciente deve gostar do terapeuta e respeitá-lo; o terapeuta deve ser capaz de estabelecer relações de compreensão. Os experimentadores escolhem professores de inglês com esta qualidade de compreensão humana e chegaram à conclusão de que, em média, esses professores eram capazes de ajudar os seus pacientes tanto quanto os terapeutas profissionais.

Tanto a medicação como a terapia são o melhor tratamento para a depressão. Porém, para alguns, a fé é um elemento fundamental para ultrapassar a depressão. A crença religiosa é considerada por Solomon (2016, p. 152) um meio que ajuda as pessoas a lidar com as suas depressões, pois ao contrário da ciência, a fé “fornece respostas para perguntas sem resposta”. Apesar de, por vezes, a fé das pessoas venha a diminuir os episódios mais graves das suas depressões, permite-lhes atravessar fases da depressão ao considerarem o sofrimento como algo louvável. Citando o próprio autor “a fé é um dom inestimável. Proporciona-nos muitas das vantagens da intimidade sem estar dependente de caprichos de uma pessoa (...) a esperança é uma profilática e a fé, na sua essência, dá esperança”.

Todas estas questões ligadas ao tratamento da depressão são uma pequena parcela do combate e da conquista do bem-estar das pessoas que lidam com ela diariamente. Uns podem conseguir ultrapassá-la com a fé, outros com a medicação, outros com a terapia. Porém, não existe um tratamento adequado para todos, existem pessoas que não reagem da mesma forma à medicação; que a terapia não está a obter os resultados que o terapeuta e o próprio paciente desejavam; outros que sim. Ao refletir sobre estas questões Solomon (2016, p. 157) concorda com a predisposição das pessoas à resiliência, porque nem todas as pessoas conseguem essa resiliência e, por esta razão, ultrapassar uma depressão pode vir a ser uma tarefa mais difícil para essas pessoas: “a resiliência é um dom frequente, mas não universal, e nenhum segredo, neste livro ou em qualquer outro lugar, pode ajudar os mais desafortunados”.

Quando se está com uma depressão o nosso apetite muda e o esforço em dar uma caminhada, outrora pequeno, passa a ser maior. Adotar uma alimentação saudável e praticar exercício físico podem contribuir para a melhoria do tratamento da depressão. Apesar das pessoas com depressão sentirem-se sem energia para a realização de atividades físicas, na verdade, quando optam por fazê-las, sentem-se muito melhor. Este é um dos contributos que Solomon (2016) retira das suas experiências, porque também sentiu essa falta de vontade e de energia para o exercício físico. Ter uma alimentação saudável e praticar exercício físico são ferramentas fundamentais para a prevenção e tratamento da depressão (Solomon, 2016).

Solomon (2016) dá o seu parecer acerca dos grupos de apoio que existem para pessoas com depressão pois, tendo em conta a sua experiência, falar sobre depressão não é de todo fácil por mais que seja com amigos e/ou familiares próximos. Em contrapartida, existe quem os frequenta, mesmo Solomon (2016) acabou por frequentá-los enquanto escrevia o seu livro, digamos que por curiosidade enquanto investigador.

O ser humano distingue-se de diversas formas, tal como foi referido em vários pontos deste tema. Uns acabam numa depressão profunda após um acontecimento grave nas suas vidas, outros por um conjunto de acontecimentos; uns têm um elevado nível de resiliência,

outros nem tão pouco; uns acabam por alcançar a fé, outros perdem-na; Isto para dizer que “não há pessoas que tenham uma depressão semelhante” e, por isso, é importante perceber que “as depressões fazem parte de um contexto e devem ser interpretadas dentro do contexto em que ocorrem” (Solomon, 2016, p. 203).

O autor faz referência a dois grupos mais propensos à depressão: os homossexuais e pessoas que sofrem de racismo. Os homossexuais pertencem ao grupo mais afetado pela depressão. A discriminação é um ponto em comum entre ambas. A depressão pode ser desencadeada por vários fatores, como já referidos, e a discriminação é de facto prejudicial para a saúde mental das pessoas (Solomon, 2016).

De acordo com Solomon (2016, p. 269),

Beber não é uma coisa simples: tem motivações e efeitos diversos em pessoas que vivem nos lugares mais díspares. O aumento das taxas sobre as bebidas alcoólicas nos países escandinavos terá a intenção de travar a taxa de suicídios. Li muitos estudos que dizem que ser alcoólico é depressivo, mas eu não acredito que os alcoólicos sejam deprimidos. A relação entre depressão e álcool é uma questão de temperamento e contexto, que são fatores muitíssimo invariáveis. É inegável que bebo mais quando estou ansioso – em geral, interações sociais que provocam ansiedade ou quando sou atingido por uma ansiedade depressiva – e verifiquei que confio preocupantemente no álcool em tempos difíceis. A minha tolerância em altos e baixos, e as minhas reações são inconsistentes; já consumi álcool e sentia a tensão abrandar, mas também já me aconteceu ter instintos suicidas, agitação, fraqueza, medo. Sei que não devia beber quando me sinto deprimido, e se ficar em casa, não bebo; mas numa situação social é difícil dizer não, e mais difícil ainda é traçar a linha entre o alívio da insatisfação e a desesperança. Geralmente, engano-me.

O consumo de drogas e de álcool também pode levar a um quadro clínico de depressão e vice-versa. Pessoas que consomem enquanto estão deprimidas com o intuito de escaparem desses sentimentos podem tornar-se mais facilmente dependentes do consumo. Paralelamente ao que foi referenciado, “a depressão pode ser causa de abuso de consumo de drogas; a depressão pode resultar do abuso de drogas; a depressão pode coexistir com abuso de drogas sem o afetar; a depressão e o abuso de drogas podem ser dois sintomas de um único problema” (Solomon, 2016, p. 260).

2. O suicídio: um desfecho silenciado/silencioso

O suicídio não é o culminar de uma vida difícil; advém de uma localização ocultada para além da mente e da consciência. (Solomon, 2016, p. 288)

Após abordar a depressão e perceber que esta pode ter influência em muitos casos de suicídio, é outrora importante fazer uma distinção. A depressão não leva, por norma, ao suicídio, ou seja, existem pessoas que cometeram suicídio sem estarem deprimidas. Partindo deste

pressuposto, o suicídio e a depressão “são entidades separadas que coexistem com frequência, com influências mútuas” (Solomon, 2016, p. 287).

O suicídio é apresentado por diversos fatores no que diz respeito às questões que levam à sua prática. Solomon (2016) ilustra a ideia anterior com o facto do suicídio ocorrer ao longo de episódios pouco graves, não estando obrigatoriamente relacionado com a tragédia ou a momentos de declínio do quotidiano dos indivíduos. Existem pessoas que passam por várias dificuldades ao longo das suas vidas e, apesar das mesmas, continuam com vontade de viver.

“Ato de coragem” ou “ato de cobardia”? Em primeiro lugar, estas questões são alvo de um grande envolvimento, no qual o preconceito ganha destaque no entendimento crítico acerca do suicídio. Tentar entender o conceito no seu todo, revelou ser uma tarefa bastante difícil pois, e reforçando a ideia anterior, a possibilidade de depararmo-nos com uma atitude preconceituosa e pouco sustentável é recorrente. Para Bastos (2006) o preconceito é o fator que mais é prejudicial no estudo do suicídio, quer no ponto de vista terapêutico, preventivo e teórico e, por isso, há que ter cuidado com a forma como este é abordado.

Émile Durkheim, sociólogo de origem francesa, foi um dos grandes estudiosos do suicídio. O autor escreveu “*Le suicide*”, publicado em 1897, através do qual aborda o suicídio como um fenómeno social, não estando unicamente associado ao indivíduo.

Tal como Solomon (2016), Émile Durkheim (1897) concorda com o facto de não existirem causas concretas para o suicídio. Segundo o autor, o que leva uma pessoa a cometer suicídio não é obrigatoriamente o que leva outra pessoa a fazê-lo. Com base em Durkheim (1897) o suicídio não é avaliado de forma isolada, mas sim como um fenómeno bastante complexo e indefinido em relação às suas causas. O exemplo que surge para o autor, é o facto de pessoas cometerem suicídio por viverem na pobreza e outras por abundância de riquezas: “há homens que resistem a infelicidades terríveis, ao passo que outros se suicidam após leves aborrecimentos” (Durkheim, *O Suicídio*, 2000, p. 382). Um motivo não se trata de uma norma que dita o ato do suicídio e, por isso, não podemos definir uma causa concreta. Esta é uma das razões pelas quais o suicídio é tão debatido e estudado pelas ciências sociais.

Sampaio (1991), um importante psiquiatra e escritor, estudou o suicídio na adolescência (faixa etária em que se focou profissionalmente), onde aborda a forma como o suicídio é gerido pela sociedade, nomeadamente, como as suas conceções têm vindo a sofrer alterações no decorrer dos anos. Segundo o autor, não existe nenhuma sociedade ou cultura onde não existam casos de suicídio embora possam ser geridos de diferentes formas – de acordo com os ideais e simbologias relativamente à morte. Ao longo da sua abordagem o autor dá como exemplo a religião católica ao identificar que, a partir do século XIII, o suicídio passou a ser visto como um pecado, na perspectiva de que apenas Deus tem o direito de tirar e dar vida. Segundo a religião

cristã, no caso daqueles que cometessem suicídio, não lhes era atribuído o direito a um enterro digno e, no caso daqueles que apenas tentassem, chegavam a ser perseguidos e criticados pela sociedade (Sampaio, 1991).

Até agora percebemos que as concepções acerca do suicídio têm vindo a alterar-se com o passar do tempo e, como tal, começaram a surgir estudos relacionados com as questões de gênero.

Segundo Meneghel, *et al.* (2012) as tentativas de suicídio nos países ocidentais são, na maioria dos casos, realizadas por mulheres. Por outro lado, são os homens os que mais concretizam o suicídio. Como justificação para este reparo, os autores acreditam que existe uma ligação em relação aos métodos utilizados pelos homens, sendo estes mais fatais, comparativamente aos métodos utilizados pelas mulheres.

Apenas a China e a Índia apresentam um número mais elevado de óbitos do sexo feminino e, na Ásia, o suicídio é consumado de forma equilibrada entre homens e mulheres (Meneghel, *et al.*, 2012). Completando a ideia anterior, Meneghel, *et al.* (2012, p. 1984) afirma que,

em países onde as taxas de suicídio feminino são baixas, o agravo é percebido como um comportamento masculino, atribuindo-se para sua execução um grau de energia e coragem somente encontrado nos homens, enquanto as tentativas são consideradas femininas e as mulheres vistas como incapazes de efetivar o ato. Em países com altas taxas de suicídio feminino a explicação é inversa e o ato é considerado um sinal de fraqueza e passividade próprio das mulheres.

Existe alguma discordância no estudo do suicídio relativamente às questões de gênero. No caso das mulheres existem estudos que concluíram que a grande maioria são mulheres casadas, enquanto outros, são maioritariamente mulheres separadas e/ou recém-separadas e viúvas. Porém, Meneghel, *et al.* (2012) acreditam que há uma maior probabilidade de suicídio em mulheres que estejam sozinhas e jovens casadas (sobretudo quando o casamento ocorre numa idade precoce, no qual não tenha existido autonomia na escolha do companheiro). Principalmente, os autores afirmam haver maior probabilidade de suicídio nas mulheres devido às desigualdades de gênero.

Solomon (2016, p. 289) refere que existem quatro grupos no suicídio. No primeiro, encontram-se as pessoas que o cometem sem pensar nas consequências, sendo consideradas “mais impulsivas e as que são mais atreitas a cometer suicídio por um motivo externo específico; os seus suicídios tendem a ser súbitos”. No segundo, estão as pessoas que cometem suicídio com uma ambição, considerando esta forma de morte, digamos, a mais fácil de ser concretizada. Como realça Solomon (2016), “essas pessoas não pretendem tanto fugir da vida como correr em direção à morte, não pretendendo um fim da existência mas a presença da sua obliteração”. O terceiro grupo engloba aquelas pessoas cujos objetivos são baseados num pensamento errado,

partindo do pressuposto que as suas mortes são o único caminho para fugir aos problemas. Os elementos deste grupo “consideram as opções e planeiam o suicídio, escrevem notas e são muito pragmáticos, como se estivessem a planear uma viagem ao espaço”, acreditam que com a morte irão melhorar as suas condições e que irão poupar o sofrimento das pessoas mais próximas (acontece precisamente o contrário). No quarto grupo, são as que cometem suicídio por razões mais claras, “devido à sua doença física, instabilidade mental ou uma alteração das circunstâncias da vida – não querem passar pelo sofrimento da vida e creem que os prazeres que possam vir a ter no futuro não valem o sofrimento atual”.

Parece desconfortante pensar que a melhor forma de prever o suicídio surge após uma primeira tentativa, no entanto, Solomon (2016, p. 297) afirma que apesar de se ter essa consciência “parece que ninguém faz uso desse dado”. Apesar dos médicos terem conhecimento desta realidade, tratam uma pessoa que já realizou tentativas de suicídio da mesma forma que aquelas que ainda não apresentem o mesmo historial (Solomon, 2016).

De acordo com as estatísticas relativas às taxas de suicídio normalmente não apresentam os dados reais. Fatores como a religião e sentimentos como a vergonha (por parte dos familiares), muitos casos de suicídio acabam por serem abafados. Com base nestas questões, Solomon (2016) reflete sobre a forma como a mente de muitas pessoas funciona em torno do suicídio, tendo em conta as razões que levam algumas pessoas a concretizarem-no. O facto de alguém se suicidar por questões de saúde (um cancro em fase terminal por exemplo), os seus efeitos poderão ser tolerados pela sociedade, no entanto, se a causa da autodestruição da pessoa for uma overdose de drogas, o motivo já não é suficiente para o justificar. Consoante estes exemplos, como poderiam ser outros, podemos concluir que os pensamentos da sociedade em torno do mesmo tema podem variar tendo em conta as motivações das pessoas. Isto para deixar claro que a taxa de suicídio pode abranger números mais elevados, tornando-se realmente assustador se começarmos a pensar neles (Solomon, 2016).

Não nos podemos esquecer que, em muitos casos de pessoas que cometeram suicídio, não existiram sinais evidentes da ideação suicida porque, muitas delas, planeiam as suas mortes muito calmamente, enquanto continuam a realizar as suas atividades quotidianas normalmente. Nestes casos o “sobrevivente” (termo utilizado por vários autores ao referirem-se às pessoas em luto) culpa-se por não reparar nos sinais, gerando no sujeito um conflito interior dando espaço à existência de dúvidas, no sentido em que, se se tivesse apercebido das intenções autodestrutivas, a pessoa ainda podia estar viva (Fukumitsu & Kovács, 2016). Por esta razão, o suicídio é também um ato silencioso que, infelizmente, a possibilidade de intervenção não chega a estar ao alcance de nenhum de nós.

3. As representações sociais e o suicídio

A Teoria das Representações Sociais (TRS) é uma teoria científica que, historicamente, abrange muitas das áreas das ciências humanas, como a história, antropologia e sociologia (Jodelet, 2001). O primeiro estudo conduzido com base na perspectiva da TRS foi realizado por Moscovici (1961, citado por Jodelet, 2001), na década de 50, no qual procurou descrever conhecimentos partilhados pela sociedade francesa acerca da prática da psicanálise, dando origem à publicação *La Psychanalyse: Son Image at Son Public*.

No entanto, antes de abordar mais aprofundadamente a TRS, importa referir o conceito-chave que esteve na base da sua origem: a representação social. Surgindo no campo da Sociologia, o conceito de representação social provém dos estudos de Durkheim (1972), que propôs um conjunto sistemático de elementos que tentam explicar uma multiplicidade de fenômenos sociais. De acordo com o autor, as representações sociais estão associadas aos pensamentos e crenças comuns da maioria dos membros de uma sociedade. Nesta linha, Durkheim acredita numa consciência individual que é sempre dominada por uma consciência coletiva, partindo do princípio de que “o indivíduo nasce da sociedade e não o contrário, ou seja, o indivíduo perde-se no todo social” (Albergaria, Santarém, & Caio, 2014, p. 31).

Nesta linha de pensamento, surgem outros autores que procuraram aprofundar o conceito de representação social, como é o caso de Weber que acreditava que as concepções que os indivíduos têm acerca do mundo são influenciadas não só pelo meio social, mas também pelas atitudes individuais. De acordo com Albergaria, Santarém e Caio (2014, p. 32) “O contributo de Weber centra-se, portanto, na defesa de que as sociedades são constituídas por homens e, por isso, a prioridade não se deve atribuir à sociedade concreta, mas sim aos homens que a constituem”.

Ainda segundo Jodelet (2001, p. 21):

(...) as representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e em ação na vida social. Em sua riqueza como fenômeno, descobrimos diversos elementos (alguns, às vezes, estudados de modo isolado): informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, etc. Contudo estes elementos são organizados sempre sob a aparência de uma saber que diz algo sobre o estado da realidade.

Jodelet (2001) aproxima o conceito de representação social ao saber do senso comum e distingue-o, por isso, do conhecimento científico. Todavia, a autora não descarta a importância do conhecimento do senso comum, pois acredita que este é tão legítimo como o conhecimento científico, no sentido em que possibilita um estudo mais profundo dos processos cognitivos e das interações sociais. De acordo com a autora, as representações sociais “intervêm em processos variados, tais como a difusão e a assimilação dos conhecimentos, o desenvolvimento

individual e coletivo, a definição das identidades pessoais e sociais, a expressão dos grupos e as transformações sociais” (Jodelet, 2001, p. 22).

Com base na TRS, uma representação corresponde à “construção coletiva em que as estruturas de conhecimento do grupo recriam o objeto com base em representações já existentes, substituindo-o” (Moscovici, 1961, citado por Jodelet, 2001, p. 22). Moscovici (2009) defende que as representações não são apenas elementos mediadores entre características ambientais e comportamentos, mas sim a realidade que se apresenta aos atores sociais. Desta forma, as representações sociais determinam a natureza das características do ambiente relativamente às ações a serem realizadas (Moscovici, 2009). Para o autor, a representação social diz respeito à forma como os indivíduos pensam e interpretam o seu quotidiano, ou seja, constitui-se como um conjunto de imagens e é dotada de um sistema de referência que lhes permitem interpretar e dar sentido à sua vida.

Alicerçada neste conceito, surge então a TRS que, de um modo geral, é uma teoria sobre a construção dos saberes sociais, que assenta na premissa de que existem diferentes formas de conhecimento e de comunicação. Estas formas de conhecimento e comunicação são geralmente guiadas por objetivos diferentes, dando origem a dois universos distintos: o universo consensual e o universo científico (Jovchelovitch, 2001).

O universo consensual diz respeito às teorias do senso comum, isto é, onde se encontram as práticas do quotidiano, a conversação informal e onde se dá a produção de representações sociais (Oliveira & Werba, 2013). Neste universo, a sociedade é vista como um grupo de pessoas em pé de igualdade, cada uma com possibilidades de falar do grupo, o que, de acordo com Moscovici (1981, citado por Braga e Cirino, 2015) estima e dá forma à nossa consciência coletiva. Por outro lado, o universo científico é um mundo restrito, onde se encontram as ciências, a objetividade e as teorias abstratas. Neste caso, a sociedade é compreendida como um sistema de diferentes classes, na qual os membros são desiguais. Assim, embora estes dois universos assentem em propósitos diferentes, ambos demonstram eficazes e indispensáveis à vida humana (Oliveira & Werba, 2001).

Importa referir ainda que, segundo a TRS, a elaboração e funcionamento de uma representação podem ser compreendidos através de dois processos: objetivação e ancoragem (Jodelete, 2001).

Relativamente à objetivação esta consiste num processo pelo qual o indivíduo reabsorve um excesso de significações, materializando-as, ou seja, representa o processo através do qual se dá a construção formal de um conhecimento pelo indivíduo (Jodelet, 2001). Assim, de um modo geral, a objetivação diz respeito à forma como se organizam os elementos constituintes da representação e ao percurso através do qual esses elementos adquirem materialidade. Trata-

se do processo que transforma o abstrato em concreto. Segundo Moscovici (2009), na objetivação as ideias abstratas transformam-se em imagens concretas, através do reagrupamento de ideias e imagens focadas no mesmo assunto. Desta forma, os conceitos, outrora abstratos, passam a ser uma realidade adquirida dentro do grupo social.

Por outro lado, a ancoragem prende-se com a assimilação das imagens criadas pela objetivação, sendo que estas novas imagens se juntam às anteriores, nascendo assim novos conceitos. Moscovici (2009, p. 61) define ancoragem como “um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, no nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser adequada”. De um modo em geral, o autor enfatiza a ideia anterior ao associar os nomes e as classificações que o indivíduo atribui a determinado objeto e/ou ideia como uma forma de ancoragem. O facto de não existir um nome concreto para classificar um objeto/ideia e/ou pessoa, permite ao indivíduo fazer associações de nomes já existentes para classificar algo, como quando se diz que alguém é “inibido” (exemplo dado por Moscovici (2009) –, ao fazê-lo estamos a atribuir um nome que nos é familiar como forma de representação acerca de alguém.

De acordo com Moscovici (2009, p. 66) e, como forma de concluir a ideia anterior,

(...) é impossível classificar sem, ao mesmo tempo, dar nomes. Na verdade essas são duas atividades distintas. Em nossa sociedade, nomear, colocar um nome em alguma coisa ou em alguém, possui um significado muito especial, quase solene. Ao nomear algo, nós o libertamos de um anonimato perturbador, para dotá-lo de uma genealogia e para incluí-lo em um complexo de palavras específicas, para localizá-lo, de fato, na matriz de identidade de nossa cultura.

No que diz respeito às representações sociais acerca do suicídio na terceira idade, importa referir o estudo de Silva e Gutierrez (2012), onde foram analisadas as representações sociais dos próprios idosos acerca deste tema. De um modo geral, a representação que estes tinham no que concerne à definição de suicídio, era de fraqueza, o que revelou o preconceito associado ao tema. Quando questionados sobre quais os motivos que poderiam estar na base do ato suicida, referiram essencialmente a questão do desespero associado ao declínio da vida e dos problemas de saúde. Relativamente aos fatores de proteção, destacaram o suporte familiar, o que vai de encontro ao que a literatura tem vindo a comprovar. De acordo com Bastos (2009), os vínculos estabelecidos no seio familiar tendem a ser um padrão repetido nas restantes relações sociais sendo que, idosos com famílias e relações mais funcionais terão menos propensão para apresentar ideias suicidas. A religião surge ainda como um aspeto importante no estudo de Silva e Gutierrez (2012), afirmando que a religião pode também apresentar-se como um fator protetor em relação ao suicídio.

No entanto, todas estas representações sociais dizem respeito às representações dos próprios idosos acerca do suicídio na sua faixa etária, parecendo existir uma lacuna na literatura no que diz respeito a essas representações sociais ao nível dos profissionais de saúde.

4. O suicídio na terceira idade

Que cada dia de vida nos aproxima da morte é evidente, mas que cada dia de vida torna a autodestruição mais aceitável é uma bizarra variação do tema. (Solomon, 2016, p. 306)

Como forma de melhor entender o tema e para melhor delimitar o estudo, na tentativa de abranger os temas mais importantes, optei por realizar uma pesquisa mais sistematizada através de uma revisão da literatura acerca do suicídio. O artigo pelo qual me muni tratou de estudar vários autores e os dados que cada um obteve acerca do suicídio, neste caso, na terceira idade. Minayo e Cavalgante (2015) são os autores do artigo, do qual foi limitada uma análise de setenta e cinco referências entre os anos de 2002 e 2013. A América do Norte, Europa e a Ásia foram o foco deste estudo.

Na tentativa de procurar evidências acerca dos fatores que levam ao suicídio na terceira idade, Minayo e Cavalgante (2015, p. 1751) verificaram que “a depressão é o mais relevante fator explicativo associado a sofrimento físico crônico, perdas, abandonos, solidão e conflitos familiares.” À medida que os autores exploravam os contributos de outros investigadores, concluíram que na grande maioria, a depressão representa o principal fator de risco na tentativa de suicídio e/ou suicídio de pessoas idosas, em conjunto com outros problemas psiquiátricos diversos que possam também ter contribuído. Solomon (2016) também é da opinião de que a depressão é o principal impulsor do suicídio.

Como referi anteriormente, o suicídio é também estudado associado às questões de género, por ser considerado por vários autores a existência de padrões diferentes relativamente ao homem e à mulher. Minayo e Cavalgante (2015) destacam que no caso dos homens o risco de suicídio tende a aumentar e no caso das mulheres a diminuir. Na recolha de informação os autores tratam a evolução dos temas com os artigos estudados entre o ano de 2002 e 2013. Os dados relativos ao género também podem ser verificados na Tabela 1 (p. 6), neste caso, em Portugal.

Nos anos de 2002 a 2005 revelou-se a importância dos fatores de risco em vários estudos sobre os comportamentos suicidas e, em todos, a depressão é o principal impulsor desses comportamentos. Ao longo destes anos, a prevenção do suicídio tem vindo a assumir uma maior preocupação geral, juntamente com a prevenção e tratamento da depressão. Entre 2006 e 2009 a depressão continua associada às tentativas de suicídio e os antidepressivos começam por

revelar-se numa ajuda face à diminuição das taxas de suicídio mas, no caso de alguns medicamentos, surgiram dúvidas quanto à sua possível influência num grande número de tentativas de suicídio. Durante estes anos a saúde mental ganhou destaque em várias pesquisas ao verificar que os idosos devem ser entregues a profissionais especializados em saúde mental – receio que também Solomon (2016) considerou importante revelar a nível dos tratamentos da depressão e nos cuidados que os mesmos requerem. Por último, entre os anos de 2010 e 2013, surgiram os primeiros estudos relacionados às diferenças de género, questões étnicas, o ferimento autoinfligido nos idosos, a falta de suporte social, etc. e, durante estes anos, a preocupação geral focou-se nos sintomas depressivos e ideações suicidas nas tentativas de suicídio de pessoas idosas (Minayo & Cavalgante, 2015).

4.1. Fatores de risco

De acordo com Ribeiro, Ferreira e Lima (2012, p.42) os fatores de risco “são características ou circunstâncias que aumentam a probabilidade de ocorrer uma perturbação, probabilidade esta que aumenta na presença de vários destes fatores”.

Como já referi anteriormente, a depressão foi identificada por vários estudiosos como sendo o principal fator de risco que leva ao suicídio, quer na terceira idade como nas restantes faixas etárias. Porém, existem outros que devem ser considerados e trabalhados de igual forma.

Fator condicionante, como é exemplo o trabalho, também pode estar relacionado com o aumento da taxa de suicídio na medida em que, em muitos casos, tartavam-se de pessoas desempregadas. Relativamente ao aspeto anterior, podemos concluir através de uma perspetiva sistémica, ou seja, que o desemprego, por exemplo, pode vir a acarretar – principalmente nos homens – um sentimento de fracasso a nível da gestão familiar e, conseqüentemente pode levar a pessoa ao consumo de álcool e outras drogas, sofrimento emocional e, por último, ao suicídio (Meneghel, et al., 2012).

A maioria dos casos de suicídio na terceira idade deveu-se a perturbações afetivas. Relativamente a uma taxa de 46% a 86% de idosos que cometeram suicídio, foi-lhes diagnosticado alguma perturbação afetiva, com destaque a presença da depressão. Para além da depressão, também a ansiedade é identificada como um fator de risco. Estas duas perturbações em conjunto assumem um risco bastante elevado para a concretização do suicídio. De acordo com Pedrosa, Duque e Martins (2016, p. 52):

(...) o risco de ideação suicida é 7 vezes maior nos idosos com depressão e ansiedade concomitante, em comparação com os idosos sem depressão ou ansiedade. Tal risco é 3,6 vezes

maior nos idosos que apenas apresentam depressão e 3,3 vezes maior daqueles que apenas apresentam ansiedade.

Para além da depressão e da ansiedade, as psicoses não afetivas, perturbações de ansiedade, abuso de substâncias (álcool e drogas), fraca integração social, viverem sozinhos, problemas económicos e eventos adversos (ex.: morte do cônjuge) também poderão ser associados como fatores de risco do suicídio nos idosos (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016).

Alguns autores acreditam que a causa do suicídio de muitos idosos foram os sentimentos negativos, por sentirem-se um fardo para os outros. Neste caso a independência, mais precisamente a falta dela, pode levar ao idoso a desenvolver ideações suicidas, ao pensarem no trabalho que dão aos seus familiares e/ou pessoas próximas (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016). Também, “a presença marcada de sentimentos de desesperança e solidão são factores relevantes no aumento do risco, bem como a incapacidade de reconciliação com experiências e memórias traumáticas do passado” (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016, p. 53).

Todas as faixas etárias têm as suas particularidades, umas positivas e outras nem tanto. A terceira idade ganha destaque por ser a última fase da vida do ser humano onde a morte acaba por invadir o pensamento dos idosos. Porém, não é só a morte que gera preocupações nas pessoas idosas mas sim os desafios que esta fase acarreta: a reforma; as alterações nas relações familiares (conjugal, filial e fraternal); o ser avô; a redução das redes sociais; a dependência e a doença; e as perdas (associadas à morte de pessoas próximas e ao próprio processo de envelhecimento (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004).

A reforma marca a desocupação de papéis ativos nos sujeitos. Nesta etapa surge um novo desafio na vida das pessoas onde estas se veem obrigadas a reorganizar os seus quotidianos, nomeadamente, com a desvinculação da carreira profissional é importante que as pessoas encontrem novas formas de manter um sentido de utilidade. No caso dos homens torna-se mais difícil encarar este desafio pelo facto de estarem habituados a serem eles a sustentar a família (face aos padrões sociais), enquanto as mulheres acabam por dar continuidade às várias atividades que outrora desempenhavam (tendo em conta os mesmos padrões) (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004). Relativamente ao casal, “logo após a reforma o grande embate para o homem é passar muitas horas em casa sem saber bem o que fazer, enquanto a mulher precisa de se ajustar a ter o marido em casa” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004, p. 32).

A depressão pode levar ao suicídio ou, em alguns casos, às chamadas ideações suicidas. Quer o ato de suicídio como as ideações suicidas são complexas e preocupantes, por isso devem ser tratadas como tal. No caso do suicídio temos que ver para além da pessoa que cometa o ato, ou seja, a família e as relações que a pessoa manteve em vida podem vir a influenciar o seu bem-

estar. A culpa e o sentimento de impotência que as pessoas próximas àquela que comete suicídio é de facto real e, por isso, o acompanhamento e a ajuda devem também chegar ao alcance dessas pessoas (Solomon, 2016).

Atualmente, o fator económico e financeiro de várias pessoas tem vindo a afetar a saúde mental da nossa população. A vivência na pobreza pode levar ao aumento do risco de suicídio; conseqüentemente, à depressão. Fatores como o isolamento, idade, desemprego, problemas de saúde, baixa autoestima e fraca resiliência face aos problemas podem contribuir para a depressão e para o suicídio (Diogo, Fernandes, & Anes, 2013).

4.2. O suicídio e a culpabilidade permanente

Quem morre de suicídio diz-nos que não morre sozinho, conta-nos que naquele momento a vida que lhe propomos não lhe serve. É meu dever e seu dever estar atento ao pedido daqueles que pensam atentar contra a própria vida. (Sampaio, 1991, p.9)

A citação que dá início a este tópico revela algumas das palavras de Sampaio (1991) referindo-se à culpa que permanece nos familiares e nas pessoas mais próximas daquelas que cometeram suicídio, como também, o papel de todos nós na sua prevenção.

O título do livro de Sampaio (1991), “Ninguém morre sozinho”, traz uma nova visão e parece importante refletirmos sobre o seu significado. Tal como o autor, também devemos olhar para o fenómeno do suicídio e refletirmos acerca dos nossos papéis sociais enquanto indivíduos, pois “o suicídio tem repercussões a diversos níveis, na sociedade, nos familiares, nos amigos, nos colegas, entre outras pessoas, causando um impacto psicológico que permanece bastante intenso mesmo para aqueles que não têm ligação direta com a pessoa que se suicidou” (Batista & Santos, 2014, p. 18).

De acordo com Batista e Santos (2014, p. 19),

o luto é um conjunto de reações emocionais, físicas, comportamentais e sociais que aparecem como resposta a uma perda, seja real ou imaginativa (perda de um ideal, de uma expectativa), seja uma perda por morte ou pela cessação/diminuição de uma função, possibilidade ou oportunidade.

Batista e Santos (2014, p. 19) realizaram uma investigação em torno das vivências no processo de luto dos familiares de idosos que cometeram suicídio, referindo-se às perdas como significativas e traumáticas. O luto é um processo dinâmico que varia de pessoa para pessoa. Trata-se de “uma resposta natural à perda de um ente querido, sendo este um acontecimento stressante que, a maioria das pessoas, terá que enfrentar ao longo da vida”. Relativamente às reações ao luto por suicídio, os autores encontraram ligações com a tristeza, a vontade de reunir com o falecido (quando a morte é inesperada) e o choque, quando são as próprias a encontrar

a pessoa sem vida sendo, geralmente, gerido pela sensação de irrealidade sobre a morte e, ao mesmo tempo, pode ser traumática para o sujeito. Após a realização de entrevistas, os autores reuniram um conjunto de discursos dos familiares no que diz respeito às mortes por suicídio: “no geral afetou tudo, há momentos em que não acredito e estou à espera que ele chegue”; “sinto-me cada vez pior, fiquei mais nervosa, sinto-me angustiada, fiquei com a imagem dele enforcado, tenho pesadelos durante a noite, não consegui ir ao funeral, não consigo ir a casa”; “reagi com tristeza”; “sinto muito a falta dele, foi uma grande perda”; “senti-me e sinto-me como se tivesse perdido muitos anos da minha vida”; “o mundo parece que tinha desabado para mim”; “é algo que fica para o resto da vida e que nunca se esquece, é uma revolta” (Batista e Santos, 2014, p. 23).

Segundo Fukumitsu e Kovács (2016, p. 5), “o suicídio pode não significar apenas matar a si mesmo: a morte autoinfligida é um ato humano que provoca o sofrimento nas pessoas que ficam e vivenciam seu impacto”. O estudo realizado pelos autores permitiu-lhes observar que o grande sofrimento dos sobreviventes advém da falta de informação sobre o momento em que a pessoa (próxima) cometeu o suicídio. Para muitas pessoas, o processo de luto pode revelar-se bastante doloroso. Nestes casos, dá-se o nome de Luto Complicado (LC), quando as consequências passam a ser desastrosas, nomeadamente, “problemas de saúde como depressão, ansiedade, abuso de álcool e/ou medicamentos, risco de doenças e suicídio” (Batista & Santos, 2014, p. 19). Após a realização do estudo, Batista e Santos (2014, p. 23) concluíram que as famílias vivenciaram ao longo dos seus processos de luto “sentimentos de solidão, desamparo, incredibilidade, abandono, angústia, tristeza, choque e saudade do falecido”.

Inconscientemente, a culpa estará sempre presente naquelas pessoas que passaram por algum caso de suicídio, familiar ou não. Este sentimento torna o luto das pessoas mais penoso, não só por ser uma morte impactante mas também pelo estigma a ela associado, despertando “o pensamento de que algo diferente poderia ter sido feito ou que o sobrevivente deveria ter visto ou previsto, tido cuidado para evitar a morte” (Fukumitsu & Kovács, 2016, p. 9).

À medida que se fala no sentimento de culpa e no sofrimento das pessoas que estão em contacto com o suicídio, existe também o estigma associado a este tipo de morte (aspeto que impede muitas pessoas de revelar as suas experiências). De acordo com Fukumitsu e Kovács (2016, p. 9) “para alguns enlutados, o verbo *cometer* associado ao suicídio pode acentuar vergonha (...) quando alguém *comete* algo, *comete* pecado ou crime”. O estigma está associado ao silêncio e ao isolamento dos sobreviventes enquanto tentativa de evitar constrangimentos. Relativamente a este último aspeto, Kovács (2003, citado por Fukumitsu e Kovács, 2016) justifica o tema do suicídio como algo que torna as pessoas vulneráveis, considerando a violência intrínseca neste tipo de morte.

De acordo com Solomon (2016), nas famílias onde tenha existido casos de suicídio, os restantes membros passam a estar mais inclinados, também, a cometê-lo futuramente. A dor e o sofrimento que os familiares sentem quando perdem alguém que amam, ao autodestruírem-se, esses sentimentos podem vir a pesar nas suas consciências e a deixá-los vulneráveis. Para além das famílias, também a comunidade parece sofrer influências. O autor reflete sobre o perigo de um conhecimento alargado dos casos de suicídio, partindo do princípio que “se uma pessoa comete suicídio, muitas vezes é seguida por um grupo de amigos ou seus pares; este fenómeno é particularmente verdadeiro entre os adolescentes”, como fator comprovativo revela ainda que “os locais para o suicídio são utilizados repetidamente, ganhando assim a maldição dos que morrem” dando como exemplo alguns dos locais mais famosos (Solomon, 2016, p. 296).

Falar do suicídio revelou ser uma tarefa bastante complexa. Existem imensas perguntas mas poucas respostas, principalmente para as famílias e/ou pessoas próximas. No que diz respeito ao contacto com os casos de suicídio, citando palavras de Fukumitsu e Kovács (2016, p. 10), “nunca saberemos as reais motivações de a pessoa ter se aniquilado, pois a verdade se foi juntamente com a pessoa que se matou”.

4.3. A prevenção do suicídio na terceira idade

O objetivo principal da prevenção com pessoas idosas é a melhoria da sua qualidade de vida, promovendo um funcionamento ótimo. (O’Connor-Flemming, 1999 citado por Ribeiro, Ferreira, & Lima, 2012, p. 43)

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2013/2017, p. 9), o suicídio representa um problema de saúde pública “desde que há registos oficiais de taxas de suicídio em Portugal, este tem-se caracterizado por predominar entre a população idosa e ser mais marcado na região sul”.

Ao abordar a prevenção é importante, primeiramente, perceber como surgiu o conceito. A nível da saúde mental, a primeira conceção de prevenção foi criada em 1964, por Caplan ao categorizá-la com base em três modelos: primário, secundário e terciário (Leandro-França & Murta, 2014).

A prevenção primária tem como objetivo reduzir o número de casos e atua diretamente nos indivíduos que estão expostos aos fatores de risco mas que, no entanto, ainda não lhes tenha causado qualquer dano. A prevenção secundária atua nos indivíduos quando já foram identificados sinais de algum dano. Por último, a prevenção terciária, ao contrário da primária, atua nos indivíduos que já estão num processo avançado de transtorno e, neste caso, o objetivo

da prevenção pretende reduzir as consequências e os danos causados (Leandro-França & Murta, 2014).

Ao estudar o fenómeno do suicídio é importante conhecer quais os principais comportamentos de risco para, assim, ser possível encontrar caminhos orientadores de intervenção e prevenção do suicídio. Realçando dados anteriores, ao longo dos anos, deparamo-nos com o aumento de casos de suicídio em todas as idades (como podemos verificar na tabela 1, p. 7), neste caso em particular – nos idosos –, a depressão surge como o principal fator de risco do suicídio. Porém, não só a depressão está ligada ao suicídio. Quando a depressão une-se a outros transtornos mentais e ao consumo excessivo de álcool, a probabilidade da concretização do suicídio aumenta (Diogo, Fernandes, & Anes, 2013).

Diogo, Fernandes e Anes (2013) reforçam a importância dos profissionais da área da saúde na avaliação dos comportamentos suicidas, tendo como objetivo a prevenção do suicídio através de uma intervenção eficaz. A seguinte abordagem passa pela avaliação de todos os fatores de risco “como tentativas prévias de suicídio, condições biopsicossociais, a magnitude atual dos sintomas suicidas, fatores de stresse que precipitem o suicídio, nível de impulsividade e de controlo pessoal e fatores de proteção contra o suicídio” (Diogo, Fernandes, & Anes, 2013, p. 409). Na opinião dos autores, para a prevenção, é fulcral reforçar os fatores de proteção e diminuir os fatores de risco quer a nível individual, quer coletivo.

Diogo, Fernandes e Anes (2013, p. 410) acreditam que os fatores de proteção mais importantes são: a criação de bons vínculos afetivos; o sentimento de integração em grupos; a crença e o envolvimento na religião; a existência de um relacionamento estável entre pares; a posse de filhos e o “senso de punição e outras características culturais, como por exemplo, a proibição do consumo de álcool”.

Diogo, Fernandes e Anes (2013) realçam alguns pontos fundamentais como forma de chamar à atenção daqueles que pretendam, tal como eu, vir a intervir no fenómeno do suicídio:

- Identificar e reduzir o acesso aos meios para cometer suicídio;
- Melhorar os sistemas de saúde;
- Fortalecer o apoio social;
- Trabalhar na reabilitação daqueles que apresentem comportamentos suicidas;
- Adequar os diagnósticos consoante a pessoa com vista ao seu tratamento pois, nem todas as pessoas reagem e sentem com o mesmo grau de intensidade;
- Sensibilizar os profissionais e a própria comunidade para os perigos que advêm da criação de tabus e, neste sentido, atitudes que as pessoas devem adotar relativamente à prevenção do suicídio;
- Promover o conhecimento dos profissionais no âmbito da doença mental;

- Sensibilizar os meios de comunicação social relativamente ao discurso utilizado e a forma como transmitem os casos e as tentativas suicidas;
- Incentivar a comunidade e os profissionais a estudarem os métodos de prevenção do suicídio e a realizarem registos estatísticos verazes;
- Requalificar as pessoas e profissionais que se encontram a trabalhar no âmbito da prevenção do suicídio;
- Identificar os fatores de risco e de proteção;
- Valorizar a perceção do comportamento dos indivíduos;
- Avaliar o risco de suicídio e o estado mental dos indivíduos;
- Conhecer as estratégias de intervenção perante as crises;
- Promover o pedido de auxílio;
- Identificar as pessoas que tentaram cometer suicídio e realizar uma intervenção de cariz sistémico (focado nos antecedentes).

O tipo de intervenção que Ribeiro, Ferreira e Lima (2012) referem com extrema relevância para a prevenção em saúde mental é a que se encontra ligada a um modelo de gestão de risco. Este género de intervenção possibilita, a longo prazo, reduzir a ocorrência de psicopatologia e, a curto prazo, diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção.

De acordo com Ribeiro, Ferreira e Lima (2012, p.42), os fatores de proteção “são características ou condições que protegem os indivíduos de perturbação face ao risco”. Para além deste conceito, dentro destes fatores encontramos ligação com a resiliência que, de acordo com Soares (2000), citado por Ribeiro, Ferreira e Lima (2012, p. 42):

a capacidade do indivíduo para uma adaptação bem-sucedida, funcionamento positivo ou competências na presença de adversidade, envolvendo múltiplos riscos e ameaças internas e externas ou, ainda, a capacidade de recuperação na sequência de uma experiência traumática prolongada.

Relativamente aos programas de prevenção do suicídio e à sua abordagem face aos fatores de risco, Pedrosa, Duque e Martins (2016, p. 54) afirmam que:

O facto de vários factores estarem associados ao risco de suicídio nos idosos leva a que uma abordagem direccionada para apenas um factor de risco se torne insuficiente, sendo importante abordar, e preferencialmente de forma selectiva, a presença de doença física, o contexto sociodemográfico (evitando o isolamento do idoso) e o funcionamento global, tendo sempre em conta a importância de cada factor e da interação entre eles.

Na maioria dos programas de prevenção do suicídio, sendo que os mesmos detetaram a depressão como o principal fator de risco, optaram por identificar e providenciar os seus tratamentos. Porém, os autores criticam o facto de, por vezes, o que acaba por acontecer é que nesses programas não abordam os aspetos cognitivos e emocionais, ou seja, em tentar melhorar e ajudar o idoso a retomar à qualidade de vida. Nesta linha de pensamento, a partir do momento

que o idoso volta a ter uma qualidade de vida, a sua capacidade de tomada de decisão melhora também (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016).

De acordo com Pedrosa, Duque e Martins (2016) a depressão é também o fator de risco que mais está associado ao suicídio na terceira idade, assumindo destaque nos projetos e programas de prevenção do suicídio. Nesta perspetiva, os autores criticam o facto de só existir foco na depressão, acabando por serem deixados de parte outros comportamentos de risco que devem ser trabalhados e desenvolvidos em detrimento da prevenção do suicídio. Como tal, é enfatizada a visão de Pedrosa, Duque e Martins (2016, p.50) no que diz respeito aos programas de prevenção terem em consideração “todos os factores discutidos, promovendo o aumento da resiliência do idoso, o envelhecimento positivo e o envolvimento da família e comunidade, além do controlo das comorbilidades médicas”.

Em suma, Pedrosa, Duque e Martins (2016), em relação aos programas de prevenção, criticam aqueles que focam-se apenas nos comportamentos de risco pois, segundo os mesmos, poucos são os programas direcionados ao desenvolvimento dos fatores de proteção. Como resposta, acreditam que o caminho a percorrer para este tipo de programas passa por promover o envelhecimento saudável a melhorar a qualidade de vida dos indivíduos “através da adopção de comportamentos mais adaptativos no idoso, do desenvolvimento de sentimentos de pertença e de capacidade de autocontrolo” (Pedrosa, Duque, & Martins, 2016, p. 54).

Segundo Krüger e Werlang (2010) o suicídio deve ser estudado ao considerar os comportamentos inerentes a pensamentos de autodestruição que possam surgir em forma de ameaças, tentativas e mesmo a concretização do ato fatal. Como tal, os autores afirmam ser fundamental abranger todas as áreas de conhecimento de forma a compreender o fenómeno no seu todo.

A partir dos anos sessenta começam a surgir estudos do suicídio atendendo às relações familiares enquanto foram identificados os conflitos familiares como fatores de risco nas tentativas de suicídio (Krüger & Werlang, 2010). Reforçando a ideia anterior “sugere-se que a presença deste complexo fenómeno deve também considerar a possibilidade das características intrínsecas das famílias influenciarem na presença do ato suicida” (Krüger & Werlang, 2010, p. 60).

Na tentativa de confrontar a dinâmica familiar na crise suicida, Krüger e Werlang (2010), realizaram um estudo com seis famílias com um único ponto em comum, a existência de algum membro que tenha tentado suicídio. Nesta fase inicial tiveram em consideração a inexistência de algum transtorno, doença mental e/ou que estivessem a ser medicados com algum componente que possa ter alterado a capacidade mental dos mesmos. Iniciaram o estudo através de uma intervenção concentrada em quatro seções, de aproximadamente noventa

minutos – ao longo de duas semanas –, na baixa hospital e no Serviço de Atendimento e Pesquisa em Psicologia da faculdade da PUCRS. Durante as sessões, o principal aspecto que retiraram da dinâmica familiar foi a possibilidade das famílias estarem a enfrentar a crise suicida e, por isso, foram encaminhadas para a terapia.

Com base nas sessões os autores retiraram que quatro dos elementos que tentaram suicídio foi através do consumo de ansiolíticos, sendo que um cortou os pulsos e outro consumiu inseticidas. Com base no diálogo estabelecido ao longo das sessões entre os familiares, por exemplo mãe/filha, etc., os autores retiraram que estes “põe, constantemente, em dúvida os sentimentos e relatos do outro. Incompletude e incerteza, a respeito dos significados atribuídos às histórias, aparecem” (Krüger & Werlang, 2010, p. 62). Também tornou-se perceptível que as famílias não têm proximidade, o que revelou um sentimento de isolamento, pela falta de estabelecimento de laços afetivos. Por outro lado, a falta de emancipação consequente à dificuldade de desapego dos pais com os filhos revelou ser o problema central na dinâmica familiar. Esta questão surgiu no discurso de algumas mães que afirmaram não conseguir lidar com a saída dos filhos das suas casas e da integração dos mesmos no mercado de trabalho pois, o tempo ao qual estavam habituadas a passar com eles diminuiu. Baseado no medo de perda de vínculos com os filhos, levou a que os filhos se sentissem obrigados a ceder às vontades das mães como forma de as proteger. Como consequência, este exemplo pode revelar-se num entrave ao tornar as relações entre mãe/filho sufocantes (Krüger & Werlang, 2010).

Através do estudo que realizaram com as famílias Krüger & Werlang (2010) concluíram que a intervenção sistémica que é feita através das sessões possibilita – estrategicamente – a prevenção do suicídio a partir do diálogo. No fundo o diálogo é o principal instrumento para o desenvolvimento das relações familiares pois, nestes momentos, cada um dos membros acaba por tornar-se protagonista de uma história. De acordo com Krüger e Werlang (2010), ouvir o outro e perceber o que pensa sobre si e da relação que os membros familiares estabelecem, permite aos indivíduos chegarem a conclusões que possam contribuir para a melhoria das relações familiares no momento em que atravessam a crise.

Segundo Solomon (2016) não podemos pressupor que as famílias têm apenas a função de ajudar na recuperação dos membros que tentaram suicidar-se, mas também em compreender a importância de haver uma intervenção com a própria família. Relativamente às tentativas de suicídio, não devemos focar-nos apenas nos indivíduos, todas as pessoas próximas a eles estão sujeitas ao sofrimento que as tentativas de suicídio trazem, por isso, não podemos deixar de trabalhar todas estas questões.

A OMS (2006) reuniu um conjunto de recursos, dirigidos aos profissionais da área social, relacionados com a intervenção no âmbito da prevenção do suicídio. Neste documento

podemos encontrar todas as questões em torno no fenómeno do suicídio, desde as suas conceções, às estratégias que os profissionais possam adotar para que as suas intervenções sejam eficazes.

De acordo com a OMS (2006, p. 1), “os suicídios resultam de uma complexa interação de factores biológicos, genéticos, psicológicos, sociológicos, culturais, e ambientais”. Com base numa perspetiva preventiva, em primeiro lugar é importante identificar, nas comunidades, aqueles que estão expostos ao risco de suicídio; encontrar as razões que possam estar ligadas às inclinações que levam essas pessoas a autodestruírem-se; e por último, intervir. Para que as intervenções sejam eficazes, os profissionais “necessitam de desenvolver, na comunidade, iniciativas para prevenir, assim como para lidar com o comportamento suicida” (OMS, 2006, p. 1).

A existência de um aconselhamento profissional permite que sejam adotadas, nas comunidades, estratégias cognitivas, afetivas, comportamentais ou intervenções sistémicas através da aplicação de “princípios da saúde mental, psicológicos, ou do desenvolvimento humano” (OMS, 2006, p. 1). Desta forma, pretende-se que na prevenção do suicídio estejam incluídas a boa educação das faixas etárias mais jovens; aconselhamento a nível familiar; tratamento das perturbações mentais; controle ambiental de fatores de risco; e a educação das comunidades.

Tendo em consideração o papel dos fatores de proteção na redução do risco de suicídio, a OMS (2006, p. 3) expôs uma lista dos mais relevantes:

Apoio da família, de amigos e de outros relacionamentos significativos;
Crenças religiosas, culturais, e étnicas;
Envolvimento na comunidade;
Uma vida social como, por exemplo, através do trabalho e do uso construtivo do tempo de lazer;
Acesso a serviços e cuidados de saúde mental.

Em contrapartida, os comportamentos suicidas são mais comuns em relação a fatores culturais, genéticos, psicossociais e ambientais. Dentro destes, existem fatores que possam estar relacionados com o risco de suicídio (OMS, 2006, p. 4):

Estatuto sócio- económico e nível de educação baixos;
Perda de emprego;
Stress social;
Problemas com o funcionamento da família, relações sociais, e sistemas de apoio;
Trauma, tal como abuso físico e sexual;
Perdas pessoais;
Perturbações mentais tais como depressão, perturbações da personalidade, esquizofrenia, e abuso de álcool e de substâncias;
Sentimentos de baixa-autoestima ou de desesperança;
Questões de orientação sexual (tais como homossexualidade);
Comportamentos idiossincráticos (tais como estilo cognitivo e estrutura de personalidade);
Pouco discernimento, falta de controle da impulsividade, e comportamentos auto-destrutivos;
Poucas competências para enfrentar problemas;

Doença física e dor crónica;
Exposição ao suicídio de outras pessoas;
Acesso a meios para conseguir fazer-se mal;
Acontecimentos destrutivos e violentos (tais como guerra ou desastres catastróficos).

De acordo com a OMS (2006), a depressão é o principal fator associado aos suicídios deste grupo. Na terceira idade parece haver um comportamento geral em relação ao método utilizado para cometer suicídio, através da ingestão abusiva de medicamentos. Um aspeto que parece relevante para a prevenção do suicídio nos idosos é considerar os seus discursos, pois cerca de setenta por cento dos idosos que cometeram suicídio partilharam as suas intenções com alguém (normalmente com um familiar ou com uma pessoa próxima) antes de realizarem o ato. Neste sentido, quando existe um conhecimento deste tipo de discursos, é importante recorrer à família ou a outra pessoa a quem o idoso confidenciou o desejo de morrer.

Face aos indivíduos em risco de suicídio que são identificados, deve-se avaliar os comportamentos suicidas (um passo importante a nível da prevenção). De acordo com a OMS (2006, p.12) as avaliações devem incluir:

Um levantamento dos factores de risco relevantes;
História anterior de comportamentos suicidas;
Condições biológicas, psicossociais, mentais, incluindo o grau de desesperança;
Factores de stress que precipitem o suicídio;
Nível de impulsividade e de controle pessoal;
Outra informação atenuante;
Factores e proteção contra o suicídio.

Feita uma avaliação, o próximo passo tem a ver com o grau de intensidade do risco de suicídio que é analisado através dos dados obtidos pelos profissionais, baseados nas avaliações das pessoas. De acordo com a OMS (2006) os graus podem variar desde inexistente (quando não foram encontrados quaisquer risco de autodestruição); leve (apesar da ideação suicida ser aparente, o individuo ainda não considerou o suicídio e ainda não realizou alguma tentativa no passado); moderado (as ideações suicidas e os planos são evidentes; o individuo já apresenta um histórico de tentativas de suicídio ou mais do que um fator de risco; e normalmente sente-se inclinado para melhorar o seu estado); severo (as ideações suicidas e os planos são verbalizados com o intuito de concretizar o suicídio; alguém que apresente dois ou mais fatores de risco; por norma já tentou várias vezes suicidar-se); e extremo (quando o individuo apresenta vários fatores de risco e já fez inúmeras tentativas de suicídio; nestes casos um ação rápida é fulcral).

De acordo com a OMS (2006), apesar de ter-se em consideração os potenciais fatores de risco, infelizmente, não existe um procedimento geral válido para lidar com as pessoas expostas ao risco de suicídio. Cada individuo pode apresentar diferentes necessidades, quer a nível da medicação, aconselhamento e/ou informação. A partir do momento em que foram

identificadas ideações suicidas, é fulcral uma intervenção imediata. Neste sentido, é necessário uma avaliação, “por exemplo, do nível de ambivalência, impulsividade, rigidez, e meios de letalidade” (OMS, 2006, p. 15); ter em vista os apoios existentes, onde possa haver um comprometimento a nível pessoal e da própria família; um aconselhamento profissional; e dependendo do caso, “pode também incluir tratamento farmacológico ou internamente clínico” (OMS, 2006, p. 15).

A comunidade é um elemento importante na identificação dos casos de suicídio. Face ao aparecimento de sinais evidentes do risco de suicídio é importante que, não só as pessoas mais próximas, mas também os membros da comunidade, ao aperceberem-se, comuniquem às autoridades. Uma sinalização pode vir mais tarde a contribuir para o bem-estar físico e mental da pessoa. Nestes casos, a pessoa sinalizada é encaminhada para os serviços de saúde, nos quais deverão existir um trabalho conjunto entre os profissionais da área social e da saúde. Durante este processo, tanto os profissionais como as pessoas mais próximas da pessoa com ideações suicidas, devem manter uma ligação afastada de “perspetivas morais, religiosas, ou filosóficas pessoais, pois as mesmas poderiam contribuir para bloquear a comunicação e alienar o indivíduo suicida” (OMS, 2006, p. 17). O intuito passa pela compreensão do indivíduo acerca da sua situação atual, começando por vê-la como temporária, com vista a elaborar um plano de tratamento de forma a colmatar os pensamentos suicidas.

No entanto, os profissionais que estão em contacto com pessoas que tenham cometido suicídio, também podem ficar afetados. Ao estarem envolvidos nos casos de suicídio “podem experimentar sentimentos que vão desde a raiva e o ressentimento até à culpa, à tristeza, e aos sintomas pós-traumáticos” (OMS, 2006, p. 23). Desta forma, “necessitam de estar atentos às suas próprias dificuldades como o tópico da morte e suicídio, e não devem permitir que tais dificuldades inibam os seus esforços na prestação de cuidados ao indivíduo suicida” (OMS, 2006, p, 23). Neste sentido, é importante que os profissionais que estão em contacto com estes casos sintam o apoio das pessoas mais próximas e serem acompanhados, se necessário, por outros profissionais.

II PARTE: CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDO

Para uma melhor orientação acerca do local de estudo onde desenvolvi o presente trabalho cabe-me nesta fase dar um pouco conhecer sobre a ACOLHE – Cooperativa de Solidariedade Social (CRL) –, como esta surgiu e a sua história. Todos os dados referidos posteriormente foram retirados através das conversas intencionais e da análise dos documentos fornecidos pela instituição, nomeadamente, a apresentação da organização³, o regulamento interno⁴ e o organograma⁵.

A ACOLHE surgiu a 29 de Junho de 2000 em parceria com a Cooperativa HABECE. Enquanto CRL visa satisfazer as necessidades de todos os cidadãos e/ou grupos mais vulneráveis. Nesta linha de intervenção, a 15 de abril de 2003, obtiveram o estatuto de Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). A parceria entre a ACOLHE e a HABECE permitiu o desenvolvimento da Residência Geriátrica para Pessoas Idosas com o principal objetivo de integrá-las em condições dignas. A ACOLHE está situada na Rua Serpa Pinto, 345 – 4050-586 Porto e iniciou a sua atividade a 23 de janeiro de 2017 e, até ao momento, acolhe quarenta e cinco idosos.

De acordo com a Apresentação da Organização:

Tabela 2: Apresentação da Organização

Visão	Missão	Valores
“Queremos ser excelentes! Privilegiar as necessidades, interesses e individualidade daqueles a quem apoiamos.”	“Contruir um ambiente que potencie a felicidade, através de uma prestação de cuidados especializada e individualizada.”	• Respeito;
		• Empatia;
		• Responsabilidade;
		• Excelência;
		• Transparência;
		• Cooperação.

Um dos aspetos que considero importante mencionar foi o cuidado que a instituição teve na construção e decoração dos quartos, com a tentativa de proporcionar um ambiente mais familiar para os seus residentes. Existem quartos individuais com apenas uma cama e outros duplos, sendo que estes costumam ser habitados, normalmente, por casais ou entre familiares. Pude verificar, enquanto visitei as instalações, que os quartos foram pensados no bem-estar das

³ Anexo II

⁴ Anexo III

⁵ Anexo IV

peessoas. Na minha perspectiva, os quartos foram muito bem conseguidos, ao contrário de muitos lares, em que os quartos parecem assemelhar-se aos de um hospital. Na ACOLHE contrariaram esta visão. Apesar de ser um pormenor, para estas pessoas poderá vir a ser uma grande ajuda na sua integração.

A instituição conta com a colaboração de um grupo de profissionais especializados, na área da saúde, social e ao nível dos cuidados diários dos residentes. Existe portanto, um médico de clínica geral que está presente dois dias semanais para acompanhar todos os residentes; uma psiquiatra que os visita semanalmente; um psicólogo que, apesar de não exercer a sua vocação profissional, assume a função de coordenadora do lar; uma educadora social que desempenha a função de diretora técnica; os enfermeiros, que acompanham diariamente, por turnos, os residentes; um terapeuta ocupacional, que gere todas as atividades realizadas na instituição; e as de auxiliares de ação direta, pessoas que estão encarregues pelas várias funções existentes no lar (lavandaria, cozinha e funções existentes no acompanhamento diário dos idosos).

Através do contato direto com os vários atores sociais, reconheci que na ACOLHE a família assume um papel bastante importante e presente na vida dos residentes. Um dos motivos que leva a este tipo de instituição manter uma relação de proximidade com as famílias/pessoas próximas partiu da sua abertura, ou seja, ao promover atividades e um espaço de tempo menos ilimitado para que os familiares/pessoas próximas possam fazer parte integrante do dia-a-dia dos idosos.

III PARTE: OPÇÕES METODOLÓGICAS

5. Pergunta de Partida e Objetivos da Investigação

Pergunta de partida: Quais as representações sociais dos profissionais face ao fenómeno do suicídio na terceira idade?

Objetivo geral:

- Desenhar linhas orientadoras de prevenção e intervenção no suicídio na terceira idade.

Objetivos específicos:

- Perceber o nível de conhecimento dos profissionais acerca do fenómeno do suicídio na terceira idade;
- Perceber o nível de conhecimento dos profissionais acerca dos projetos/programas de prevenção do suicídio na terceira idade e o impacto dos mesmos;
- Perceber o nível de conhecimento dos profissionais acerca dos fatores de risco e de proteção do suicídio na terceira idade;
- Perceber de que forma o papel da instituição e dos profissionais das diversas áreas (social e saúde) contribuem para a prevenção do suicídio na terceira idade;
- Perceber qual o tipo de relações que existem na instituição (idosos/familiares/profissionais/pessoas próximas);
- Identificar as representações sociais dos profissionais face ao suicídio na terceira idade;
- Identificar as representações sociais dos profissionais acerca das medidas de prevenção fundamentais no suicídio na terceira idade.

Para esta investigação pretendo, antes de mais, refletir acerca das opiniões dos diversos autores sobre o tema. Neste sentido, procurei cruzar os contributos institucionais de todos os profissionais que desempenham um trabalho direto com os idosos. Os dados obtidos para este estudo possibilitar-me-ão alcançar o principal objetivo desta investigação: desenhar, se possível, linhas que possam vir a orientar futuros projetos de prevenção do suicídio na terceira idade. Este é o ponto-chave do presente projeto de investigação.

Estando o objetivo diretamente relacionado com a prevenção e a intervenção no suicídio, considere importante conhecer o que está de momento a ser realizado neste campo, para que seja possível, futuramente, planear e melhorar as linhas de intervenção realizadas neste âmbito.

A terceira idade tem as suas particularidades, estando estas relacionadas com o facto de tratar-se da última fase da vida do ser humano. Ainda na mesma linha, os fatores de risco que levam a pessoa idosa a cometer suicídio são, por norma, condicionados por padrões diferentes daqueles que levam ao cometimento do mesmo, por exemplo, na adolescência.

No caso da depressão, abordado no corpo teórico deste trabalho, esta é sentida e vivida de diferentes formas consoante os diversos atores sociais. Os graus de intensidade são diferentes e a forma como a pessoa lida com um problema em específico também pode variar.

Solomon (2016) foi o autor que me inclinou para a estrutura deste estudo, visto tratar-se de alguém que vivenciou a depressão e a retrata de uma forma bastante transparente ao leitor, falando abertamente sobre os seus pensamentos, nomeadamente, as suas ideias suicidas.

Sendo o fenómeno do suicídio na terceira idade o foco desta investigação, como não foi possível trabalhar o tema com os idosos – devido aos danos que a sua abordagem poderia causar nos próprios idosos – considerei, através do contacto com a instituição, descartar um trabalho direto com eles e responder à pergunta de partida focando-me nas pessoas que trabalham diariamente com esta população: Quais as representações sociais dos profissionais face ao fenómeno do suicídio na terceira idade?

Segundo Wachelke e Camargo (2007), a teoria das representações sociais trata de explorar um problema que surgiu historicamente nas várias áreas humanas. Desta forma, baseado na interação social, o investigador procura construir os significados que cada pessoa e/ou grupo atribui a um determinado objeto social. Jodelet (2001, citado por Wachelke & Camargo, 2007, p. 380) retrata a representação social como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. Como forma de reforçar a ideia anterior, Wachelke e Camargo (2007, p. 381) afirmam que “o processo da representação social diz respeito à construção de signos para lidar com um futuro imediato desconhecido, delimitando sua incerteza; nesse sentido, as representações sociais transformam o futuro em passado”. No presente estudo, como já referi anteriormente, o objetivo passa por compreender as representações sociais dos profissionais acerca do suicídio na terceira idade.

6. Estudo de Caso

Para este projeto de investigação optei pela realização de um estudo de caso. De acordo com Yin (2001), o estudo de caso é a estratégia mais utilizada por investigadores no estudo de fenómenos contemporâneos. O estudo de caso permite ao investigador utilizar algumas das técnicas a ele recorrentes, como por exemplo, “documentos, artefatos, entrevistas e observações – além do que pode estar disponível no estudo histórico convencional” (Yin, 2001, p. 27).

A metodologia utilizada nesta investigação assume o carácter qualitativo pela sua singularidade e adequação ao presente projeto. Para Denzin e Lincoln (1994, citado por Meirinhos e Osório, 2010, p. 50) “a palavra qualitativa implica uma ênfase em processos e significados que não são examinados nem medidos (se chegarem a ser medidos) rigorosamente, em termos de qualidade, volume, intensidade ou frequência”. Como refere a citação anterior, a metodologia qualitativa remete para um carácter interpretativo e construtivo por parte do investigador, desde o momento em que inicia a recolha de dados e, posteriormente, parte para a análise interpretativa dos mesmos (Meirinhos & Osório, 2010).

Neste tipo de investigação, os dados que o investigador recolhe são designados por qualitativos. Meirinhos e Osório (2010) consideram que estes dados são particularmente ricos, principalmente, quando se trata da descrição de diálogos, locais e pessoas, por exemplo.

De acordo com Yin (2001, p.32):

Um estudo de caso é uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando os limites entre o fenómeno e o contexto não estão claramente definidos.

De acordo com os Estudos de Caso é necessário colocar em evidência que, por vezes, existem generalizações. Dando como exemplo o presente projeto de investigação acerca do suicídio na terceira idade, o estudo de caso a uma instituição trará uma recolha de dados bastante significativa para esta investigação porém, os dados recolhidos não devem, nem podem assumir um carácter conclusivo pelo facto de tratar-se de um fenómeno social bastante complexo e que pode variar em diversos sentidos. Yin (2001, p. 29) refere que as generalizações são um ponto fundamental quando é posto em causa o estudo de um fenómeno a partir de um caso único, justificando que “na verdade, fatos científicos raramente se baseiam em experimentos únicos; baseiam-se, em geral, em um conjunto múltiplo de experimentos, que repetiu o mesmo fenómeno sob condições diferentes”. Porém, este estudo de caso permite analisar dados e informações que serão fundamentais para o conhecimento de uma realidade em concreto – da instituição em causa.

7. Instrumentos utilizados na recolha de dados

Ao considerar que os estudos de caso fornecem uma grande margem de instrumentos de recolha de dados, o investigador deve optar por utilizar os que mais se adequam à forma como pretende recolher os mesmos (Yin, 2001).

Para este trabalho de investigação recorri às entrevistas semiestruturadas bem como à observação e aos documentos fornecidos pela ACOLHE. As entrevistas foram realizadas a sete profissionais das diversas áreas.

8. Procedimento

Como em todos os trabalhos de investigação é inevitável não nos depararmos com obstáculos. Nesta investigação em específico, considero importante expor o facto do tema do suicídio na terceira idade ser sensível e complexo e, desde que optei por explorá-lo, soube das dificuldades que poderia encontrar. Porém, nunca pensei que fosse tão difícil. Desde que decidi estudar este tema, a atitude defensiva por parte de todo o corpo académico (discentes e docentes), a busca por uma instituição e todo o processo autónomo que exige um trabalho deste calibre, foram alvo de vários questionamentos que acabaram por revelar-se em inseguranças e no principal entrave para a finalização deste trabalho de investigação.

A primeira dificuldade foi, sem dúvida, o foco desta investigação, nomeadamente, os objetivos, a escolha dos participantes e a abordagem que iria recorrer para a obtenção e análise dos dados. Contudo, com a ajuda de todos os docentes e colegas, consegui identificar uma finalidade e um foco. Optei então por desenvolver um estudo de caso de uma instituição recorrendo às representações sociais dos profissionais acerca do suicídio na terceira idade.

A procura por uma instituição foi uma tarefa igualmente complicada. Inicialmente tive uma instituição em vista porém, a espera por uma resposta foi longa (aproximadamente três meses) e acabou por ser recusada a minha integração. Voltei novamente à procura e, durante um tempo, apercebi-me que o tema estava a ser o principal entrave na minha integração pois, os meses passavam e não conseguia uma resposta positiva ou sequer uma resposta.

Mesmo acreditando que o tema estava a dificultar o meu processo de integração numa instituição não foi de todo um impedimento. Foi então que através de um simples *e-mail*, onde apelei ao meu interesse em estudar o suicídio na terceira idade e a importância do tema ser estudado e compreendido institucionalmente, obtive a resposta por parte da direção da residência geriátrica – ACOLHE – onde passo a citar “Bom dia Diana. Teremos todo o gosto em participar na sua investigação. Pedia que me enviasse os inquéritos para conhecimento e me indicasse em que altura gostaria de se deslocar à ACOLHE”.

Logo após a troca de correspondência o meu processo de integração na ACOLHE foi imediato. A predisposição por parte da direção foi notória, possibilitando-me continuar com este trabalho de investigação.

Feito o primeiro contacto com a instituição, onde foi abordado e discutido o foco deste estudo de investigação junto da direção, comecei por conhecer o espaço e as pessoas que lá trabalham. Já integrada, recorri aos documentos institucionais com vista a analisar o trabalho desenvolvido pela ACOLHE junto dos idosos.

Todos os elementos com quem mantive contacto foram incansáveis e logo percebi que, apesar de todos os entraves, esta foi a melhor espera pois, tal como próprio nome indica – ACOLHE – é uma instituição que visa promover o acolhimento de todos, não só de pessoas idosas. A amostra deste estudo foi definida consoante a dificuldade em trabalhar o tema junto dos idosos e, por esta razão, optei por seleccionar os profissionais de várias áreas, de modo a obter uma maior diversidade de testemunhos acerca do fenómeno do suicídio na terceira idade.

A seguinte tabela apresenta o cargo e o tempo de experiência profissional dos sete profissionais entrevistados.

Tabela 3: Amostra das entrevistas

Amostra	Cargo Profissional	Experiência profissional com idosos
I	Diretor/a Técnico/a	4 anos
II	Auxiliar de ação direta	1 ano e meio
III	Médico/a de Clínica geral	38 anos
IV	Enfermeiro/a	3 anos
V	Auxiliar de ação direta	20 anos
VI	Coordenadora	5 anos
VII	Terapeuta ocupacional	1 ano e meio

9. Análise dos dados recolhidos

A análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar em tabelas ou, do contrário, recombinar as evidências tendo em vista proposições iniciais de um estudo. Analisar as evidências de um estudo de caso é uma atividade particularmente difícil, pois as estratégias e as técnicas não foram muito bem definidas no passado. Ainda assim, cada pesquisador deve começar seu trabalho com uma estratégia analítica geral – estabelecendo prioridades do que deve ser analisado e por quê. (Yin, 2001, p. 131)

De acordo com Yin (2001), as entrevistas são um instrumento essencial para a recolha de dados nos estudos de caso, pelo facto de neles serem abordadas questões humanas. Por norma, as entrevistas podem vir a ser um problema para os investigadores, nomeadamente, quando as pessoas que são entrevistadas não permitem a sua gravação. Esta questão não foi um obstáculo para este estudo pois, todas as pessoas a quem realizei entrevistas aceitaram as suas gravações.

Um dos aspetos mais importantes na análise dos dados é a forma como estes são planificados pelo investigador. Para uma melhor análise dos dados, recorri à transcrição das entrevistas por considerar ser o método mais credível, ou seja, caso exista alguma falha de informação, a transcrição assume um papel importantíssimo.

A partir das transcrições, optei por desenhar um conjunto de tabelas respetivas a cada questão nas quais, seguidamente, encontra-se a análise das respostas dos sete entrevistados.

Tabela 4: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal? Se sim, gostaria de lhe pedir que falasse um pouco sobre as noções que tem acerca do suicídio na terceira idade
I	"A par a par não (...) não é uma realidade com a qual lido diariamente"; "Tenho alguma noção do fenómeno mas em termos de representação (...) acho que são pessoas que chegam ao limite e que não veem saída que não seja o término da vida".
II	"Sim, até antes de trabalhar aqui sempre fugi muito a isso (...) preferia tapar os ouvidos e os olhos"; "Estando aqui a trabalhar tanto com eles há coisas que nós vamos prestando mais atenção e realmente sei que existe muito em Portugal (...) pelas notícias, por aquilo que se fala que realmente acontece e mais no Alentejo".
III	"Sim, um pouco"; "Tenho consciência de que é muito frequente neste grupo etário".
IV	"Não, não" (Não tem noções nenhuma); "Eu sei que principalmente em lares, as pessoas saem do seu contexto de domicílio e percebo que seja um bocadinho difícil e muitos deles falam dessa situação por algo traumática (...) São pessoas que tiveram imensos anos na sua casa".
V	"Eu já ouvi falar, que tenha se passado diretamente comigo não (...) mas já tive conhecimento de alguns casos"; "Se há muitos casos isso eu não estou a par, porque é uma coisa que também não falam muito (...) nem na televisão, nem na comunicação social, que é um tabu e ainda é tabu o suicídio (...) e ainda há de ser durante muito tempo".
VI	"Sim (...) senti na pele porque tive um amigo que se suicidou quando terminou o curso de psicologia"; "É um fenómeno que não se fala muito, também há aquele medo que se se falar do assunto possa despoletar que outras pessoas em situação semelhante se suicidem"; "Na terceira idade, nunca tive nenhum idoso que se suicidasse mas eles verbalizam muitas vezes a questão, não propriamente dito dizem que se querem suicidar mas que querem desaparecer"; "Não tem muita noção se os números são assim muito grandes ou não. Tenho ideia que em termos de jornal e telejornais não é uma coisa que apareça muito aparece mais o dos jovens".
VII	"Relativamente a estatísticas não faço ideia"; "Relativamente ao suicídio na terceira idade, parece-me que será de uma forma mais passiva creio eu (...) quando eu digo passiva falo, por exemplo, na questão de recusar alimentação, a recusa consciente por exemplo da meditação".

De um modo geral, de acordo com as respostas obtidas, os entrevistados demonstram ter algumas noções acerca do tema (suicídio na terceira idade). No entanto, o entrevistado III afirmou não ter qualquer conhecimento acerca do assunto. Relativamente aos dados

estatísticos, apenas uma pessoa mencionou ter conhecimento que o suicídio na terceira idade é bastante frequente.

Como justificção para a falta de conhecimento sobre o tema, dois entrevistados referem que o suicídio é um assunto pouco falado entre as pessoas, considerado um tabu (entrevistada V).

As noções acerca do suicídio na terceira idade são, de um modo em geral, retratados por situaões limites e, de acordo com o entrevistado VII, existe uma ligação do suicídio com a negligência por parte de alguns idosos (no que diz respeito à alimentação e à medicação), o que o leva a acreditar que, nestas idades, o mais habitual é a pessoa deixar de tomar a medicação e de se alimentar, ou seja, que estes idosos têm consciência que ao não cumprirem estas necessidades irão provocar as suas próprias mortes.

Tabela 5: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio? Se sim, quais?
I	“no âmbito do suicídio propriamente dito não (...) todos os nossos colaboradores têm formação contínua e pare terem noção de como é vivenciado o envelhecimento e aquilo que têm de estar atentos tendo em consideração todas as limitações que as pessoas sentem”; “estar muito atentos aos residentes e perceber muito bem o seu estado anímico (...) articular muito com a família”
II	“sim (...) a filosofia do lar é o utente sempre em primeiro lugar (...) o bem-estar do utente”; “nós tentamos conversar, dar apoio, dar presença, dar carinho, dar afeto, dar aquilo que é o que eles precisam neste momento”
III	“sim (...) apoio psiquiátrico fundamentalmente (...) penso que tem terapia ocupacional tem a psicóloga e as instalações estão preparadas já a pensar nisso”
IV	“nós aqui vigiamos o comportamento, se notarmos que assim algum residente mais deprimente pedimos sempre a ajuda de um psiquiatra que temos cá, que trabalha com idosos”
V	“medidas eu acho que sim que nós temos (...) é nos sempre alertado para medicações que haja nos quartos para nós tirarmos ou avisarmos as pessoas responsáveis, neste caso as enfermeiras, andamos sempre a ver o que realmente se passa, se há alguma diferença no comportamento, há sempre o alerta que é dado por mim e pelas minhas colegas”
VI	“uma dessas senhoras era nossa residente daqui (...) nós tomamos medidas de fechar a janela (...) maior vigilância, as ajudantes passavam lá de noite com maior frequência para irem vigiando”; “Temos as nossas próprias câmaras de vigilância (...) só nas zonas comuns (...) normalmente vigiamos mais os casos de depressão (...) quando a gente se apercebe que alguém anda mais deprimido, falar com a médica, ir à consulta com a psiquiatra porquê? Porque aqui a depressão é muito frequente, é o aproximar da morte”
VII	“se estão definidas como medidas de prevenção de suicídio não, acho que toda a nossa politica trabalha nesse sentido (...) primeiro, o nosso trabalho é todo dirigido para a pessoa, as pessoas têm as rotinas que querem, são elas que escolhem”; “o facto de os quartos serem totalmente adaptados mas o mais parecido ao de um quarto de uma casa e não de um hospital (...) isto agora é a casa deles portanto tornar a vida o mais cheia com qualidade, fazê-los sentirem-se úteis, que gostem deles e que as coisas são feitas para eles e por eles”

As medidas da instituição não foram definidas como medidas de prevenção do suicídio porém, parecem ter relação com a prevenção, pelo facto de serem desenvolvidas com o propósito da segurança e do bem-estar das pessoas. Por esta razão, alguns dos entrevistados concordam com a existência de medidas no âmbito da prevenção.

De acordo com os entrevistados, o lema da instituição é a pessoa sempre em primeiro plano. Existe um controlo e vigilância por parte de todos, com o intuito de assegurarem o bem-estar dos idosos, apoio psiquiátrico e reforçaram a importância da articulação entre profissionais e as famílias quando são detetadas alterações de comportamento nos residentes.

Tabela 6: *Análise das entrevistas*

Entrevistados	Questão: Já detetaram alguma ideiação suicida?
I	“já tivemos duas pessoas com discurso mais deprimido... aquele discurso de “já não sei estou aqui a fazer nada” (...) intenção não tivemos, tivemos pessoas que estavam efetivamente deprimidas e que aí foram tomadas algumas medidas de precaução”
II	“não, pelo menos comigo não aconteceu (...) é aquele tipo de “já estou muito doente, estou cansado, o que é que eu ando aqui a fazer?” (...) nunca ninguém me disse que ia fazer”
III	“eu não (...) pensamentos mais depressivos sim... lembro-me de dois casos, um já faleceu, não foi por suicídio e outra senhora que já estive com ideiação suicida”
IV	“não, aqui não”
V	“aqui não, que eu tenha conhecimento não... eu acho que o discurso que eles têm nesta idade eu acho que é comum a todos “o que é que eu estou aqui a fazer” (...) eu acho que eles não pensam em suicídio, eu acho que eles pensam é “eu estou cansada”
VI	“ah qualquer dia atiro-me da janela” mas ela diz aquilo em tom de brincadeira, mas a gente mesmo em tom de brincadeira deve sempre levar em consideração e vigiar as pessoas”
VII	“nós já tivemos uma situação (...) houve uma pessoa que efetivamente entrou cá a nível clínico descompensada e que dizia muitas vezes que ia fazer isto e aquilo e não sei quê, pronto, o que nós fizemos? Travões nas janelas (...) depois de compensada clinicamente nunca chegou assim àquele ponto de nós dizermos “ok isto pode passar para algo mais sério”

A maioria dos entrevistados afirmam não detetar ideias suicidas, apesar de mencionarem que alguns dos residentes apresentavam um discurso mais deprimido. O entrevistado VII foi o único que referiu um caso com ideias suicidas, no entanto, afirmou que após compensado clinicamente e ao serem adotadas medidas de precaução, não voltou a verbalizar pensamentos suicidas.

Relativamente aos discursos, os entrevistados afirmam que são normativos nesta faixa etária justificando que, com o aproximar da morte, este tipo de discurso começa a ser mais frequente.

Tabela 7: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Qual a relação que a instituição estabelece com os familiares e/ou pessoas próximas do idoso?
I	“com a família nós falamos abertamente (...) as famílias fazem parte integrante do nosso dia-a-dia (...) quando nós sentimos que há alguma alteração, automaticamente falamos porque são as pessoas de referência e são elas as melhores a responder o que poderá estar por detrás daquela situação”; “é muito grande” (refere-se à predisposição das famílias); “algumas têm dificuldade em compreender mas todos os familiares que nós temos são extremamente preocupados com os idosos”
II	“tudo o que haja de anormal é registado e passado à família”; “algumas (...) basta estar cá dentro o primeiro dia que conhecia as famílias e tudo, e no geral até parecem ser pessoas que se interessam”
III	“se houver algum pensamento de suicídio transmitimos aos familiares e tentamos com que eles tenham também uma ajuda, talvez um acompanhamento melhor”; “muito, uma predisposição muito, aliás não há regras apertadas, há uma disponibilidade muito melhor”
IV	De acordo com o discurso da entrevistada ao longo da entrevista, parece existir bastante articulação entre instituição/família
V	“nesta instituição as pessoas aqui têm muita sorte porque todos eles se não têm um filho têm o outro, se não vem um filho vem um neto, têm sempre um acompanhamento constante (...) basta a direção telefonar que os filhos estão presentes, os filhos vêm”; “há um acompanhamento constante da família”
VI	“de grande proximidade (...) os nossos familiares visitam com bastante regularidade os nossos residentes”; “não temos casos, felizmente, de abandono familiar”
VII	“Total (...) nós temos sempre as portas abertas”; “a nossa relação com os familiares é muito próxima (...) nós não escondemos nada, temos uma relação muito aberta e aliás, nós queremos que as pessoas estejam bem não é? Que eu creio que é também o principal objetivo das famílias”; “os familiares são as nossas ferramentas também e se quisermos pensar de uma forma um bocadinho mais instrumental, eles são ferramentas terapêuticas podem-nos ajudar imenso”

A relação estabelecida entre a instituição e os familiares/pessoas próximas é de bastante proximidade. Todos os entrevistados consideram que as famílias estão sempre presentes e que, no caso de existir algum assunto importante a ser trabalhado com os residentes, a família é sempre notificada. Este tipo de relação é fomentada por ambas as partes, ou seja, os familiares são preocupados e a própria instituição não tem regras rígidas em relação às visitas, contacto telefónico e integração dos próprios familiares nas atividades dos residentes.

Tabela 8: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Conhece casos de idosos que cometeram ou tentaram suicídio?
I	Não (“fora não, já ouvi falar mas que conheça não”)
II	Não

III	Sim (“houve dois, dois casos que me lembro que tinham ideação suicida mas fora daqui sim”)
IV	Não
V	Sim (“pessoalmente não, tenho conhecimento de falar no caso... colegas minhas que tiveram isso nas aldeias, em que estavam inseridas e em que estavam a trabalhar”)
VI	Não (“não era bem idoso (...) era meia idade”)
VII	Não (casos de suicídio); Sim (uma tentativa de suicídio) – “em boa verdade nós também tivemos outra senhora (...) que o facto de a determinada altura deixar de querer alimentar-se (...) eu acho que de certa forma isto foi um atentado à própria vida”)

No que diz respeito ao conhecimento de casos de suicídio na terceira idade, cinco dos entrevistados (**I, II, IV, VI e VII**) dizem não ter conhecimento de nenhum caso, sendo que dois afirmam ter. O entrevistado **III** refere ter conhecimento de dois casos externos ao lar, ocorrentes durante a sua prática como médica de clínica geral; e o entrevistado **V** afirma conhecer um caso, mas que não diz respeito a uma pessoa próxima.

O entrevistado **VII**, apesar de não ter conhecimento de casos de suicídio, deu o exemplo de uma residente do lar que considerou tratar-se de um caso de atentado à própria vida, ao ter deixado de querer alimentar-se.

Tabela 9: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questões: A nível profissional e pessoal como geriu a morte desse idoso?/ Como é que a instituição geriu a morte por suicídio do idoso?
I	(não se adequa)
II	(não se adequa)
III	Não respondeu
IV	(não se adequa)
V	(não se adequa)
VI	(não se adequa)
VII	(não se adequa)

Esta questão foi realizada apenas à entrevistada **III** por ser a única que esteve em contacto com casos de suicídio. Apesar de ter feito a questão, várias vezes, as respostas que obtive foram sempre desviadas do foco da mesma.

Tabela 10: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questões: Em que situações viveram esses idosos que pudesse ter impulsionado as tentativas e/ou o suicídio?/ Qual o método que o/s idoso/s utilizou/aram?
I	(não se adequa)
II	(não se adequa)
III	“um foi uma doença oncológica, um doente meu (...) outra que... uma tentativa foi após a perda do marido, após ficar viúva”; “a senhora que se atirou do primeiro andar (...) e o senhor atirou-se para debaixo do metro”
IV	(não se adequa)
V	(não se adequa)
VI	(não se adequa)
VII	“Eu não consigo identificar algum motivo (...) a senhora em questão é uma senhora muito dependente da filha e que de alguma forma se a filha lhe chamasse à atenção por algum tipo de comportamento ela dava-lhe a paga “ai é? Então eu não como” então, eu creio que foi ali um bocadinho uma medição de forças (...) porque ela verbalizava mesmo que “eu vou morrer e tu vais-te sentir mal”

Estas questões foram aplicadas a dois entrevistados, o **III** por conhecer dois casos de suicídio e o **VII** por alguém que tenha atentado contra a própria vida. Quanto ao entrevistado **III**, um dos casos foi um homem, um doente oncológico que cometeu suicídio (atirou-se para a linha de metro). De acordo com o entrevistado, o motivo que o levou a cometer suicídio foi a sua doença. A segunda foi uma mulher (atirou-se do primeiro andar) e o motivo identificado foi a perda do marido.

De acordo com o entrevistado **VII**, este não conseguiu identificar um motivo porém, considera que a recusa em alimentar-se tratou-se de uma medição de forças com a filha.

Tabela 11: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Quais são os fatores de risco do suicídio?
I	Isolamento; depressão; perdas associadas à morte; luto; as limitações (“o sentir que já não são capazes, que já não são úteis, que já não estão cá a fazer nada”)
II	Isolamento; solidão; abandono; maus-tratos
III	Depressão; solidão; doenças incapacitantes; doenças como a esquizofrenia; surtos psicóticos
IV	Mudança (casa/lar); afastamento da família; abandono; perdas associadas à morte
V	Depressão; solidão; doenças
VI	Dor (física); degradação física e mental; perda da continência; solidão; depressão; perdas associadas à morte
VII	Depressão; perdas associadas à morte; abandono; perda de autonomia; perda das capacidades físicas e mentais; solidão

Tendo em consideração todas as respostas, foram identificados os seguintes fatores de risco do suicídio: isolamento; depressão; perdas (associadas à morte e ao processo de envelhecimento); luto; solidão, abandono/afastamento da família; maus-tratos; doenças; surtos psicóticos; mudança (casa/lar); dor.

Tabela 12: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Qual o principal fator de risco que leva ao suicídio?
I	Isolamento
II	Solidão associada ao abandono
III	Depressão
IV	Abandono
V	Solidão
VI	Perdas (associadas à morte e ao processo de envelhecimento)
VII	Depressão

Após a análise das respostas, podemos verificar que a falta de apoio por parte de familiares/pessoas próximas é o principal fator de risco do suicídio pois, o isolamento, a solidão e o abandono estão diretamente associados a carência. Para além destes fatores, surge também a depressão considerada como o principal fator de risco pelos entrevistados III e VII.

Tabela 13: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Quais são os fatores de proteção?
I	Afeto; relações interpessoais; rotinas; respeitar e mostrar as suas dignidades. “há duas coisas que eu acho que são fundamentais na nossa vida, berço onde nascemos, a sorte que temos no desenrolar e as relações que criamos e muitas vezes não damos valor nenhum a isto e chegamos à velhice e não temos ninguém, e porque é que não temo ninguém? Porque nunca nos dedicamos a ninguém”
II	Considera importante a proteção; acompanhamento; atenção. “evitar isso é mesmo não os abandonar, não os deixar sozinhos”
III	Tratamento da depressão e da dor associada ao processo de envelhecimento; combater a solidão
IV	Acompanhamento; controlo/vigilância; atenção; escuta ativa.
V	Acompanhamento; controlo/vigilância. “estar sempre com o cuidado de ver se há alguma alteração de humor, se a depressão piorou (...) controlar aquilo que eles tomam, se tiverem medicação em nome deles”
VI	Ocupação; vida ativa; relações interpessoais.

VII	Acompanhamento clínico; afeto; ocupação. “é fundamental a ocupação, o afeto, o acompanhamento e estar atento a todos os sinais de qualquer tipo de desequilíbrio a esse nível”
------------	---

De acordo com as respostas dos entrevistados, os fatores de proteção mais referidos são: a construção de relações interpessoais; o acompanhamento; o controlo/vigilância; o afeto; o respeito; a criação de rotinas; uma vida ativa; e o tratamento da depressão.

Tabela 14: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Na sua opinião a nossa sociedade está consciente da realidade de suicídio em que vivemos?
I	“é um assunto muito difícil (...) não acho que é só por ser tabu (...) uma pessoa saudável, à partida saudável fisicamente, claro que não está cognitivamente saudável... acho que é um choque portanto, daí eu acho que fica sempre com a sensação que devia ter feito mais alguma coisa, mesmo que não adiantasse nada”; “a dificuldade da sociedade quando alguém se suicida eu acho que para quem está à volta fica para o resto da vida culpabilizado por aquela pessoa (...) as pessoas têm noção, que acontece, os motivos pelos quais acontece, pelo menos na minha realidade familiar e pessoal”; “em termos de sociedade, eu acho que há muitos assuntos tabus e depois a igreja pronto (...) já não tem um enterro digno (...) esse medo que a igreja incute na sociedade relativamente ao suicídio faz com que as pessoas também se queiram afastar desse tema (...) porque é considerado que se falar muito que se potencia o suicídio.
II	“eu acho que sim, que está mas lá está, faz ouvidos moucos porque há coisas que... não sabem o que fazer e não se faz (...) dão prioridades a tanta coisa que eu acho que se está a esquecer muito destas pessoas (...) são pessoas que já deram muito, já deram tudo o que tinham e o que podiam a todos nós, ao país (...) é preciso cuidar deles”
III	“a sociedade penso que não, se não havia melhor tratamento desses três fatores” (depressão, dor e solidão)
IV	“acho que não, penso que não”
V	“Não (...) eu acho que não está consciente (...) não está preparada para nem está preparada quando acontece, porque é o dito tabu como disse à menina (...) seja em que idade for, desde que tenha a palavra suicídio é um tabu”
VI	“Eu acho que os números devem ser muito maior do que o que nós sabemos (...) também há aquela vergonha que quando alguém se suicida também se tenta... o meu amigo quando se suicidou, aquilo em termos familiares não se fala na palavra suicídio portanto, ele morreu (...) o facto de ser suicídio é uma condicionante para, portanto ele morreu em pecado, digamos assim para a religião”
VII	“é um lugar comum nós dizermos que a população está envelhecida e como eu falei à bocadinha das aldeias que agora a nível das idades, a média de idades é muito alta, agora relativamente ao suicídio em si não acredito”; “muito honestamente não, eu acho que não (...) acho que ninguém pensa naquelas pessoas que tiveram toda a vida construída e que agora não têm nada, que vão morrer sozinhas e que se calhar vão morrer porque deixaram de comer, vão morrer porque deixam de tomar a medicação, vão morrer porque os filhos já não querem saber, vão morrer porque estão fechados entre quatro paredes e não conseguem subir ao quarto porque têm escadas ou porque estão numa casa que não tem elevador, percebe? Para mim, não a nossa sociedade não está alerta, nem acho que esteja minimamente consciente dessa realidade”

No geral, os entrevistados consideram que a sociedade não está consciente da realidade acerca do suicídio, apenas o entrevistado II considera existir alguma consciência por parte da sociedade mas que, no entanto, esta tenta sempre evitar o assunto por não estar preparada para intervir sobre o mesmo.

Foram identificadas algumas justificações por parte dos entrevistados no que diz respeito à consciência da sociedade, ou falta dela, acerca da realidade do suicídio. De um modo em geral as justificações apresentadas prendem-se com o tabu associado ao tema (I e V); com o estigma criado pela religião face ao suicídio, sendo este considerado um pecado (I e VI); e ainda com a crença de que falar acerca do suicídio pode encorajar outras pessoas a cometer esse ato.

Tabela 15: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Tem conhecimento de programas/projetos de prevenção do suicídio na terceira idade?
I	(não respondeu à questão, porém, reforça a ideia de uma prevenção primária)
II	“de suicídio não”
III	“Não, não tenho. Atualmente não estou a par e não sei se alguém está preocupado com isso”
IV	“Não”
V	“Não, não tenho e nem sei se há, por acaso até posso pesquisar”
VI	“Tirando aqueles projetos que às vezes ouvimos na televisão dos estudantes que vão viver com os idosos para tentar conciliar a solidão ou para diminuir a solidão (...) aquelas linhas de SOS para o suicídio (...) há aquelas pulseirinhas que também agora qua alguns idosos têm que permite falarem com a polícia (...) de resto não conheço assim mais nenhum”
VII	(não foi aplicada a questão)

Apenas o entrevistado VI afirma ter conhecimento da existência de programas/projetos de prevenção na área do suicídio na terceira idade.

Tabela 16: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Na sua perspectiva, qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção do suicídio na terceira idade?
I	“é a prevenção primária, é começarmos do início pronto, nesta fase tentar gerir da maneira como nós temos feito que acredito que seja a melhor forma de o fazer (...) tentar estar atento, perceber o contexto da pessoa na realidade, se tem ligações significativas, se não tem, que acompanhamento médico tem, de que acompanhamento médico necessita”; “para evitar que no futuro, era bom que houvesse esta intervenção a nível primário em que se começasse desde pequenino a trabalhar afetos, a trabalhar ligação, a trabalhar medos”

II	<p>“o primeiro passo seria nos locais mais afastados onde estão, tentar arranjar forma de criarem instituições... lares, casas para essas pessoas não estarem sozinhas, não podem estar sozinhas (...) porque eles depois não têm cuidados com higiene, não têm cuidado com a alimentação, não têm cuidado com a medicação”</p> <p>“é preciso ter muita paciência, muita disponibilidade para os acompanhar portanto eu acho que passar por haver mais instituições, mais locais credíveis, bem credíveis não esses lares que andam aí, onde realmente o fator principal seja o bem-estar do idoso, não pensar no dinheiro, não pensar no lucro (...) porque eles são pessoas não é!? São seres humanos... pensar neles!”</p>
III	<p>“era tratar melhor a depressão, a dor e a dor nos idosos porque ainda há muitos preconceitos mesmo em relação aos analgésicos, o que se pode usar ainda há muito preconceito em relação a isso e a solidão”</p> <p>“concordo que o idoso deveria sempre estar no seio familiar, o ideal era mantê-los na casa e haver uma ajuda na casa (...) eles agora já estão mais satisfeitos mas no início, quando eu vim para aqui trabalhar, isto tinha aberta há pouco tempo e estavam todos numa fase inicial, estava tudo muito triste”</p>
IV	<p>“o acompanhamento regular”</p>
V	<p>“é divulgar, falar, dialogar com as pessoas que são os cuidadores e indicar-lhes os pontos mais fulcrais que as pessoas devem ter atenção”</p>
VI	<p>“sinalizar as pessoas que estão sozinhas (...) diagnosticar as depressões, controlar a dor (...) eu acho que uma pessoa com dor incontrolada, a pessoa só quer morrer e acho que isso é um fator que pode às vezes precipitar a pessoa a fazer alguma loucura (...) ter estas pessoas nas consultas da dor”</p> <p>“nos casos de degradação física e mental, os cuidados paliativos neste momento ainda não chegam a toda a gente”</p>
VII	<p>“o que é que é necessário? Primeiro, antes de mais quero-lhe dar os parabéns pelo estudo, porque sim, o falar das coisas que estão dentro da gaveta e que se calhar ninguém tem a consciência que elas estão dentro da gaveta é muito importante.”</p> <p>“nós consideramos a terceira idade a partir dos sessenta e cinco anos e começa tendencialmente a puxar-se um bocadinho mais para trás e a reforma já está no sessenta e sete (...) tinha que se puxar a cassetete um bocadinho atrás, que é, ninguém pensa em nada neste momento, muito honestamente, a nível de construção de vida (...) uma pessoa faz o planeamento da reforma, se calhar tem que fazer o planeamento de uma vida”</p> <p>“ontem eu tive claramente consciência disso quando vi o enquadramento, não se fala nisto, não se fala. Quais são as respostas para a terceira idade, lares (...) há a questão do apoio domiciliário, mas a esse nível há sempre desconfianças”</p> <p>“é óbvio que nós não podemos mimetizar determinadas condições, mas quer dizer, nós temos imaginação para inventar aviões e essas coisas, não é, portanto imaginem-se”</p>

De acordo com os entrevistados, a prevenção passa por criar mais instituições com maior credibilidade ao nível da qualidade dos cuidados prestados de forma a colmatar a solidão e o abandono. Foi ainda referida a importância da qualidade e regularidade do acompanhamento bem como do tratamento da depressão e do controlo da dor. Alguns dos entrevistados reforçam a criação de alternativas para que os idosos consigam permanecer nas suas casas, nomeadamente, os cuidados prestados ao domicílio. Para além disso, surge a importância de informar e transmitir estratégias aos cuidadores, sinalizar as pessoas que encontram em situação de abandono e a abordagem do tema do suicídio com o intuito de que este seja desmistificado. Por último, a importância da criação de relações significativas e do

trabalho ao nível dos afetos com a população mais jovem, de modo a dotá-los de estratégias para lidar com os desafios ao longo da vida, nomeadamente, o processo de envelhecimento.

Tabela 17: Análise das entrevistas

Entrevistados	Questão: Qual a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção (suicídio)?
I	<p>“o sonho seria termos uma capacidade de intervenção em casa portanto, fazemos isso aqui e poderemos ir a casa das pessoas e recriar”</p> <p>“eu acho que tem tudo na base do respeito e da dignidade da pessoa e tratar... eu costumo dizer, tratar as pessoas como se fossemos nós não é “ah temos de tratar os idosos com muito respeito”, não é os idosos, é as pessoas, não são idosos, são pessoas, eles devem ser tratados como pessoas ponto final e acho que isto é a base... quando nós começarmos a tratar todas as pessoas como pessoas então aí acho que as coisas correrão bem”</p>
II	<p>“é isto, é esta (...) vai muito por aquilo que se faz aqui eu acho que, por aquilo que a Dr. Sofia idealizou para aqui e que nos inculuiu, o que nos preparou e nos deu formação, eu acho que vai muito por aí porque nós tratamos a pessoa, olhamos para todos eles como pessoas, como seres humanos (...) nós sabemos o que cada um gosta de fazer, o que faziam antes, porque isso é muito importante”</p>
III	<p>“para mim o ideal era, como é que se chama? (...) a sua residência assistida, era manterem-se nos seus lares e com uma assistência ou então, um tipo de instituição... esta é quase ideal”</p> <p>“eu não sei, mas esta deve ser, a nível do Porto, que tem melhores condições. A nível de instituições deste tipo, o que eu conheço, que há aqui no Porto é muito mau (...) depois aqueles lares, não é lares, aquelas famílias de acolhimento, muito mau... eu quando estava no serviço de ação de saúde ia fazer domicílios a alguns e muito mau”</p>
IV	<p>“lá está se calhar um acompanhamento de perto de todos os residentes (...) a escuta ativa, se calhar mais próxima da pessoa, se calhar tentar perceber o que é que ela sente com a mudança, pronto sentimentos mais profundos”</p> <p>“penso que sim” (considera que a instituição tem todos os recursos necessários)</p> <p>“se calhar sem sabermos estamos a atuar e depois também temos terapias ocupacionais, eles sentem-se ocupados”</p>
V	<p>“Estamos em Portugal (...) nunca tudo é possível”</p> <p>“eu trabalhei numa instituição na Alemanha (...) achei-lhe muita graça... eles tinham tudo aquilo para que nós trabalhássemos, todos os materiais que nós tínhamos para trabalhar era tudo para nos favorecer a nós e depois tinham todos os cuidados (...) tinham um ginásio próprio para os idosos, tinham dois ou três preparadores (...) nunca vi nenhum lar aqui de idosos a ter isso, um ginásio (...) achei espetacular”</p> <p>“nós quase não fazíamos força para pegar em ninguém, tínhamos uma máquina para pegar nas pessoas (...) também há cá em Portugal só que são extremamente caras (...) eles fomentavam muito sair do lar, passeios (...) eles andavam muito de bicicleta lá (...) tinham atividades para pessoas de cadeiras de roda (...) são instituições com mentalidades completamente diferentes das nossas não é? Aqui se calhar se dissermos, não sei se é verdade ou mentira, vamos passear com o idoso para qualquer lado se calhar a família “ai ele vai cair” e ali não, as próprias famílias, os próprios filhos perguntam “então, próximo fim-de-semana para onde é que vão?”</p>
VI	<p>“a nossa. Já trabalhei em muitos sítios, estagiei em vários sítios sem saberem que era licenciada, o que foi uma experiência muito grande (...) já vi muitos maus exemplos do que são lares (...) que não têm esta nossa filosofia na ACOLHE”</p> <p>“melhorava claro (...) o ideal é relativo, por exemplo, eu trabalhei num lar que tinha piscina, que tinha jacúzi, posso-lhe dizer que praticamente ninguém utilizava”</p> <p>“a terceira idade está a evoluir e eu acho que o segredo é o lar também acompanhar as mudanças da sociedade em termos de coisas (...) o primordial é as famílias virem cá visitá-los e estarem cá com eles, isso é que é a grande alegria”</p>

VII	<p>“eu já falei efetivamente da instituição em que trabalho e que gosto bastante e que só trabalho exatamente porque concordo com a política da instituição. Idealmente, não posso deixar de começar pelos rócios, ter mais colaboradores (...) não só pela qualidade que lhes damos a eles, mas mesmo pela qualidade que damos aos nossos colaboradores, porque quando estão menos há uma maior subcarga (...) podíamos ter aqui, por exemplo um ginásio (...) uma piscina (...) a água é um meio totalmente diferente, que elimina a gravidade, portanto permite trabalhar imensas coisas sem o peso da idade (...) levá-los a sair mais vezes (...)</p> <p>“um trabalho mais especializado com os mais dependentes, mais pessoal e a construir um castelo para ter todo o tipo de equipamentos para poder trabalhar mais coisas”</p> <p>“talvez que o INEM viesse mais cedo e que as urgências não fossem o filme que são (...) lá está corta-se no que não se deve (...) por exemplo uma das coisas que nós temos que dizer sempre que ligamos para o INEM é o senhor ou a senhora era autónomo que é para ter a certeza que eles vêm o mais rápido possível e que vai ser tratado como uma pessoa que fazia tudo e não como uma pessoa que já está acamada e que se calhar é melhor ir”</p> <p>“portanto, se estamos preparados, acho que não, há muita coisa para trabalhar sem dúvida alguma, e a esse nível não é a nível do suicídio, mas quase homicídio. Mas isso é outra questão”</p>
-----	---

De um modo em geral, os entrevistados consideram que a ACOLHE se aproxima de uma instituição ideal ao nível do cuidado dos residentes. Quando questionados acerca das suas perspetivas em relação a todos os recursos que uma instituição deveria ter, referem a importância da intervenção no domicílio, com o intuito que os idosos permaneçam no conforto das suas casas. Um ponto fulcral é o modo como os idosos são tratados na instituição, sendo fundamental que haja uma relação de respeito e dignidade para com os mesmos. Referem ser necessário olhar para as pessoas como seres individuais com vivências distintas, respeitando sempre as suas vontades. Ao nível da manutenção das relações familiares, realizar atividades que envolvam a família e assim, promover a qualidade dessas relações. Ao nível dos recursos materiais, reforçam a importância da disponibilidade dos equipamentos necessários às práticas clínicas existentes na instituição. Segundo os entrevistados, é fundamental que as instituições acompanhem a evolução da sociedade e incentivem os idosos a acompanharem essa evolução. A instauração de terapias, como terapia ocupacional e hidroginástica, é considerado fulcral para que os idosos se mantenham ativos e, desta forma, tenham uma melhor qualidade de vida. Por fim, no que respeita aos recursos humanos, consideram que o número de funcionários contratados deve ser proporcional à carga de trabalho existente, de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida dos funcionários; referem ainda, a importância de ter profissionais especializados para cuidar dos idosos mais dependentes e acamados e de garantir a assistência médica necessária atempadamente.

10. Discussão dos dados obtidos

Após os dados serem analisados (de acordo com as entrevistas realizadas aos sete profissionais da ACOLHE), neste tópico serão apresentadas as discussões em torno das respostas e de outras questões que foram abordadas ao longo das entrevistas. Como era de esperar,

alguns dos entrevistados acabaram por aprofundar outras questões acerca da terceira idade pois, a técnica de entrevista-semiestruturada serve, principalmente, para proporcionar um ambiente de reflexão e partilha entre os entrevistados e o entrevistador. Neste sentido, o entrevistador consegue observar, através do discurso da pessoa, a predisposição dos elementos em relação às questões e, indo ao encontro do objetivo principal desta investigação, a construção das suas representações sociais face ao tema do suicídio na terceira idade.

Respetivamente ao tema do suicídio na terceira idade verificou-se que seis dos entrevistados não têm conhecimento acerca dos números ligados à estatística da morte por suicídio, ou seja, não sabem se existem muitos ou poucos casos de suicídio na terceira idade, em Portugal. Apenas a entrevistada III afirma ter conhecimento que o suicídio nesta faixa etária é bastante frequente. Tendo em consideração estes dados e, de acordo com o discurso de alguns profissionais, o suicídio parece ser um tema tabu e, por esta razão, a maioria das pessoas não chegam a aperceber-se da realidade deste fenómeno. Poderá ter a ver também com o facto de não se falar sobre o suicídio, como com a própria vontade de debater o tema pois, de acordo com a entrevistada II, “preferia tapar os ouvidos e olhos tipo não, não vejo nada, não sei o que se passa”. Ao considerarem a falta de informação acerca do tema e ao justificarem essa carência, percebe-se através dos seus discursos que a religião assume um papel significativo em relação ao suicídio. Tal como refere Sampaio (1991), perante a religião católica, as pessoas que cometem suicídio morrem em pecado e, conseqüentemente, não têm o direito a um enterro digno. Apesar deste aspeto religioso assumir um peso maior nos nossos antepassados, atualmente ainda existe este impeditivo para os familiares das pessoas que cometem suicídio, em dar-lhes um enterro digno (de acordo com a entrevistada VI que conheceu um caso de uma pessoa próxima e que a mesma não teve direito ao mesmo). Apesar da existência deste fator religioso, os entrevistados não concordam com esta decisão pois, assumem que o funeral acaba por ter maior peso para os familiares da pessoa do que propriamente para o defunto.

A minha perceção em relação à abordagem do tema do suicídio com os profissionais foi a notória disponibilidade que demonstraram em falar sobre o tema e a importância que cada um assumiu em relação à sua abordagem. Porém, foi possível verificar que dois dos entrevistados não sentiram-se tão à vontade a falar sobre o este, nomeadamente, foi notada alguma hesitação ao pronunciar a palavra ‘suicídio’. Considera-se que um deles poderá ter a ver com a falta de conhecimento sobre o tema pois, não conseguiu acrescentar qualquer conhecimento em relação ao mesmo. No caso do outro entrevistado, esta hesitação poderá ser justificada pelo facto dos casos de suicídio (por ele referidos) dizerem respeito a pacientes seus.

De acordo com todos os entrevistados não existe nenhum caso de suicídio na instituição. Por esta razão surgiu a importância de abordar a família e os seus papéis pois, o facto de nenhum

idoso estar em situação de abandono, acaba por ser um fator protetor da ACOLHE para a inexistência de casos de suicídio no futuro.

Relativamente às medidas institucionais, a ACOLHE proporciona uma formação contínua aos seus colaboradores com o intuito de que estes estejam familiarizados com os desafios associados ao processo de envelhecimento e prestarem os melhores cuidados aos idosos. Após a realização das entrevistas, tive a oportunidade de visitar as instalações da residência e, tal como alguns entrevistados referiram, a mesma foi construída em prole do bem-estar e da segurança dos seus residentes, nomeadamente, estruturas adequadas e seguras à livre circulação dos idosos pela instituição (ex.: rampas, elevadores, pisos coloridos como estratégia de orientação). Referiram ainda que possuem todos os equipamentos essenciais às várias práticas clínicas existentes na instituição.

Um dos aspetos que os entrevistados destacam como importante acerca da instituição é a existência de um cuidado especial no que diz respeito à alteração de comportamento dos residentes. Assim, quando é notada alguma alteração, esta é transmitida à equipa técnica para que, em conjunto com a família, possam atuar adequadamente a cada situação. De acordo com as respostas obtidas, na instituição não existem regras restritas em relação às visitas e ao acompanhamento diário dos familiares/pessoas próximas nas atividades e refeições junto dos idosos. Para além destes aspetos, existe ainda a prática de atividades realizadas pela terapeuta ocupacional e, segundo a mesma, têm “um grupo fixo que faz sempre atividades”. Reforçando esse aspeto, o entrevistado VII referiu um projeto que considera ser a atividade com mais adesão por parte dos idosos, designado por “Construir Amizades”. Este projeto implica a troca de correspondência (cartas) entre os residentes do lar com outras pessoas (a maioria são jovens e vivem noutros países).

Relativamente aos residentes, apenas um entrevistado referiu um caso com ideias suicidas (entrevistado VII) e os restantes consideram que os seus discursos são normativos nessa faixa etária: “já tivemos duas pessoas com discurso mais deprimido... aquele discurso de “já não estou aqui a fazer nada” (...) intenção não tivemos, tivemos pessoas que estavam efetivamente deprimidas” (entrevistado I); “é aquele tipo de “já estou muito doente, estou cansado, o que é que eu estou aqui a fazer?” (entrevistado II); “eu acho que o discurso que eles têm nesta idade eu acho que é comum a todos (...) acho que eles não pensam em suicídio, eu acho que eles pensam é “eu estou cansada” (entrevistado V). Apesar de existir esta consciência, ou seja, ao considerarem que estes discursos não são reais, que não têm qualquer tipo de intenção, é necessário sempre uma atenção especial. A depressão, de acordo com Solomon (2016) é o principal fator de risco e o facto dos idosos verbalizarem este tipo de discursos podem ser sinais da própria depressão que, por sua vez, poderá levá-los a pensamentos suicidas. O objetivo de

discutir este aspeto é a importância de consciencializar os profissionais para a possibilidade das pessoas terem ideações suicidas porque, se os mesmos desvalorizarem os seus discursos, não haverá qualquer intervenção e minimização do fenómeno do suicídio.

Voltando à questão da família, os entrevistados revelam que os familiares/pessoas próximas estão bastante presentes no dia-a-dia dos idosos. Esta integração acaba por beneficiar, para além dos idosos, a própria instituição tornando mais fácil o contacto, caso seja necessário, com os mesmos. Todas as situações em que seja necessária uma intervenção por parte dos profissionais, existe sempre facilidade em contactar a família, sendo que a própria demonstra-se disposta a ajudar sempre que necessário na resolução de algum obstáculo, “quando nós sentimos que há alguma alteração, automaticamente falamos porque são as pessoas de referência e são elas as melhores a responder o que poderá estar por detrás daquela situação” (entrevistado I); “a nossa relação com os familiares é bastante próxima (...) nós não escondemos nada, temos uma relação muito aberta e aliás, nós queremos que as pessoas estejam bem não é? Que eu creio que é também o principal objetivo das famílias” (entrevistado VII).

No decorrer das entrevistas, apenas um dos profissionais referiu ter conhecimento de dois casos de suicídio na terceira idade. Após abordada outra questão, nomeadamente, perceber como a nível pessoal e profissional o entrevistado geriu a morte dessas pessoas, com a tentativa de perceber qual o impacto que a morte por suicídio pode assumir nos indivíduos que lidam com estes casos de perto, o mesmo (entrevistado III), acabou por não responder. Passo a citar, “a nível profissional e pessoal como é que geriu a morte desses idosos?” (questão), “a nível profissional e pessoal...” (resposta); “como geriu a morte desses idosos? Porque nem sempre é fácil distanciarmo-nos” (questão), “o que se suicidou eu não me apercebi, não me apercebi que isso ia acontecer ah (pausa)... deve ter mais casos” (resposta); “mas pense só nesses, lá está, a senhora já tem uma experiência” (questão), “sim claro mas deve haver mais casos mas que eu esteja a ver” (resposta); “exato, mas aqui a pergunta é, aconteceram esses casos certo? A partir do momento em que soube como é que geriu essa informação?” (questão), “esse senhor que se suicidou era bastante inteligente e provavelmente não queria passar pela fase terminal e ali pelos tratamentos (...)” (resposta). O facto do entrevistado III desviar sempre o foco da questão poderá ter relação com o sentimento de culpa (abordado no corpo teórico). A pessoa, mesmo que não seja familiar/pessoa próxima de alguém que cometeu suicídio, poderá sentir-se culpabilizado por motivos que possam estar ocultos. Neste caso em específico, o entrevistado conheceu estes casos, pois tratavam-se de pacientes seus (enquanto médico de clínica geral). A culpa pode estar associada à expectativa que as pessoas têm em relação à identificação dos sinais, acreditando que poderiam estar mais atentos. Porém, as pessoas com ideações suicidas, por vezes, não demonstram qualquer tipo de indícios. A culpa associada ao

sentimento de impotência nas pessoas que acreditam que poderiam ter evitado esse desfecho pode vir a revelar-se um entrave e, neste caso, poderá ser o motivo que levou o entrevistado a não responder às questões.

Apesar do entrevistado III não conseguir responder à questão relativa à gestão pessoal/profissional face aos casos de morte por suicídio, conseguiu abordar as motivações que levaram essas duas pessoas a cometê-lo. Um dos casos era um homem com uma doença oncológica e que, por esta razão, acredita que a pessoa em questão optou pelo suicídio ao invés de passar os últimos meses de vida em sofrimento com os tratamentos médicos; e o outro caso, uma mulher que tinha ficado viúva recentemente após a perda do marido. De acordo com estes casos considera-se que as perdas e as doenças são de facto um dos principais fatores de risco do suicídio. O entrevistado VII refere um caso que teve conhecimento na ACOLHE, no qual a pessoa atentou contra a sua própria vida decidindo deixar de querer alimentar-se e de tomar a medicação. Porém, não foi identificado nenhum motivo, apesar do entrevistado VII relacionar este comportamento autodestrutivo com a relação que a mesma tinha com a filha “a senhora em questão é uma senhora muito dependente da filha e que de alguma forma se a filha lhe chamasse à atenção por algum tipo de comportamento ela dava-lhe a paga “ai é? Então eu não como” (...) eu creio que foi ali um bocadinho uma medição de forças e que depois acabou por se, não descontrolar porque nunca se descontrolou, mas que acabou por se tornar numa decisão quase da senhora de... porque ela verbalizava mesmo “eu vou morrer e tu vais-te sentir mal”. O discurso dessa mulher poderá ter ligação com a decisão da filha deixar a mãe aos cuidados do lar. A integração dos idosos nestas instituições, por vezes, não são nada fáceis para eles. Não podemos deixar de nos esquecer que estas pessoas foram retiradas das suas casas e encontram-se num contexto totalmente diferente, passando a estar obrigadas a partilhar o seu dia-a-dia com outras pessoas.

Na terceira idade as pessoas atingem a última fase do seu desenvolvimento e é nesta faixa etária que começam a surgir outros grandes desafios para o ser humano. Estes desafios dizem respeito à perda de autonomia, que outrora alcançaram em vida e voltam a perdê-la como consequência da degradação física e mental. Todas estas mudanças são dificilmente aceites, principalmente quando são pessoas que em toda a sua vida foram autónomas e ativas. Um dos principais objetivos quando se trabalha com esta faixa etária é, sem dúvida, a tentativa de dar às pessoas uma melhor qualidade de vida e, para isso, a família e a própria sociedade devem estar conscientes e sensíveis a esta realidade. De acordo com o entrevistado VII, “consideramos a terceira idade a partir dos sessenta e cinco anos e começa tendencialmente a puxar-se um bocadinho mais para trás e a reforma já está nos sessenta e sete (...) tinha que se puxar a cassete um bocadinho atrás, que é, ninguém pensa em nada neste momento, muito

honestamente, a nível de construção de vida, era o que eu estava a dizer os jovens agora têm problemas a nível dessa construção (...) é óbvio que nós não podemos mimetizar determinadas condições, mas quer dizer, nós temos imaginação para inventar aviões e essas coisas, não é, portanto imaginem-se”.

Para além da perda do cônjuge e da doença oncológica, que foram identificadas pelo entrevistado III como as motivações que levaram os seus pacientes a cometer suicídio, considerando todos, foram referidos o isolamento, as perdas (associadas à morte e ao processo de envelhecimento), a depressão, o luto, a solidão, o abandono/afastamento da família, os maus-tratos, os surtos psicóticos e a mudança (casa/lar) enquanto fatores de risco de suicídio na terceira idade. De um modo geral, foram apresentados os fatores de risco com maior impacto nesta faixa etária no que diz respeito ao suicídio tendo em consideração à abordagem teórica deste trabalho de investigação (tópico 4.1). Em relação aos residentes da ACOLHE, nenhum deles encontra-se em situação de abandono familiar porém, existe um fator de risco comum a todos eles, nomeadamente, a mudança (casa/lar). Face a este último fator, o entrevistado I afirma que “não tivemos problemas de integração agora, dizer assim “ah isto é o sonho da vida de alguém” não (...) isso é uma coisa que é preciso estarmos conscientes (...) eu sou dirigente de uma instituição que é uma residência, se me perguntar se isto era a resposta ideal eu digo-lhe que não... se é a melhor resposta que existe no contexto em que nós temos? é!”. Citando ainda o entrevistado III, “ eu noto muito no início, eles agora já estão mais satisfeitos mas no início, quando eu vim para aqui trabalhar, isto tinha aberto há pouco tempo e estavam todos numa fase inicial, estava tudo muito triste não é? Agora já estão melhores mas mesmo assim”. Reforçando a ideia anterior, o entrevistado V afirma que “o que lhes falta realmente é o meio ambiente deles, em casa, em suas casas, nos seus espaços”.

Quando as pessoas atingem a terceira idade pode-se prever que já tenham sofrido a perda de algum ente querido, nomeadamente, os pais, algum familiar, uma pessoa próxima e/ou o cônjuge, como também outras perdas – associadas ao processo de envelhecimento (degradação física e mental). É devido a estes fatores que torna-se tão difícil para o idoso encarar a vida com a qualidade que outrora possuíram em idade adulta. Os pensamentos negativos que inconscientemente podem vir a desenvolver sobre si próprios acabam por ser um aspeto comum nestas idades. Por esta razão, é fundamental que as pessoas antecipem esta nova fase, começando por um planeamento para que, quando atingirem a terceira idade, possam sentir-se mais preparadas para enfrentar os problemas que possam surgir.

Acerca dos fatores de proteção do suicídio na terceira idade foram identificados a construção de relações interpessoais, o acompanhamento, o controlo/vigilância, o afeto, o respeito, a criação de rotina, uma vida ativa e o tratamento da depressão. De um modo geral,

os entrevistados referiram que estes fatores podem contribuir para a prevenção do suicídio na terceira idade. Considerasse importante que os idosos mantenham as rotinas diárias que tinham antes de serem institucionalizados pois, a alteração das mesmas, pode comprometer o bem-estar e a segurança dos mesmos. Como foi referido anteriormente, a mudança (casa/lar) pode ser um processo doloroso para os indivíduos e, ao manterem as suas rotinas, irá contribuir para os seus ajustamentos.

De acordo com o entrevistado III, surge também a importância do tratamento das pessoas com depressão. Como podemos verificar no anexo V, relativo às receitas médicas de quarenta e três residentes no período de 2018, vinte e um dos idosos estão medicados para o controlo de sintomatologia depressiva, ansiosa e/ou tratamento da esquizofrenia. Apesar de não ter conhecimento alargado sobre o diagnóstico de cada residente, os documentos apresentados no anexo V demonstram que, aproximadamente metade dos residentes, estão a ser tratados e, a grande maioria, apresenta surtos psicóticos.

A título de exemplo, pode-se verificar através da ficha médica do residente 25 (de acordo com o Anexo V⁶) a sua medicação. Os dados apresentados em seguida foram retirados com base na informação sobre medicamentos do INFARMED (s.d.). De acordo com os medicamentos da residente foram identificados o **Diplexil-R** (sustância ativa do Valproato semisódico⁷) que poderá surtir na pessoa a sensação de estar doente, diarreia, cólicas intestinais, obstipação e raramente uma diminuição ou aumento do apetite; o **Lasix** (substância ativa da Furosemida⁸) que apresenta como efeitos secundários mais frequentes o desequilíbrio eletrolítico, desidratação e hipovolemia, aumento dos níveis séricos de creatinina, aumento dos níveis séricos de triglicéridos, hemoconcentração, hiponatremia, hipocloremia, encefalopatia hepática em doentes com insuficiência hepatocelular (podendo incluir a falta de memória, convulsões, alterações de humor e coma) e o volume de urina aumentado; o **Mirtazapina Aurotivas MG** (substância ativa da mirtazapina⁹), sendo que neste os efeitos secundários mais frequentes são a letargia, tonturas, falta de firmeza/tremores, náuseas, diarreia, vômitos, erupção cutânea, dor nas articulações/músculos, cansaço, ansiedade e insónias; o **Ogasto** (substância ativa do lansoprazol¹⁰) que possui como efeitos secundários mais frequentes a dor de cabeça/tonturas, diarreia/prisão de ventre/dores de estômago/mal-estar/flatulência/boca

⁶ Recorri ao anonimato e, por essa razão, o nome dos utentes foi retirado e substituído por números.

⁷ Utilizado para epilepsias generalizadas e/ou parciais; epilepsias especiais; generalizadas secundárias (ex.: convulsões febris na criança; doentes com ciclos rápidos; enxaquecas, cefaleia crónica diária) (INFARMED, s.d.).

⁸ Utilizado no tratamento de edemas de origem cardíaca, renal e/ou hepática; e hipertensão arterial (INFARMED, s.d.).

⁹ Utilizado no tratamento de episódios de depressão major (INFARMED, s.d.).

¹⁰ Utilizado no tratamento de úlceras (INFARMED, s.d.).

ou garganta seca ou infamada, erupção na pele e comichão, alterações nos valores das análise da função hepática, fadiga e pólipos benignos no estômago; o **Olanzapina Zentina Mg** (substância ativa da Olanzapina¹¹) tendo como efeitos mais frequentes o aumento de peso, sonolência, aumento dos níveis de prolactina no sangue, aumento de açúcar no sangue e na urina, aumento do apetite, tonturas, inquietação, tremor, prisão de ventre, erupção cutânea, entre outros (INFARMED, s.d.). A importância da abordagem face aos medicamentos, dando o exemplo deste idoso, visa a compreensão dos efeitos que estes surtem no indivíduo. Para além dos benefícios do tratamento através destes medicamentos, conseqüentemente, existem alterações físicas e emocionais. Por esta razão devemos estar atentos e compreender que o tratamento das doenças não é um percurso fácil para as pessoas. As próprias acabam por sentir-se diferentes e os seus comportamentos alteram em função dos efeitos identificados anteriormente.

Em relação à perspectiva dos entrevistados acerca da sociedade estar ou não consciente do fenómeno do suicídio na terceira idade, a maioria considera que a sociedade não está consciente. No entanto, apesar de um dos entrevistados trazer a visão de que a sociedade está consciente do fenómeno, acaba por concluir que as pessoas evitam abordar o tema, por não sentirem-se capazes de intervir sobre o mesmo. De acordo com as justificações de alguns dos entrevistados, e baseado nos elementos teóricos apresentados na I PARTE, o suicídio é considerado um tema tabu. Normalmente, as pessoas que ouvem falar sobre os casos de suicídio não compreendem o que leva a pessoa a fazê-lo.

A religião parece também ter influência na dificuldade das pessoas em abordar o tema pois, como foi referido entre os entrevistados a religião vê o suicídio como um pecado e, no caso daqueles que o cometam, não têm direito a um enterro digno. Outro fator referido foi o facto das pessoas não quererem falar sobre o tema com medo de que, se o abordarem, possa vir a influenciar outras pessoas. Porém, este aspeto pode ser real mas acreditasse que tem relação com a forma como o suicídio e os casos são tratados, nomeadamente, deve-se a existência de um cuidado especial face à forma como é transmitida a informação. Os riscos associados à sua abordagem devem ser considerados com maior atenção principalmente quando é através dos meios de comunicação social em que as fontes podem não ser fidedignas. Neste caso a informação que é transmitida à população pode ser errónea ou demasiado chocante, como tentativa de tornar mais apelativa ao público-alvo. Perante esta observação, torna-se necessária

¹¹ Utilizado no tratamento da esquizofrenia (ouvir, ver ou sentir coisas que não existem, ilusões, suspeitas invulgares e retraimento emocional e social), episódios maníacos (moderados a graves) com sintomatologia de excitação/euforia (INFARMED, s.d.).

a consciência da sociedade em relação à abordagem que é utilizada na divulgação dos casos de suicídio.

No que diz respeito à prevenção do suicídio, os entrevistados demonstraram não ter conhecimentos acerca dos mesmos, apesar de um deles ter abordado alguns dos que considera serem projetos direcionados à prevenção do suicídio na terceira idade. De acordo com o entrevistado V, conheceu um dos projetos/programas através dos meios de comunicação, nomeadamente, com o propósito de jovens habitarem nas casas dos idosos. Porém, o projeto que é referido não segue linhas orientadoras de prevenção do suicídio mas sim, visa combater a solidão dos idosos. Apesar de não ser um projeto de prevenção do suicídio, acaba por existir uma ligação com o fenómeno, no sentido em que existe uma intervenção com os idosos em situação de abandono e isolamento social. Para além de outros (mencionados pelo entrevistado V) que surgiram com o objetivo de providenciar segurança aos idosos que habitam sozinhos nas suas casas (ex.: o uso de pulseiras criadas para alertar as autoridades em situações de perigo). Neste sentido pode-se concluir que face à existência de projetos/programas de prevenção do suicídio na terceira idade, estes não estão a surtir impacto na sociedade e, por esta razão, torna-se importante existir uma maior divulgação das medidas existentes em Portugal neste sentido.

Apesar dos profissionais da ACOLHE não terem conhecimento de projetos/programas de prevenção do suicídio na terceira idade, consideram algumas medidas como fulcrais para a prevenção do fenómeno do suicídio. Então, fizeram referência à criação de um maior número de lares de qualidade a nível dos apoios prestados aos idosos. De um modo geral, consideram que a tentativa de manter os idosos nas suas casas, onde possam receber os cuidados necessários, é a resposta que mais poderá contribuir para a prevenção do suicídio nesta faixa etária. A institucionalização dos idosos nos lares é considerada como um dos maiores desafios para a terceira idade pois, é nesta fase que são “obrigadas” a deixar as suas casas. Esta mudança, apesar de necessária (tendo em consideração as respostas sociais existentes em Portugal), de acordo com os profissionais, não é considerada a ideal. Para além destes aspetos, foi também referida a importância de haver uma maior abordagem ao tema do suicídio junto das pessoas na tentativa de desmistificar o tabu enraizado na sociedade. Citando a entrevistada VII “antes de mais quero-lhe dar os parabéns pelo estudo, porque sim, o falar das coisas que estão dentro da gaveta e que se calhar ninguém tem a consciência que elas estão dentro da gaveta é muito importante”. Considerando a evolução constante da sociedade, refere ainda ser “óbvio que nós não podemos mimetizar determinadas condições, mas quer dizer, nós temos imaginação para inventar aviões e essas coisas, não é, portanto imaginem-se”. Como também a importância da prevenção primária, nomeadamente, das pessoas começarem desde cedo a pensar na

importância que a criação de laços e vínculos assume na vida das pessoas. Isto, com o intuito da prevenção das situações de abandono aquando as pessoas atingirem a terceira idade.

Por último, indo ao encontro também das representações sociais dos profissionais, foi-lhes questionado acerca dos ideais que cada um considera ter em relação a uma instituição de qualidade na área de intervenção junto dos idosos. Esta questão foi elaborada com o propósito dos entrevistados responderem sem pensarem em recursos, ou seja, como se tudo fosse possível alcançar. No decorrer das entrevistas, notei uma certa dificuldade em responderem a esta questão, nomeadamente, em imaginarem um cenário em que tudo fosse alcançável. Um dos motivos que justifica este aspeto é o facto das pessoas considerarem a ACOLHE como uma instituição ideal. Portanto, ao tentarem comparar a ACOLHE com outras respostas sociais já existentes, baseando-se nos ideais e na forma de intervenção realizada pela mesma, consideram a ACOLHE como sendo a resposta ideal considerando outras instituições criadas em Portugal. Até este momento, não existiu nada a referir pois, foi notório no discurso dos entrevistados que o trabalho desenvolvido pelos profissionais na instituição é o que se assemelha à intervenção de qualidade no contexto da terceira idade (pensando num cenário geral das instituições criadas em Portugal). No entanto, quando lhes foi proposto imaginarem a possibilidade de poderem possuir todos os recursos necessários, consideraram importante possuir alguns. De um modo geral, os profissionais referiram a importância de existir um maior número de colaboradores e de equipamentos de forma a serem atendidas todas as necessidades dos idosos. Neste sentido, não só estão a pensar no bem-estar das pessoas como também nos seus. Porque ao existir um maior número de colaboradores, não haverá tanta sobrecarga e, conseqüentemente, a qualidade dos apoios prestados à pessoa será maior. Citando o entrevistado VII, idealiza sobre “um trabalho mais especializado com os mais dependentes, mais pessoal, e a construir um castelo para ter todo o tipo de equipamentos para poder trabalhar mais coisas”.

O grande objetivo dos entrevistados face à criação de uma resposta social de qualidade para a terceira idade (baseado no bem-estar das pessoas) é a possibilidade dos idosos poderem permanecer nas suas casas. Para tal, seria necessário dar assistência às pessoas nos seus domicílios, nomeadamente, “o sonho seria termos uma capacidade de intervenção em casa portanto, fazermos isto aqui e podermos ir a casa das pessoas e recriar” (entrevistado I).

Considerando todas as respostas obtidas, para existir uma intervenção de qualidade junto da terceira idade torna-se fulcral promover as relações com base no afeto, respeito e dignidade das pessoas. De acordo com entrevistado II, “eu acho que vai muito por aí porque nós tratamos a pessoa, olhamos para eles como pessoas, como seres humanos (...) nós sabemos o que cada um gosta de fazer, o que faziam antes, porque isso é muito importante”. Ainda, o

entrevistado VII reforça que “o afeto é muito importante (...) a ocupação, o afeto, o acompanhamento e estar atento a todos os sinais de qualquer tipo de desequilíbrio a esse nível”.

Um dos aspetos que surgiu ao longo das entrevistas e que carece ser discutido é relativo à intervenção do INEM (Instituto Nacional de Emergência Médica), em especial, o exemplo dado pelo entrevistado VII. Segundo este, “uma das coisas que nós temos que dizer sempre que ligámos para o INEM é o senhor ou a senhora era autónomo que é para ter a certeza que eles vêm o mais rápido possível e que vai ser tratado como uma pessoa que fazia tudo e não como uma pessoa que já está acamada e que se calhar é melhor deixar ir”. Pode ser relacionada a esta questão o direito de igualdade dessas pessoas (ex.: pessoas acamadas) à assistência médica. Considerando as palavras desta profissional, existe uma falha a nível deste serviço pois, assume-se uma urgência quando diz respeito apenas às pessoas autónomas. O que pode ser concluído em relação a este aspeto é que a vida humana está a ser posta em causa por estas entidades ao haver distinção entre pessoa autónoma/não autónoma. Desta forma, a ACOLHE tenta contrariar esta visão, referindo sempre que o idoso é autónomo para que todos os indivíduos sejam assistidos dignamente.

O título deste projeto de investigação designa-se “A Menina do Suicídio”, por considerar tratar-se de uma representação social dos profissionais da ACOLHE enquanto se referiam a mim. O suicídio é um tema que, normalmente, não se ouve falar e pode gerar nas pessoas uma espécie de “choque” ao depararem-se com o tema. O peso da palavra “suicídio” para os profissionais revelou-se na forma como estes se dirigiam a mim e como apresentavam-me às pessoas, como por exemplo, “doutora, está aqui a menina do suicídio para falar consigo”. O meu nome acabou por ser esquecido, começando a notar a associação apenas ao tema. Isto como exemplo do peso que a palavra assume em contexto social. Tal como refere o entrevistado V, “é a menina do suicídio (risos) e olhe é a menina do suicídio e depois a gente não sabe o seu nome (risos)”, concluindo ainda “é a menina Diana pronto (...) mas vai ficar sempre a menina do suicídio”.

11. Propostas de intervenção

O objetivo deste tópico foca-se na proposta de linhas orientadoras de intervenção, neste caso em especial, na prevenção do suicídio na terceira idade.

Partindo dos aspetos teóricos abordados ao longo deste estudo e, considerando a análise das entrevistas que foram realizadas aos profissionais da ACOLHE, esta proposta de intervenção segue duas linhas orientadoras.

Considerando a análise dos dados foi identificada uma lacuna no que diz respeito ao conhecimento dos profissionais acerca do fenómeno do suicídio na terceira idade, em Portugal. Relativamente aos profissionais da área da saúde, nomeadamente, enfermagem e medicina de clínica geral, demonstraram ter poucas noções acerca do suicídio. Apesar de um dos profissionais referir ter consciência de este tratar-se de um fenómeno recorrente nesta faixa etária, foi uma afirmação muito vaga, demonstrando a posse de um conhecimento pouco aprofundado. De acordo com o outro profissional, este constatou que na realidade não adquiriu nenhuma informação sobre o suicídio na terceira idade bem como nas restantes faixas etárias. Na minha perspetiva, estando perante profissionais da área da saúde, esperava que teriam mais facilidade em abordar este tema e que, de facto, tinham conhecimento em relação às taxas de incidência do suicídio em Portugal. Porém, isso não se constatou e julgo ser necessária uma intervenção junto destes profissionais de modo a que cheguem a alcançar o conhecimento necessário acerca do tema e a importância dos seus papéis na prevenção e na intervenção. Podemos interpretar esta falta de conhecimento baseada na real falha face à divulgação do fenómeno, nomeadamente, a sua incidência e os seus fatores de risco, assim como, na dificuldade que parece existir em abordar e discutir o tema do suicídio (tabu). Posto isto, considerasse importante existir formação especializada neste tema com os profissionais de todas as áreas que desenvolvam um trabalho junto dos idosos (ex.: lares/centros de dia, hospitais, centros de saúde).

A segunda linha orientadora assenta na prevenção primária junto da população. Tal como o entrevistado I referiu, “que se começasse deste pequenino a trabalhar afetos, a trabalhar ligação, a trabalhar medos, portanto tudo isto fosse trabalhado desde o início”, acrescentando ainda que “há duas coisas que eu acho que são fundamentais na nossa vida, berço onde nós nascemos (...) e as relações que criámos e muitas vezes não dá-mos valor nenhum a isto e chegámos à velhice e não temos ninguém (...) porque nunca nos dedicamos a ninguém”. Indo ao encontro desta reflexão, surge a importância de educar a sociedade, neste caso, começar pelos mais jovens, inculcando-lhes a importância de estabelecerem relações saudáveis com o outro. Como também a importância da criação de relações intergeracionais. Este trabalho deve existir não só dentro do seio familiar como também em contexto escolar e na comunidade. Para que este trabalho se torne mais eficiente, é necessário serem desmistificadas as crenças enraizadas nos jovens em relação aos psicólogos. Normalmente, existe psicologia nas escolas e o que acontece com a maioria dos alunos é não tirarem proveito deste apoio devido ao que o outro possa dizer/julgar. Nas crianças e nos jovens acaba por ser comum atribuir alguns comentários em relação à ida a um psicólogo, como por exemplo, “olha o João vai ao psicólogo, deve estar maluquinho”. São estes pensamentos que devem ser

desmistificados e, neste sentido, enquanto técnicos sociais devemos conduzir a população mais jovem face às representações erróneas associadas às consultas de psicologia, começando pelas escolas. Dentro desta intervenção, o papel dos técnicos surge na mediação de conflitos. De acordo com Cunha e Lopes (2011, p. 40) “a mediação é um dos poucos processos que, permite ao indivíduo gerir com autonomia o seu próprio futuro, desenvolvendo e activando a *inteligência emocional* das pessoas” no sentido em que “permite um melhor controlo das emoções e, inclusive, a sua redefinição.”

Partindo de um contributo pessoal, ao longo do meu percurso escolar não frequentei uma única vez um psicólogo. Neste momento, ao refletir em torno deste assunto, efetivamente não consigo revelar se existiu, efetivamente, um psicólogo nas escolas que frequentei. No fundo, penso que sim, tenho algumas noções de ouvir falar na existência de um psicólogo (quando me encontrava no décimo segundo ano, há sete anos atrás) que, segundo o que se falava, ajudava os alunos mais indecisos a encontrar a melhor vocação, no caso daqueles que queriam ingressar no percurso universitário. Posto isto, considero tratar-se de uma lacuna existente nas escolas, em especial nas que frequentei pois, se os profissionais da área da educação apostassem mais neste tipo de apoios nas escolas, os jovens poderão de facto usufruir dos mesmos como também serem desmistificadas as ideias em torno da psicologia. Porque se fosse recorrente os jovens frequentarem as consultas de psicologia, não haveria espaço para a estranheza e os julgamentos em relação à área em causa. Para isto é necessário um trabalho multidisciplinar com todos os profissionais no contexto escolar (ex.: professores, educadores sociais, psicólogos, auxiliares da ação educativa, etc.). Um dos exemplos que possuímos surge no Manual de Apoio à Prática (DGE, 2018) que visa o incremento de medidas para o contexto escolar promovendo a inclusão de todos. Posto isto, são considerados todos os fatores a nível da educação dos indivíduos para que os seus desenvolvimentos sejam saudáveis (com o foco nas relações entre escola/família/comunidade).

Para além da desmistificação das visões em torno da psicologia, também surge a importância de trabalhar as emoções. A terceira idade assume inúmeros desafios e muitos deles são mais facilmente ultrapassados com a ajuda das pessoas que estão à sua volta, através das amizades que foram construídas ao longo da vida. Para além destes vínculos, as relações familiares saudáveis também assumem importância no processo de envelhecimento dos indivíduos.

A proposta de intervenção junto da população mais jovem visa a atenuação dos efeitos que são sentidos na atualidade em relação às pessoas mais velhas. O papel do idoso tem vindo a sofrer alterações com o passar dos anos. A figura de referência e a pessoa sábia que existiu em tempos, está a perder-se nos dias de hoje porque vivemos num mundo onde a tecnologia tende

a crescer e, os idosos da atualidade, não estão a acompanhar esse desenvolvimento. Se o ser humano continuar com esta mentalidade, um dia mais tarde, quando a geração de hoje alcançar a terceira idade, a tecnologia também terá evoluído e, tendencialmente, também não irão acompanhar o desenvolvimento se não houver uma intervenção junto da comunidade.

Tendo em conta o que foi referido, considerasse que os idosos, atualmente, acabam por ser excluídos da sociedade no que diz respeito ao acesso à informação que é transmitida através da tecnologia. De acordo com Nunes (2017, p. 81) a dificuldade de acesso por parte dos idosos à informação que é gerida nos meios tecnológicos é designada por infoexclusão e, segundo o autor “o problema que se coloca é que muitos dos idosos não têm a capacidade de acessar todos os meios, o que pode gerar o risco de ser mais um modo que pode desqualificar os idosos na sociedade”.

Considerando todas estas questões em torno da prevenção, considero então a importância de promover-se a formação contínua dos profissionais da área da saúde, pois são eles que acabam por ter maior facilidade no contacto com os casos de tentativas suicidas e/ou de ideações suicidas. Bem como com os profissionais das diversas áreas que, apesar de demonstrarem ter algumas noções acerca do suicídio na terceira idade, parece existir uma carência face à realidade do fenómeno em Portugal.

De acordo com a segunda proposta, esta parte de uma intervenção junto da faixa etária mais jovem pois acaba por ser a geração na qual estas mudanças podem vir a ser sentidas futuramente. Como tal, surge a perspetiva de desenvolvimento a nível das relações com a comunidade mais velha. O objetivo passa então pela criação de vínculos – promovendo a criação das relações intergeracionais – e pela inclusão da população mais velha para que acompanhem o desenvolvimento da população, nomeadamente, da tecnologia.

Considerações finais

Este trabalho focou-se na população idosa, uma vez que se assiste à incidência de um maior número de casos de suicídio nestas idades, em Portugal. Este aspeto vem associado também aos desafios que foram sentidos em relação ao envelhecimento da população e, por esta razão, a abordagem ao tema do suicídio na terceira idade reveste-se no foco do presente projeto de investigação.

Com base nas abordagens teóricas e, como foi identificado ao longo da investigação junto dos profissionais da ACOLHE, os valores que existem a nível da estatística relativa à incidência de casos de suicídio em Portugal são, por norma, menores que os reais. Constatou-se a existência de um cenário maior do que o que conseguimos observar através das estatísticas.

O estudo do suicídio é considerado bastante amplo e complexo devido ao peso que este assume nos contextos sociais. Considerando este aspeto, a dissertação implicou um processo constante de escolhas teóricas com o propósito de apresentar as perspetivas dos diversos autores em relação ao tema.

Assim, o projeto de investigação em causa procurou responder à pergunta de partida que deu início a este Estudo de Caso, nomeadamente, “quais as representações sociais dos profissionais face ao fenómeno do suicídio na terceira idade?”.

Para tal, foi necessária a abordagem dos diversos autores, que contribuíram para a construção da I PARTE deste trabalho, assim como a análise dos dados obtidos através das entrevistas realizadas aos profissionais da ACOLHE.

Feita a análise e o cruzamento com o enquadramento teórico, serão apresentadas as conclusões deste estudo que incidiu nas representações sociais dos profissionais em relação ao tema. Neste sentido, verificou-se uma lacuna em relação ao conhecimento acerca da incidência do suicídio nesta faixa etária. Como também, as noções mais aprofundadas foram desenvolvidas pelos auxiliares de ação direta, diretora técnica, coordenadora e pela terapeuta ocupacional. Considerando esta análise, podemos concluir que estes profissionais são os que desenvolvem um trabalho mais constante com os residentes e, por esta razão, sentem-se melhor preparados para abordar as questões em torno da terceira idade. Comparativamente com os profissionais da área da saúde, nomeadamente, o médico de clínica geral que desenvolve o seu trabalho junto dos idosos apenas duas vezes semanalmente. Tal como foi mencionado ao longo da discussão dos resultados, estes profissionais não demonstram possuir grandes noções em relação ao fenómeno, revelando-se numa falha face à expectativa que foi criada em relação à área profissional.

O suicídio foi considerado um tema tabu e, através da análise dos dados, apercebemo-nos da realidade em torno da sua abordagem entre as pessoas. Não existe grande divulgação do fenómeno e, de acordo com os entrevistados, a sociedade não está preparada para atuar sobre o mesmo. Neste sentido, a prevenção do suicídio, para além de escassa, requer uma maior atenção por parte da sociedade.

Na terceira idade estamos perante a última fase da vida do ser humano e, como tal, surgem novos desafios para as pessoas. Consoante as respostas, foram consideradas a importância de proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos, baseada no afeto, na criação de vínculos, no respeito e, fundamentalmente, na dignidade.

Indo ao encontro destes desafios e ao objetivo deste estudo, após a obtenção dos dados e da opinião dos vários autores, foram reveladas duas linhas orientadoras para a prevenção do suicídio na terceira idade.

Neste campo, surge a necessidade de ser realizada uma intervenção junto da comunidade. A primeira linha assenta na formação contínua dos profissionais da área da saúde, relativamente aos seus papéis na intervenção e prevenção do suicídio. A segunda diz respeito à consciencialização da população mais jovem acerca da importância da criação de relações saudáveis. A criação das relações surge com o intuito de serem criadas ferramentas para que os indivíduos, futuramente, sintam-se melhor preparados para enfrentar os desafios da terceira idade.

Considerando todos os aspetos referidos anteriormente, é necessário desenvolver um trabalho multidisciplinar junto da comunidade com a proposta de serem desmistificadas as visões em torno dos idosos.

Contudo, enquanto área de intervenção comunitária, os profissionais necessitam de um trabalho junto da comunidade e, por esta razão, torna-se necessário o desenvolvimento de medidas mais direcionadas à prevenção do suicídio, não só nesta faixa etária como também nas restantes. Conclui-se, assim, que para a prevenção, um dos passos mais fundamentais surge na intervenção primária e, nesta, inclui o desenvolvimento da sociedade face aos problemas sociais.

Finalizo considerando a importância da intervenção comunitária e do papel dos técnicos em assegurar “as transformações psicossociais, culturais e ecológicas indispensáveis ao prosseguimento da acção de autotransformação das comunidades” (Matos, 2009). Quer os profissionais como os indivíduos fazem parte integrante no processo de transformação das comunidades e, para tal, exige-se um trabalho conjunto entre os vários atores sociais.

Referências Bibliográficas

- Albergaria, A., Santarém, C., & Caio, T. (2014). *Bem-me-Quer; Mal-me-Quer. O impacto das representações sociais na luta contra a pobreza em Portugal*. Porto: EAPN Portugal.
- Bastos, R. (janeiro/março de 2009). Suicídio, Psicologia e Vínculos: uma leitura psicossocial. *Psicologia USP*, 20(1), 67-92.
- Batista, P., & Santos, J. (2014). Processo de luto dos familiares de idosos que se suicidaram. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*(12), pp. 17-24.
- Braga, C., & Cirino, J. (2015). *Representações Sociais e Comunicação: diálogos em construção*. Goiânia: PPGCOM/FIC/UFG. Fonte: [https://books.google.pt/books?id=5ivHBwAAQBAJ&pg=PA145&dq=Moscovici+\(1981\),&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjQka2RmfjkAhUtxYUKHQI_CKEQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Moscovici%20\(1981\)%2C&f=false](https://books.google.pt/books?id=5ivHBwAAQBAJ&pg=PA145&dq=Moscovici+(1981),&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjQka2RmfjkAhUtxYUKHQI_CKEQ6AEIKTAA#v=onepage&q=Moscovici%20(1981)%2C&f=false)
- Cunha, P., & Lopes, C. (2011). Cidadania na gestão de conflitos: a negociação na, para e com a mediação. *ANTROPOlógicas*(12), 38-43.
- DGE. (2018). *Para uma Educação Inclusiva: Manual de Apoio à Prática*. (M. d.-G. (DGE), Ed.)
- Diogo, I., Fernandes, M., & Anes, E. (2013). Prevenção do Suicídio: Fatores de Risco e Intervenção. Em A. Novo, A. Prior, C. Magalhães, C. Antão, E. Anes, L. Preto, . . . N. Silva, *Primeiras Jornadas de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança* (pp. 407-555). Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.
- Direção-Geral da Saúde. (2013/2017). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*.
- Durkheim, É. (1972). *Selected Writings*. Cambridge: Cambridge University Press. Acesso em 20 de Agosto de 2019, disponível em [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=iYjRGxLHX4oC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Durkheim+\(1972\)&ots=TuEA_r5Z7F&sig=87qlrrACh6AE7-drtNOB8kuXh4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=iYjRGxLHX4oC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Durkheim+(1972)&ots=TuEA_r5Z7F&sig=87qlrrACh6AE7-drtNOB8kuXh4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Durkheim, É. (2000). *O Suicídio*. (M. Stahel, Trad.) São Paulo: Martins Fontes.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no idoso: Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Fukumitsu, K., & Kovács, M. (2016). Especificidades sobre processo de luto frente ao suicídio. *Psico*, 47(1), 3-12.
- INFARMED. (s.d.). *Base de dados de medicamentos*. Acesso em 20 de Outubro de 2019, disponível em [infomed: app10.infarmed.pt/infomed/inicio.php](http://app10.infarmed.pt/infomed/inicio.php)
- Instituto Nacional de Estatística. (7 de junho de 2019). Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (Nº) por Local de Residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual. Acesso em 10 de agosto de 2019, disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2

- Jodelet, D. (2001). *As representações Sociais*. (L. Ulup, Trad.) Rio de Janeiro: Editora da Universidade do estado do Rio de Janeiro.
- Jovchelovitch, S. (2001). Social Representations, Public Life, and Social Construction. Em K. Deaux, & G. Philogène, *Representations of the Social*. London: Blackwell Publication.
- Krüger, L., & Werlang, B. (janeiro/abril de 2010). A dinâmica familiar no contexto da crise suicida. *Psico-USF*, 15(1), 59-70.
- Leandro-França, C., & Murta, S. (2014). Prevenção e Promoção da Saúde Mental no Envelhecimento: Conceitos e Intercenções. *PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO*, 34(2), 318-329.
- Matos, M. (2009). Da Intervenção Comunitária à Mediação Comunitária. *Educação, Sociedade & Culturas*, 29, 175-189.
- Meirinhos, M., & Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *EDUSER: revista de educação*, 2(2), 49-65.
- Meneghel, S., Gutierrez, D., Silva, R., Grubis, S., Hesler, L., & Ceccon, R. (2012). Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8), 1983-1992.
- Minayo, M. C., & Cavalcante, F. (6 de Junho de 2015). Tentativas de suicídio entre pessoas idosas: revisão de literatura (2002/2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1751-1762.
- Moscovici, S. (2009). *Representações sociais - investigações em psicologia social*. (P. Guareschi, Trad.) Rio de Janeiro: Vozes.
- Nunes, A. (2017). Modernização, envelhecimento e infoexclusão em Portugal. *Revista Kairós – Gerontologia*, 20(2), 79-99.
- Oliveira, F., & Werba, G. (2013). Representações sociais. Em M. Jacques, M. Strey, N. Bernardes, P. Guareschi, S. Carlos, & T. Fonseca, *Psicologia Social Contemporânea*. Petrópolis: Vozes. Fonte: [https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=dugbBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=JACQUES,+M.+G.+C.+\(Org.\).+Psicologia+social+contempor%C3%A2nea&ots=3naPpbF6Qx&sig=4w6bkgJnnZQ6D_is6mR9qclGRKE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=dugbBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=JACQUES,+M.+G.+C.+(Org.).+Psicologia+social+contempor%C3%A2nea&ots=3naPpbF6Qx&sig=4w6bkgJnnZQ6D_is6mR9qclGRKE&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Organização Mundial de Saúde. (2006). *Prevenção do Suicídio. Um Recurso Para Conselheiros*. Genebra: Departamento de Saúde Mental e de Abuso de Substâncias.
- Pedrosa, B., Duque, R., & Martins, R. (Junho de 2016). Suicídio no Idoso - O Antecipar da Morte. *PsiLogos*, 14(1), 50-56.
- Ribeiro, L., Ferreira, R., & Lima, M. (2012). *PositivIDADE: Intervenção com Pessoas Idosas*. Impulso Positivo.
- Rue, J. (1997). *Guia de psiquiatria geriátrica* (1ª ed.). (J. Falcato, & C. Jethá, Trads.) Lisboa: 1998 CLIMEPSI.
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho: O adolescente e o suicídio*. Lisboa: Caminho.
- Silva, R., & Gutierrez, D. (julho-dezembro de 2012). Representações sociais do suicídio entre grupos de idosos. *Revista EDUCAmazônia – Educação Sociedade e Meio Ambiente*, IX(2), 241-252.

- Solomon, A. (2016). *O Demónio da Depressão: Um atlas da doença* (1ª ed.). (F. Boléo, & C. Boléo, Trads.) Lisboa: Quetzar.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: AMBAR.
- Wachelke, J., & Camargo, B. (2007). Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. *Revista Interamericana de Psicologia*, 41(3), 379-390.
- Yin, R. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (2ª ed.). (D. Grassi, Trad.) Porto Alegre: Bookman.

Anexos

Anexo I: Excertos do livro “Demónio da Depressão” de Andrew Solomon (2016)

A primeira coisa que se vai é a felicidade. Não temos prazer em nada. É o notório e cardinal sintoma de uma depressão profunda. Mas rapidamente outras emoções seguem o mesmo caminho da felicidade e desaparecem: a tristeza como a conhecemos, a tristeza que parece ter-nos conduzido àquele ponto, o nosso sentido de humor, a nossa crença no amor e na nossa capacidade de amar. A nossa mente está de tal modo abalada que chegamos a ter a impressão de que não temos capacidades mentais, de que somos estúpidos. Se o nosso cabelo sempre foi fino, parece-nos ser ainda mais fino; se a nossa pele sempre foi má, torna-se pior. Sentimos o nosso próprio cheiro a azedo. Perdemos a capacidade de confiar nos outros, de sermos tocados, de nos afligirmos. Acabamos por estar simplesmente ausentes de nós mesmos. (Solomon, 2016, p. 20).

(...)

*Isso aborrece-me; e a vós também, dizeis;
Mas como surgiu, como me apanhou, como me chegou,
De que é feita, onde nasceu,
Estou ainda para saber;
E provoca em mim tal tristeza
Que não consigo conhecer-me a mim mesmo.*

(António, citado por Solomon, 2016, p. 32)

(...)

Tive muitos lapsos ligeiros, depois duas graves recaídas, depois um momento de repouso, depois uma terceira recaída, depois mais alguns lapsos. Depois de tudo isto, faço o que tenho a fazer para evitar futuros distúrbios. Todas as manhãs e todas as noites olho para os comprimidos que tenho na palma da mão: brancos, cor-de-rosa, vermelhos, turquesas. Por vezes parece que estão a escrever na minha mão hieróglifos que dizem que o futuro será melhor e que tenho obrigação de continuar a viver para verificar se isso é verdade. Sinto por vezes que estou a engolir as minhas próprias cerimónias fúnebres duas vezes por dia, pois sem aqueles comprimidos, há muito tinha partido. (Solomon, 2016, p. 33)

(...)

Não sentia qualquer dos habituais desejos de intimidade física/emocional e não me atraíam as pessoas na rua nem as que eu conhecera e amara; em circunstâncias eróticas, a minha mente estava ocupada com listas de compras e com o trabalho que tinha de fazer. Isso dava-me um sentimento de que estava a perder a minha identidade, e isso assustou-me. Dediquei-me a fazer uma lista dos prazeres da minha vida. Na primavera de 1994, fui a festas e tentei divertir-me, mas sem sucesso; visitei amigos, tentei contactos, mas falhei; comprei coisas caras que no passado desejara, mas não me deram qualquer satisfação; e tentei levar ao extremo experiências sexuais para elevar a minha libido, vendo filmes pornográficos e in extremis utilizando o serviço de prostitutas. Não me senti particularmente horrorizado com qualquer destes procedimentos, mas também não retirava deles nenhum prazer, nem consolo. Discuti a situação com a minha analista: eu estava com uma depressão. (Solomon, 2016, p. 52)

(...)

Não tinha quaisquer sentimentos de natureza sexual. Comecei a comer irregularmente, pois várias vezes sentia fome. A minha analista disse-me que eu ainda estava a passar por uma

depressão, e eu comecei a ficar farto dessa palavra e da minha analista. Eu dizia que não estava louco mas que receava tornar-me louco, e perguntei-lhe se ela pensava que eu iria acabar nos antidepressivos; ela disse-me que evitar medicamentos era uma atitude corajosa e que poderíamos em conjunto tratar de tudo. Essa conversa foi a última que se iniciou por minha iniciativa; foram os últimos sentimentos que tive durante um longo período de tempo. (Solomon, 2016, p. 54 e 55)

(...)

Quando tropeçamos ou quando nos sentimos a resvalar, quando sentimos o solo a aproximar-se de nós sem termos tempo de nos defendermos, há um momento, uma fração de segundo, de terror. Foi isso que senti durante horas. É estranho sentir ansiedade a este nível extremo. Sentimos constantemente que queremos fazer qualquer coisa, como um desejo que não conseguimos satisfazer, uma necessidade física urgente e um desconforto insuportável, como se vomitássemos constantemente, não tendo boca. Com a depressão a nossa visão retrai-se e começa a diminuir; é como se quiséssemos ver televisão quando a imagem tem interferência de estática, quando nos parece que estamos a ver a imagem mas de facto não estamos, quando não conseguimos ver o rosto das pessoas a não ser que seja em primeiro plano, quando nada tem contornos. O ar parece-nos ser denso e resistente, como se estivesse cheio de miolo de pão. Entrar em depressão é como ficar cego; entrar-se numa escuridão, a princípio gradual, que depois nos envolve por completo; é como ficarmos surdos, ouvindo cada vez menos até sentirmos em torno de nós um terrível silêncio, até não conseguirmos emitir qualquer som que penetre quietude. É como se a nossa roupa se fosse lentamente transformando em madeira em torno do nosso corpo, uma rigidez nos cotovelos e nos joelhos que vai progredindo até provocar um peso terrível e uma imobilidade isolante que nos atrofia e acaba por nos destruir. (Solomon, 2016, p. 57 e 58)

(...)

*Senti um enterro no Cérebro,
E o cortejo fúnebre caminhava
Caminhava – até parece
Que o sentido começava a irromper –*

*E quando estavam todos sentados
Uma Missa, como um Tambor –
Ressoava – ressoava – até eu sentir
O meu Espírito a tornar-se entorpecido –*

*E depois ouvi-os a levantar o Caixão
Que rangia na minha Alma
Com as mesmas botas de Chumbo, de novo,
Depois o Espaço – começou a repicar,*

*Como se os Céus fossem um Sino,
E o Ser, uma simples Orelha,
E eu, e o Silêncio, uma Raça estranha
Devastada, solitária, aqui –*

*E depois uma tábuca cedeu na Razão
E eu caí, e caí –*

*E choquei com um Mundo, a cada queda,
Depois, deixei de saber –*

(Dickison, 1960, citado por Solomon, 2016, p. 60)

(...)

Eu ficava deitada na cama a cantar «Where Have All The Flowers Gone», sem parar, para ocupar o espírito. Percebo agora que poderia ter tomado outros medicamentos ou que podia ter pedido a alguém para ir dormir no meu quarto, mas estava demasiado doente para pensar nisso. Não conseguia dizer o que é que me metia tanto medo, mas eu pensava que ia explodir de tanta ansiedade. Ia-me afundando cada vez mais. Estávamos sempre a mudar de medicamentos e eu ia-me afundando cada vez mais. Eu acreditava nos médicos; aceitei sempre a ideia de que acabaria por voltar ao normal. Mas não podia esperar; não conseguia sequer chegar ao fim do minuto seguinte. Cantava para encobrir as vozes que diziam na minha cabeça: “Tu és... tu nem sequer mereces viver. Não vales nada. Nunca irás ser nada. Não és ninguém.” E foi nessa altura que comecei realmente a pensar matar-me. Já tinha pensado nisso, mas nessa altura estava realmente a planear fazê-lo. Estava quase constantemente a imaginar o meu próprio enterro. Enquanto estive com os meu pais, via-me a subir ao telhado e a saltar, de camisa de noite. Havia um alarme na porta que dá para o telhado e eu iria fazê-lo tocar, mas isso não interessava; eu já teria saltado antes que alguém pudesse lá chegar. Não podia correr o risco de falhar. Escolhi a camisa de noite que ia usar. E então alguns vestígios de autoestima deram sinal e fizeram-me lembrar que muitas pessoas ficariam tristes se eu o fizesse, e eu não consegui suportar a responsabilidade de causar tantas horas de tristeza. Tinha de reconhecer que o suicídio era um gesto de agressão aos outros. (Maggie, citado por Solomon, 2016, p. 150 e 151)

(...)

O que consigo recordar é o curioso sentimento de ausência de futuro que me surgia nas fases mais agudas da minha depressão – por exemplo, sentia-me estranhamente relaxado durante a descolagem de um pequeno avião porque genuinamente era-me totalmente indiferente se se despenhasse ou se me levasse ao meu destino. (Solomon, 2016, p. 309)

(...)

*Encontrei comunidade na depressão. As pessoas que falam publicamente sobre a doença mental tendem a encontrar-se nos mesmos simpósios, e muitas delas tornaram-se amigas – a minha depressão faz amigos. É surpreendente como eles são divertidos. Conheci um dos meus amigos mais engraçados e inteligentes quando fomos oradores numa conferência sobre depressão em St. Louis. Tenho uma relação jovial com o meu psicofarmacologista e o seu marido. E conheci o meu marido quando ele me entrevistou durante a digressão de *O Demónio da Depressão*. Uma entrevista sobre a depressão em St. Paul, Minnesota, poderá não parecer grande coisa para uma bela história de amor, mas para nós foi. (Solomon, 2016, p. 606)*

(...)

Neste livro, digo que estou agradecido à minha depressão, e mantenho-me agradecido desde que ela permaneça histórica, mas detesto o seu reaparecimento, e a possibilidade implacável do reaparecimento. É difícil escrever sobre a depressão sem a suavizar ou demonizar, e em alguns aspetos engano-me para ambos os lados. Mas talvez seja esta a abordagem mais honesta. Não é que eu sinta alguma coisa entre a gratidão e o horror, mas sim ambos, e de maneira extrema. Eu sou a minha depressão. Eu sou eu próprio, e a depressão é uma intromissão ocasional. Estas afirmações são ambas verdadeiras. Vivo com a eterna questão de como a depressão poderá moldar uma futura tristeza. Quando o meu pai morrer; se o meu casamento passar por um período mau; se acontecer alguma coisa má a algum dos meus filhos – não consigo imaginar

como conseguirei suportar tais desenvolvimentos, e tenho medo de que a depressão se intrometa no meu sofrimento no meu sofrimento, que já forçado a lidar com a Escala de Depressão de Hamilton e com médicos e dosagens de medicação em vez de negociar com a tristeza e com a perda. Não quero sentir-me infeliz quando a vida corre bem – mas também não quero que a depressão turve as águas quando a vida corre mal. (Solomon, 2016, p. 606)

Anexo II: Apresentação da organização



Apresentação da Organização

Visão

Queremos ser excelentes! Privilegiar as necessidades, interesses e individualidade daqueles a quem apoiamos.

Missão

Construir um ambiente que potencie a felicidade, através de uma prestação de cuidados especializada e individualizada.

Valores

Tudo o que a Acolhe concebe tem na sua base os valores de:

- Respeito;
- Empatia;
- Responsabilidade;
- Excelência;
- Transparência;
- Cooperação.

História

Após uma longa jornada iniciada pela Cooperativa HABECE, a 29 de junho de 2000 surge a ACOLHE, Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, a qual visa a satisfação das necessidades de grupos mais vulneráveis. Neste sentido em 15 de abril de 2003 obtivemos o estatuto de IPSS. A Estrutura Residencial para Pessoas Idosas surge como projeto em parceria entre a ACOLHE e a HABECE. Com o objectivo de acolher cidadãos idosos em condições dignas e não especulativas, a Estrutura Residencial para Pessoas Idosas inicia o seu funcionamento a 23/01/2017.

Linha ideológica

Antes de mais convém refletir um pouco sobre a temática do envelhecimento, salientando que a terceira idade não é apenas o último período evolutivo, decadente e regressivo, da vida do ser humano, mas antes uma nova fase de evolução, com diferentes formas de viver e de existir, tanto no campo social, como no pessoal. Defendemos o conceito de envelhecimento ativo o qual consiste no "processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem" (WHO, 2002, p. 12).

O envelhecimento é vivenciado de forma diferente por cada indivíduo, sofrendo influência não só da sua idade, como da personalidade, do contexto sociocultural e, principalmente, da capacidade de adaptação a esta nova realidade (Lorde, 2004).

O processo de institucionalização pode ser devastador ao nível dos laços relacionais, assim como pode contribuir para o agravamento da situação de saúde. É importante compreender que se exige à pessoa o abandono do seu espaço, obrigando-a a reaprender e reintegrar um novo meio e novos hábitos. Para conseguirmos uma

institucionalização bem-sucedida é importante incentivar as pessoas a participarem em atividades que promovam a sua atividade física e mental e reduzam o tempo inanimado (Fernandes, 2000).

A Acolhe deve ser entendida pelos seus residentes como a sua casa (GCPAS e CID, 2005). Neste sentido, é crucial que a organização interna seja “mutável e adaptativa, tendo sempre o residente como o centro da sua acção” (*ibidem*, p. 12). A construção de uma boa rede de relações interpessoais, interna e externa a Acolhe promoverá o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas. A entrada na Acolhe deve ser vista como um apoio para a manutenção de uma vida ativa e sinónimo de melhoria das condições de vida e de estabilidade emocional.

Em conclusão, para um envelhecimento feliz é crucial que seja respeitado o tempo e o espaço das pessoas, que as mesmas sejam vistas como agentes da sua própria vida.

Política de comportamento

Queremos fazer melhor! Os nossos colaboradores têm de gostar de lidar com pessoas, tanto nos dias fáceis, como nos difíceis, com saúde ou debilitados. Somos uma equipa que se entreaajuda, em que cada um sabe fazer e aplicar as técnicas e os métodos de trabalho mais adequados e que, acima de tudo, tem a capacidade de reconhecer na pessoa de quem cuidamos uma pessoa como nós. Falamos em cuidar com amor e carinho, onde o toque, a palavra e o olhar são fundamentais.

Todos os colaboradores devem primar por um comportamento honesto e íntegro, agindo com boa-fé, respeito e cooperação, devendo abster-se de qualquer forma de corrupção ativa ou passiva, sendo-lhes proibida a prática de quaisquer atos ou omissões que a consubstanciem, designadamente, não devendo aceitar ou solicitar quaisquer dádivas ou favores, presentes ou futuros, para si, para os seus familiares ou amigos, pelo exercício das suas funções, cooperando com os outros profissionais da instituição, combatendo toda informação falsa, injuriosa ou difamatória e privilegiando o bom ambiente e o trato pessoal com todos os colaboradores e com os Utentes.



REGULAMENTO INTERNO
ACOLHE – RESIDÊNCIA GERIÁTRICA

2017-11-18

Índice	
CAPÍTULO I - Disposições Gerais.....	3
Artigo 1.º - Caracterização.....	3
Artigo 2.º - Legislação aplicável.....	3
Artigo 3.º - Objetivos.....	3
CAPÍTULO II - Candidatura.....	3
Artigo 4.º - Condições de Admissão.....	3
Artigo 5.º - Candidatura.....	3
Artigo 6.º - Documentos a apresentar.....	4
Artigo 7.º - Processo de candidatura.....	4
CAPÍTULO III – Admissão.....	5
Artigo 8.º - Ato de admissão.....	5
Artigo 9.º - Pertences.....	5
CAPÍTULO IV – Pagamento da Prestação de Serviços.....	6
Artigo 10.º - Regras Gerais.....	6
Artigo 11.º - Pagamento.....	7
CAPÍTULO V – Funcionamento e Organização da Acolhe.....	7
Artigo 12.º - Horário.....	7
Artigo 13.º - Abertura ao público.....	7
Artigo 14.º - Saídas.....	8
Artigo 15.º - Serviços incluídos na mensalidade.....	8
Artigo 16.º - Alojamento.....	9
Artigo 17.º - Alimentação.....	9
Artigo 18.º - Cuidados de Higiene, Conforto e Imagem Pessoal.....	10
Artigo 19.º - Tratamento de roupa.....	10
Artigo 20.º - Higiene dos espaços.....	10
Artigo 21.º - Cuidados de enfermagem, bem como acesso a cuidados de saúde.....	11
Artigo 22.º - Administração farmacológica.....	11
Artigo 23.º - Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais.....	12
Artigo 24.º - Apoio psicossocial.....	12
Artigo 25.º - Gastos excluídos da mensalidade.....	12
Artigo 26.º – Falecimento.....	12
CAPÍTULO VI - Recursos.....	13
Artigo 27.º - Pessoal.....	13
Artigo 28.º - Direção Técnica.....	13

CAPÍTULO VII - Direitos e Deveres	13
Artigo 29.º - Utente	13
Artigo 30.º - Representante	14
Artigo 31.º - Visitante	14
Artigo 32.º - A Acolhe	15
Artigo 33.º - Colaborador	15
Artigo 34.º - Voluntário e Estagiário	16
Artigo 35.º - Direitos de imagem	17
Artigo 36.º - Normas de boa convivência e segurança	17
Artigo 37.º - Cessação da Prestação de Serviços	17
Artigo 38.º - Rescisão do Contrato de Prestação de Serviços	17
CAPÍTULO VIII - Disposições Finais	18
Artigo 39.º - Alterações ao Regulamento	18
Artigo 40.º - Casos Omissos	18
Artigo 41.º - Livro de Reclamações	18
Artigo 42.º - Entrada em vigor	18
Anexos	19

CAPÍTULO I - Disposições Gerais

Artigo 1.º - Caracterização

A Residência Geriátrica, designada Acolhe, é uma estrutura residencial para pessoas idosas, resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no âmbito do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente.

Situa-se na Rua de Serpa Pinto, nº 345, 4050-586, Porto, sede também da sua proprietária Acolhe – Cooperativa de Solidariedade Social, CRL, com estatuto de IPSS.

Artigo 2.º - Legislação aplicável

A Acolhe rege-se pelo presente regulamento, bem como pela legislação em vigor.

Artigo 3.º - Objetivos

São objetivos da Acolhe:

- a) Proporcionar serviços adequados ao desenvolvimento biopsicossocial;
- b) Assegurar um plano individual em função das necessidades específicas de cada pessoa;
- c) Apoiar a continuidade do projeto de vida, visando o envelhecimento ativo, feliz e saudável;
- d) Garantir a independência, a individualidade, a privacidade e a livre expressão;
- e) Criar condições que permitam preservar e promover a rede social de apoio.

CAPÍTULO II - Candidatura

Artigo 4.º - Condições de Admissão

1. A Acolhe destina-se a acolher pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.
2. Podem ser consideradas outras faixas etárias, caso existam condições justificativas.
3. Exige-se a indicação de um representante, que assume o papel de responsável quando o candidato/utente se encontrar em situação de incapacidade clinicamente declarada.
4. A vontade de admissão deve ser livremente expressa.
5. Os sócios da HABECE, na sequência do contrato assinado em 02/07/2013, têm prioridade de admissão, desde que cumprido o regulamentado pelo presente documento.

Artigo 5.º - Candidatura

1. A candidatura é efetuada pelo candidato ou representante nos serviços administrativos, através do preenchimento de um formulário e complementada com um processo de avaliação.
2. Os contactos da Acolhe com o candidato ou representante serão efetuados via e-mail e telefone.
3. São da inteira responsabilidade do candidato ou representante a atualização dos números e endereços de contacto.

Artigo 6.º - Documentos a apresentar

1. A candidatura contempla a apresentação dos seguintes documentos atualizados:
 - a) BI ou Cartão do Cidadão do candidato e do representante;
 - b) Cartão de Contribuinte do candidato e do representante;
 - c) Cartão de Beneficiário da Segurança Social do candidato e do representante;
 - d) Cartão de Utente do Serviço Nacional de Saúde ou de Subsistema do candidato;
 - e) Boletim de vacinas do candidato;
 - f) Declaração médica que ateste o grupo sanguíneo, a aptidão para a prática de atividade física e quando aplicável, a terapêutica medicamentosa, as patologias, a situação alérgica e a dieta alimentar e/ou restrições (alimentares e/ou alcoólicas);
 - g) O portador de doença infetocontagiosa deve entregar documento que declare que a doença se encontra estabilizada e identifique quais os cuidados a ter;
 - h) Certidão de sentença judicial que regule a tutela, quando aplicável.
2. A Acolhe pode ainda solicitar outros documentos que se demonstrem pertinentes.
3. Os dados fornecidos serão processados informaticamente, sendo assegurada a sua confidencialidade e ainda a sua utilização em função do objeto social da cooperativa e de modo não incompatível com as finalidades determinantes da recolha.
4. Em caso de admissão urgente, pode ser dispensado o processo de candidatura, devendo os documentos ser entregues no prazo máximo de uma semana após admissão.

Artigo 7.º - Processo de candidatura

1. Após cumprimento do mencionado no Art.º 5º e do nº 1 do Artº 6º será agendado um atendimento com a equipa técnica.
2. A presença do candidato é obrigatória, exceto no caso de pessoa com dependência grave (acamado), assim como do representante.
3. A ausência injustificada na data acordada determina o arquivamento da candidatura.
4. Após reunião com a equipa técnica segue-se o atendimento com a equipa clínica, se for considerado relevante.
5. A equipa técnica elabora um parecer final ponderando a capacidade de resposta da Acolhe às necessidades e expectativas do candidato, mediante os recursos humanos e materiais disponíveis.
6. A decisão de admissão é da competência do Conselho de Administração, que terá em consideração o parecer final da equipa.
7. Sendo a candidatura deferida, e existindo vaga, é dado conhecimento da data de admissão por e-mail e contacto telefónico ao candidato e representante.
8. Na eventualidade de não ser possível efetuar a admissão por inexistência de vaga, a candidatura poderá manter-se se o candidato ou representante assim o decidir. A admissão fica, sempre, dependente da ponderação mencionada no ponto 5.
9. Anulada ou cancelada a candidatura é necessário novo pedido.

CAPÍTULO III – Admissão

Artigo 8.º - Ato de admissão

1. O utente deve:
 - a) Vir acompanhado pelo representante.
 - b) Trazer os objetos pessoais, nos termos do Art.º 9º;
 - c) Entregar o processo médico, devidamente atualizado.
2. É celebrado, por escrito, um contrato de alojamento e prestação de serviços entre a Acolhe, o utente e o representante onde constam os direitos e as obrigações das partes. O utente e o representante ficam com um exemplar cada e o outro é arquivado no processo individual. Qualquer alteração ao contrato é efetuada por mútuo consentimento e assinada pelas partes.
3. É assinado pelo utente e representante um documento comprovativo da tomada de conhecimento e entrega do presente Regulamento, assim como de compromisso de aceitação e cumprimento das normas e regras internas.
4. É devido o pagamento de:
 - a) Uma mensalidade em vigor;
 - b) Um depósito caução do mesmo montante da mensalidade;
 - c) Uma importância igual ao S.M.N. que tiver vigorado no ano anterior para despesas de instalação.
5. Se, eventualmente for apurado que houve falsidade nas declarações ou na documentação do utente ou do representante pode a Acolhe rescindir o contrato de prestação de serviços.
6. A admissão tem carácter experimental pelo período de 30 dias.

Artigo 9.º - Pertences

1. O utente deve trazer:
 - a) Roupa interior: cuecas ou boxers - 14 peças; meias e/ou meias-calças e camisolas interiores – 10 peças de cada; soutiens e/ou combinações – 7 peças;
 - b) Roupa exterior: 7 conjuntos de cada estação do ano;
 - c) Casaco de exterior: 1/2 de cada estação do ano;
 - d) Acessórios: 4 de cada estação do ano;
 - e) Pijama e/ou camisa de noite: 7 peças de cada estação do ano;
 - f) Roupão: 1 peça;
 - g) Chinelos de quarto: 1 par;
 - h) Chinelos para banho: 1 par;
 - i) Calçado: 2/3 pares de cada estação;

- j) Objetos de uso pessoal, nomeadamente: produtos de uso regular (p. ex. gel de banho, shampoo, desodorizante, cremes, escova e pasta de dentes, elixir, escova ou pente de cabelo, perfume, maquilhagem), utensílios de barbear (p.ex. máquina de barbear, gilete e espuma), utensílios para higiene das unhas (p. ex. corta-unhas, lima e vernizes), utensílios de depilação (p. ex. bandas de cera, máquina e/ou gilete e espuma);
- k) Produtos para incontinência;
- l) Medicação, com a respetiva prescrição;
- m) Saco de viagem pequeno e bolsa para objetos de uso pessoal.
- n) Dos itens acima referidos, o utente deve fazer-se acompanhar, no ato de admissão, daqueles referentes à estação do ano em vigor, devendo os restantes ser entregues atempadamente. Os artigos devem ser renovados quando danificados ou desgastados.
- o) O utente pode trazer objetos para decoração do quarto e/ou peça de mobiliário, mediante apreciação e aprovação da Direção Técnica.
- p) É interdita a posse de qualquer arma.
- q) Os objetos pessoais devem ser entregues à equipa técnica, para que sejam devidamente identificados.
- r) O registo dos objetos pessoais é efetuado em impresso próprio e em triplicado, sendo entregue um exemplar ao utente, outro ao representante e o terceiro é arquivado no processo individual.
- s) A Acolhe não se responsabiliza pela manutenção técnica, desaparecimento ou dano de objetos pessoais, tais como, aparelhos auditivos, ajudas técnicas, próteses dentárias e óculos.
- t) A Acolhe não se responsabiliza pelo desaparecimento de dinheiro ou objetos de valor do utente.

CAPÍTULO IV – Pagamento da Prestação de Serviços

Artigo 10.º - Regras Gerais

1. O valor da mensalidade consta de tabela afixada (Anexo I).
2. O pagamento da prestação de serviços é efetuado em 12 mensalidades.
3. A mensalidade poderá ser revista em janeiro de cada ano.
4. À mensalidade acresce o pagamento dos valores inerentes ao mencionado no Art.º 25.º.

Artigo 11.º - Pagamento

1. O pagamento da mensalidade do mês a que diz respeito, assim como das despesas devidas, deve ser efetuado nos serviços administrativos até ao dia 10, no horário definido no nº 1 do Art.13.º.
2. No caso de transferência bancária só é considerado pontual o pagamento comprovadamente efetuado até dia 10 do respetivo mês.
3. O atraso nos pagamentos será penalizado com 10% do valor mensal.
4. Na falta de pagamento de uma mensalidade e/ou das despesas devidas, o Conselho de Administração pode suspender a prestação de serviços, até que seja regularizada a situação.
5. As prestações e despesas são devidas, por inteiro, desde o mês da admissão até ao mês da cessação ou rescisão do contrato.
6. Excecionalmente, nas situações de cessação do contrato por falecimento até ao dia 15 de cada mês, a mensalidade terá um desconto de 50%.
7. No caso de existirem períodos de ausência prolongados por internamento médico e devidamente justificados, haverá lugar a uma redução na mensalidade proporcional ao tempo de ausência, que consta em tabela afixada (Anexo II).
8. Salvaguarda-se que as ausências superiores a um mês serão analisadas pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO V – Funcionamento e Organização da Acolhe

Artigo 12.º - Horário

A Acolhe funciona 24 horas por dia, durante todo o ano.

Artigo 13.º - Abertura ao público

1. O atendimento dos serviços administrativos é efetuado, de segunda a sexta-feira, nos dias úteis, das 09.00h às 17.00h.
2. As visitas decorrem entre as 11.00h e as 19.00h, sem aviso prévio.
3. Durante o período estabelecido no número anterior excluem-se os horários das refeições.
4. O horário das visitas poderá ser ajustado em situações de declarada impossibilidade da sua realização no horário previsto no nº 2, sendo o mesmo definido com a Direção Técnica.
5. As visitas nos quartos carecem de autorização da equipa técnica. Na sua ausência, apenas são permitidas visitas aos quartos dos utentes acamados ou com situação de saúde que o obrigue.

Artigo 14.º - Saídas

1. Os utentes podem ausentar-se sempre que desejarem, devendo informar o colaborador de serviço com indicação do destino e o horário previsto de retorno:
 - a) Os utentes cuja saída, por qualquer limitação física ou mental, possa representar risco para a sua segurança pessoal, têm de ser acompanhados por familiar, pessoa amiga ou ainda por um colaborador que assuma a responsabilidade do seu regresso;
 - b) Os utentes que estejam sob tratamento ou controlo clínico podem ausentar-se desde que obtenham autorização da equipa clínica e nos moldes da alínea anterior.
2. No caso de saídas prolongadas de residentes com situação de saúde debilitada, é necessário um pedido de autorização de saída, a conceder pela Direção Técnica nos seguintes moldes:
 - a) A autorização tem de ser solicitada com 2 dias de antecedência e ter o visto da equipa clínica, em virtude do estado de saúde do utente poder representar cuidados especiais;
 - b) No caso de utente em situação de incapacidade clinicamente declarada, o pedido de autorização e o termo de responsabilidade deve ser assinado pelo representante, o qual se responsabiliza pelos cuidados, amparo físico e sustentação financeira e material.
3. Durante o período em que o utente esteja ausente, a Acolhe não tem qualquer responsabilidade na prestação de cuidados.
4. A Acolhe pode promover, de acordo com a preferência e vontade dos utentes, visitas a locais de interesse, assegurando, para o efeito, transporte gratuito.
5. As saídas que prevejam custos são alvo de autorização prévia do utente ou do representante.

Artigo 15.º - Serviços incluídos na mensalidade

1. A Acolhe assegura a prestação dos seguintes serviços:
 - a) Alojamento;
 - b) Alimentação;
 - c) Cuidados de higiene, conforto e imagem pessoal;
 - d) Tratamento de roupas;
 - e) Limpeza dos espaços;
 - f) Cuidados de enfermagem, bem como acesso a cuidados de saúde;
 - g) Administração farmacológica;
 - h) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais;
 - i) Apoio psicossocial.
2. Em termos de funcionamento, a Acolhe promove:
 - a) A convivência social entre utentes e destes com as pessoas de referência, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;
 - b) A participação das pessoas de referência no apoio ao utente sempre que possível e desde que este contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo.

8

Artigo 16.º - Alojamento

1. Os utentes para além do quarto têm ao seu dispor salas de convívio, assim como um jardim.
2. Os utentes podem colaborar na arrumação dos espaços privados e comuns, na medida que a sua condição de saúde permita.
3. Os critérios para mudança de quarto são os seguintes:
 - a) Falecimento de um cônjuge residente;
 - b) Por necessidade e bom funcionamento interno.
4. Não é permitido:
 - a) Fumar dentro do edifício.
 - b) Colocar nas paredes pregos, quadros e estampas;
 - c) Possuir alimentos não autorizados;
 - d) Usar ou acender velas, lamparinas ou equiparados;
 - e) O uso de botijas, cobertores elétricos e aquecedores.

Artigo 17.º - Alimentação

1. A Acolhe disponibiliza refeições, por norma, nos seguintes horários:
 - a) Pequeno-almoço: 08.30h/11.00h;
 - b) Almoço: 12.00h/14.00h;
 - c) Lanche: 15.30h/16.30h;
 - d) Jantar: 19.00h/20.00h;
 - e) Ceia: 22.00h.
2. Os regimes de alimentação especial (suplementos alimentares) para diabéticos e/ou pessoas em convalescença serão servidos nos intervalos das refeições principais.
3. A Direção Técnica, atendendo ao estado de saúde e à necessidade específica do utente, pode permitir que as refeições sejam servidas no quarto.
4. A refeição pode ser servida em horário diferente mediante solicitação antecipada.
5. As dietas especiais terão lugar em caso de prescrição médica. No caso de dieta que implique o consumo de produtos diferentes dos normalmente consumidos na Acolhe, a aquisição dos mesmos é da responsabilidade do utente ou do representante.
6. As ementas são afixadas semanalmente em local visível.
7. Sempre que o utente não necessitar de refeição, deve, o próprio ou o representante, informar o responsável do serviço até às 09.30h, do próprio dia.
8. A ingestão de bebidas alcoólicas (vinho ou cerveja) durante a refeição é permitida, dentro dos limites razoáveis, salvo em situações devidamente justificadas por parecer clínico. Nos restantes horários, o consumo de bebidas alcoólicas fica sujeito a autorização da Direção Técnica.

9. Os utentes ou os representantes podem convidar familiares ou amigos para almoçar no refeitório da instituição, mediante aviso prévio de dois dias e pagamento da refeição. O número total de convidados não pode ser superior a 7 pessoas.
10. No dia do aniversário do utente pode este ou o representante convidar os familiares ou amigos para uma refeição, mediante pedido por escrito, com antecedência de 5 dias, com o número de convidados (limite de 15 pessoas) e horário pretendido, o qual será analisado pela Direção Técnica. O custo relativo às refeições é suportado pelo utente ou representante.
11. A Acolhe não se responsabiliza pelos danos causados à saúde por alimentos que não sejam servidos sob a sua orientação.

Artigo 18.º - Cuidados de Higiene, Conforto e Imagem Pessoal

1. Os cuidados de higiene, conforto e imagem pessoal são definidos no plano de cuidados individuais do utente.
2. Na medida das capacidades do utente, é incentivada a autossatisfação das necessidades e a sua implicação no âmbito dos cuidados, de forma a promover independência e autonomia.
3. A Acolhe pode disponibilizar produtos de higiene e conforto (gel de banho, champô e creme hidratante), porém caso o utente e/ou representante deseje um produto específico tem de o adquirir e fornecer à Direção Técnica.

Artigo 19.º - Tratamento de roupa

1. Este serviço pressupõe a recolha, lavagem e secagem do vestuário e têxteis internos com máquinas industriais, engomagem e pequenos arranjos de costura.
2. Não é permitido lavar e/ou estender roupa no quarto.
3. O vestuário dos utentes deve possuir as etiquetas com indicações de lavagem e deve, ainda, ser compatível com a lavagem em máquinas industriais. A Acolhe não se responsabiliza por danos causados em roupa que não esteja devidamente etiquetada.
4. O tratamento do vestuário que exija técnicas especiais de limpeza será efetuado em lavandaria externa e suportado pelo utente e/ou representante.

Artigo 20.º - Higiene dos espaços

1. Os espaços privados são, diariamente, arrumados e, semanalmente, alvo de uma limpeza geral.
2. Todos os outros espaços são higienizados consoante as suas especificidades e, tendencialmente, no mínimo de uma vez por dia.
3. O fornecimento e mudança de roupa de cama e de toalhas são feitos uma vez por semana, exceto se houver razões justificativas que levem a alterar esse período.

Artigo 21.º - Cuidados de enfermagem, bem como acesso a cuidados de saúde

1. A Acolhe presta, nas suas instalações, os cuidados de saúde genéricos, nomeadamente de enfermagem geral.
2. Os cuidados de saúde externos e especiais, que compreendam designadamente: consultas ou internamentos; meios auxiliares de diagnóstico e terapêutica; estudos radiológicos; material clínico; material de enfermagem especializado e/ou ajudas técnicas são da responsabilidade do utente ou seu representante.
3. Relativamente aos cuidados de saúde programados:
 - a) O acompanhamento dos utentes não autónomos é da responsabilidade do representante;
 - b) Na impossibilidade declarada do representante acompanhar o utente e com aviso prévio mínimo de 15 dias pode a instituição disponibilizar um colaborador, se compatível com o bom funcionamento interno.
4. Nas situações de emergência:
 - a) O utente é encaminhado para o serviço hospitalar com o acompanhamento de um colaborador que efetuará as diligências necessárias até à comparência de uma pessoa de referência, a quem compete a presença no local o mais rápido que lhe seja possível;
 - b) O representante é imediatamente informado.
5. Todas as despesas efetuadas com cuidados de saúde externos e especiais, incluindo transporte e eventual acompanhamento pelo pessoal são encargo do utente/representante.
6. Em caso de recusa de tratamentos médicos e/ou deslocação ao hospital, o utente e/ou seu representante, tem de assinar um termo de responsabilidade.
7. Sempre que seja detetada doença infectocontagiosa ou doenças do foro psiquiátrico não compensadas que possam pôr em causa a segurança e bem-estar dos frequentadores ou o bom funcionamento interno, o utente ou o representante deve providenciar imediatamente o tratamento médico adequado, com encargos e responsabilidade do próprio.
8. O utente pode voltar a frequentar a Acolhe mediante apresentação de declaração médica comprovativa da regularização do estado de saúde.

Artigo 22.º - Administração farmacológica

1. A Acolhe assegura a administração da medicação prescrita.
2. É vedado às visitas, o fornecimento ao utente de qualquer tipo de medicamento.
3. Os colaboradores podem, sob orientação da equipa de Enfermagem, fornecer fármacos que não necessitem de prescrição médica, sempre que haja uma situação de urgência (febre ou indisposição).

Artigo 23.º - Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais

O Plano de Atividades compila um conjunto de atividades grupais, assim como momentos individualizados, através do qual pretendemos proporcionar um envelhecimento ativo, respeitando as capacidades, os interesses, os hábitos, as rotinas e a história de cada pessoa.

Artigo 24.º - Apoio psicossocial

O apoio psicossocial é adaptado a cada pessoa, visando a promoção do seu bem-estar biopsicossocial.

Artigo 25.º - Gastos excluídos da mensalidade

1. Não estão incluídos na mensalidade gastos inerentes a qualquer serviço ou bem não mencionado no Art.º 15.º, nomeadamente: medicação; produtos para incontinência; custos relacionados com deslocações de ambulância, veículo específico ou transporte público; cuidados de saúde externos e especiais nos termos do Art.º 21.º; telefonemas; equipamentos especiais e/ou ajudas técnicas (p. ex. cadeira de rodas, andarilho, bengala); serviços de estética (p. ex. cabeleireiro/barbeiro, depilação, tratamentos de beleza, maquilhagem); outros bens (p. ex. roupa, tabaco, entre outros); serviços específicos (p. ex. massagens, podologia) e serviços fúnebres.
2. No que concerne aos produtos de incontinência, a Acolhe disponibiliza-se para assegurar a sua aquisição, sendo os recibos passados pela entidade fornecedora em nome do utente. Caso o utente/representante queira adquirir pessoalmente os produtos, terá de cumprir os pressupostos definidos pela Acolhe no que diz respeito a marca, modelo, tamanho e grau de absorção.
3. Dada a responsabilidade inerente à administração de medicação, todo o processo de requisição e transporte é da inteira responsabilidade da Acolhe. Os recibos relativos à sua aquisição serão processados pela farmácia em nome do utente.

Artigo 26.º – Falecimento

1. O representante é informado de imediato, com exceção das situações ocorridas entre as 23.00h e as 07.00h, nas quais a comunicação será efetuada a partir das 07.00h.
2. Todos os procedimentos e custos relativos à organização das cerimónias fúnebres são da responsabilidade do representante.
3. Deve ser assegurado pelo representante que a saída do corpo se efetuará com a maior brevidade possível, de forma a não interferir com o normal funcionamento da Acolhe.
4. A Acolhe, após o falecimento, notificará por escrito os herdeiros ou representantes legais para que no prazo de 30 dias procedam ao levantamento dos pertences ou valores monetários dos utentes. Findo este prazo, caso os mesmos não tenham sido reclamados reverterão a favor da instituição.

CAPÍTULO VI - Recursos

Artigo 27.º - Pessoal

O quadro de pessoal encontra-se afixado em local visível, nos termos da legislação em vigor.

Artigo 28.º - Direção Técnica

1. A Direção Técnica da Acolhe compete a um profissional, cujo nome e formação se encontra afixado em lugar visível e a quem cabe a responsabilidade de dirigir a residência em articulação com o Conselho de Administração.
2. Nas ausências e impedimentos do elemento acima mencionado, a Direção Técnica é assumida por colaborador devidamente designado pelo Conselho de Administração.

CAPÍTULO VII - Direitos e Deveres

Artigo 29.º - Utente

1. Tem direito a:
 - a) Ser informado sobre as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
 - b) Organizar o seu espaço privado com os objetos pessoais previamente autorizados;
 - c) Ausentar-se, com aviso prévio;
 - d) Convidar e/ou receber visitas nas condições pré-estabelecidas;
 - e) Gerir os seus recursos económicos, na medida da sua autonomia;
 - f) Participar nas atividades, de acordo com os seus interesses e possibilidades;
 - g) Receber os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, visando a sua autonomia e independência;
 - h) Receber informação sobre assuntos julgados de interesse para si;
 - i) Ser respeitado pela sua identidade, personalidade e reserva de intimidade pessoal e familiar, bem como pelos seus usos e costumes;
 - j) Receber a sua correspondência inviolada;
 - k) Fazer elogios, sugestões ou reclamações, verbalmente ou por escrito, à Direção Técnica, no Livro de Elogios, na Caixa de Sugestões ou no Livro de Reclamações;
 - l) Solicitar o cancelamento da prestação dos serviços, nos termos e sob as condições previstas.
2. Tem o dever de:
 - a) Colaborar com a equipa da Acolhe na medida das suas capacidades;
 - b) Tratar com respeito todas as pessoas que colaboram ou frequentam a Acolhe;
 - c) Pagar as mensalidades, bem como as despesas efetuadas, dentro dos prazos fixados;
 - d) Zelar pela conservação das instalações e equipamentos que tiver ao seu dispor;
 - e) Abster-se de provocar ruídos de qualquer natureza, nomeadamente volume do rádio e

- televisão, que possam incomodar terceiros, especialmente nas horas de descanso ou sono;
- f) Criar/manter um ambiente agradável, dinâmico e harmonioso;
- g) Cuidar da sua saúde e comunicar qualquer alteração de saúde ou de prescrição farmacológica que lhe seja feita.
- h) Cumprir e fazer cumprir aos representantes, familiares e visitas as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe e dos respetivos programas ou projetos.

Artigo 30.º - Representante

1. Tem o direito de:
 - a) Ser informado sobre as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
 - b) Colaborar com a equipa da Acolhe nas ações e estratégias definidas, tendo em vista a melhoria da qualidade de vida do utente;
 - c) Manter contato regular com o utente;
 - d) Participar nas atividades previstas no Plano de Atividades Socioculturais;
 - e) Fazer elogios, sugestões ou reclamações, verbalmente ou por escrito, à Direção Técnica, no Livro de Elogios, na Caixa de Sugestões ou no Livro de Reclamações;
2. Tem o dever de:
 - a) Cumprir as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe e dos respetivos programas ou projetos;
 - b) Colaborar com a equipa da Acolhe, na resolução de problemas relativos ao utente, com o objetivo de melhorar a sua qualidade de vida;
 - c) Providenciar roupa e bens/produtos necessários ao utente;
 - d) Garantir o pagamento das mensalidades, assim como das despesas efetuadas, dentro dos prazos fixados;
 - e) Zelar pela conservação das instalações e equipamentos que tiver ao seu dispor;
 - f) Acompanhar o utente de forma sistemática, mantendo uma relação de proximidade e promovendo o seu bem-estar clínico e social.

Artigo 31.º - Visitante

1. Tem direito ao convívio com o utente, sempre que este o deseje e não exista decisão judicial em contrário, segundo as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe.
2. Tem o dever de:
 - a) Informar os serviços da sua entrada, assim como saída das instalações, fornecendo os seus dados de identificação;
 - b) Não assumir o papel de representante do utente;
 - c) Obedecer às normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
 - d) Zelar pela conservação das instalações e equipamentos que tiver ao seu dispor.

Artigo 32.º - A Acolhe

1. Tem o direito de:

- a) Receber lealdade e respeito;
- b) Exigir o cumprimento das normas e regras que regulam o seu funcionamento interno e dos respetivos programas ou projetos que esteja a desenvolver;
- c) Receber as mensalidades e outros pagamentos devidos, nos prazos fixados;
- d) Gerir o pessoal tendo em conta a conveniência dos serviços;
- e) Elaborar o Plano Individual de Cuidados e o Plano de Atividades Socioculturais e alterá-los de acordo com as necessidades de ambas as partes;
- f) Proceder à cobrança coerciva de dívidas;
- g) Ver respeitado o seu património e imputar ao utente ou representante as despesas inerentes aos prejuízos provocados voluntariamente.

2. Tem o dever de:

- a) Garantir a prestação de cuidados especializados e adequados às necessidades do utente;
- b) Garantir ao utente a sua individualidade, dignidade, privacidade e confidencialidade;
- c) Conservar os processos individuais atualizados, organizados e reservados;
- d) Manter os espaços limpos e asseados;
- e) Promover um ambiente saudável, que potencie o exercício da autonomia dos utentes e impulse o sentimento de coesão grupal e identidade institucional;
- f) Contratar pessoal com formação adequada à prestação de serviços;
- g) Proporcionar formação contínua aos colaboradores para que estes possam atualizar conhecimentos e melhorar a prestação de serviços;
- h) Possuir livro de reclamações e dar resposta a eventuais reclamações, em tempo útil, de acordo com a gravidade da situação.

Artigo 33.º - Colaborador

1. Tem o direito de:

- a) Dependendo da sua função, dispor de uma farda e/ou de cartão de identificação;
- b) Ser informado das normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
- c) Realizar funções de acordo com as suas competências;
- d) Ser tratado com respeito;
- e) Receber a colaboração necessária à promoção da qualidade de vida dos utentes;
- f) Receber informação relevante para a prestação de serviços aos utentes;
- g) Estabelecer contactos com os representantes dos utentes;
- h) Manter uma relação profissional com os dirigentes;

- i) Receber formação inicial e contínua adequada às suas funções;
 - j) Fazer sugestões de melhoria, com base no seu sentido crítico, que serão analisadas pelos superiores hierárquicos;
 - k) Exercer o seu trabalho em condições de higiene e segurança;
 - l) Ver cumpridos os pressupostos do seu Contrato Trabalho.
2. Tem o dever de:
- a) Utilizar a farda e a identificação, durante o período de trabalho e não se ausentar da instituição com as mesmas;
 - b) Familiarizar-se com os princípios fundamentais e a filosofia vigentes na Acolhe;
 - c) Manter uma apresentação cuidada;
 - d) Avaliar a situação de cada utente e colaborar na elaboração do plano de cuidados em função das necessidades expressas, em articulação com o utente e/ou representante;
 - e) Prestar com sentido crítico, amabilidade e dedicação as suas funções, de forma a garantir a qualidade dos serviços prestados;
 - f) Respeitar as regras de individualidade, privacidade e confidencialidade;
 - g) Ser assíduo e pontual;
 - h) Zelar pela conservação das instalações e equipamentos que tiver ao seu dispor;
 - i) Contribuir para um ambiente de trabalho harmonioso.

Artigo 34.º - Voluntário e Estagiário

1. Tem o direito de:
- a) Dispor de um cartão de identificação;
 - b) Ser informado das normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
 - c) Realizar a ação de acordo com as suas competências, aptidões e interesses;
 - d) Receber informação sobre os objetivos, duração e atividade que vai realizar;
 - e) Receber formação inicial, assim como acompanhamento e avaliação do trabalho desenvolvido;
 - f) Ser reconhecido pelo trabalho que desenvolve, obtendo certificação no final;
 - g) Exercer o seu trabalho em condições de higiene e segurança.
2. Tem o dever:
- a) Utilizar a identificação durante o período de trabalho e, dependendo da sua função, utilizar uma bata ou farda;
 - b) Manter uma apresentação cuidada;
 - c) Familiarizar-se com os princípios fundamentais e a filosofia vigentes na Acolhe;
 - d) Respeitar as normas e regras que regulam o funcionamento da Acolhe;
 - e) Participar nos programas formativos destinados ao desenvolvimento do seu trabalho;

- f) Zelar pela conservação das instalações e equipamentos que tiver ao seu dispor;
- g) Preparar-se para as atividades e funções que lhe são confiadas;
- h) Garantir a regularidade do exercício do trabalho;
- i) Não assumir o papel de representante da Acolhe, sem prévia autorização.

Artigo 35.º - Direitos de imagem

1. A Acolhe pode publicitar a sua atividade através de meios de comunicação social, nomeadamente, na internet:

- a) Serão, apenas, publicadas imagens das pessoas que, através de documento assinado o autorizem.
- b) A Acolhe não se responsabiliza pela reutilização das fotografias publicadas.

Artigo 36.º - Normas de boa convivência e segurança

Na Acolhe não é permitido:

- a) A utilização de vocabulário insultuoso, ameaças verbais e/ou físicas e qualquer outro comportamento que vise ferir a integridade física ou moral das pessoas;
- b) A gratificação com objetos e/ou dinheiro, sem conhecimento da Direção Técnica.

Artigo 37.º - Cessação da Prestação de Serviços

1. O contrato pode ser denunciado a todo o tempo por iniciativa de qualquer das partes, mediante comunicação escrita, com a antecedência mínima de 30 dias. A denúncia implica o vencimento imediato dos créditos relativos a despesas efetuadas pelo utente, os quais deverão ser integralmente pagos até à data da sua saída.
2. O contrato pode cessar, mediante comunicação escrita, com antecedência mínima de 30 dias quando se verificar que a Acolhe não consegue dar resposta às pretensões pessoais ou às necessidades decorrentes da alteração das condições físicas e de saúde do utente.

Artigo 38.º - Rescisão do Contrato de Prestação de Serviços

1. O contrato celebrado pode ser rescindido, com justa causa, por uma das partes, sempre que ocorram circunstâncias que, pela sua natureza, inviabilizem a subsistência do mesmo, designadamente em caso de incumprimento de qualquer obrigação consignada no presente

regulamento e/ou no contrato de prestação de serviços, se após interpelação para corrigir o incumprimento, o mesmo não se verificar no prazo de 15 dias a contar da mesma.

2. Verificando a Acolhe a situação descrita no número anterior, comunica, por escrito, ao residente e/ou representante a rescisão do contrato, com uma antecedência mínima de 30 dias.

CAPÍTULO VIII - Disposições Finais

Artigo 39.º - Alterações ao Regulamento

1. O presente regulamento é revisto, sempre que se verificarem alterações no funcionamento da Acolhe, resultantes da avaliação geral dos serviços prestados, tendo como objetivo principal a sua melhoria;
2. Qualquer alteração ao presente Regulamento é comunicada ao utente e seu representante, com a antecedência mínima de 30 dias relativamente à data da sua entrada em vigor, sem prejuízo da resolução do contrato a que a estes assiste, em caso de discordância dessas alterações;
3. Será entregue uma cópia do Regulamento Interno ao utente e representante no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

Artigo 40.º - Casos Omissos

Em caso de eventuais lacunas, as mesmas serão supridas pelo Conselho de Administração, da Acolhe, tendo em conta a legislação em vigor.

Artigo 41.º - Livro de Reclamações

Nos termos da legislação em vigor, este serviço possui Livro de Reclamações, que poderá ser solicitado pelo utente e/ou representante.

Artigo 42.º - Entrada em vigor

O presente Regulamento entra em vigor em 01/01/2018.

Anexos

ANEXO I

(TABELA DE COMPARTICIPAÇÃO MENSAL)

As mensalidades atribuídas são estipuladas de acordo com a tipologia do quarto que o residente escolher, assim:

Quarto duplo, com wc: 1020€ por pessoa;

Quarto individual, com wc partilhado: 1230€;

Quarto individual, com wc privado: 1340€.

Os valores inerentes aos serviços ou produtos excluídos da mensalidade são individualizados e devidos mensalmente.

Porto, 18 de novembro de 2017

ANEXO II

ARTº 11º Nº 7 DO REGULAMENTO INTERNO

TABELA DE DESCONTOS

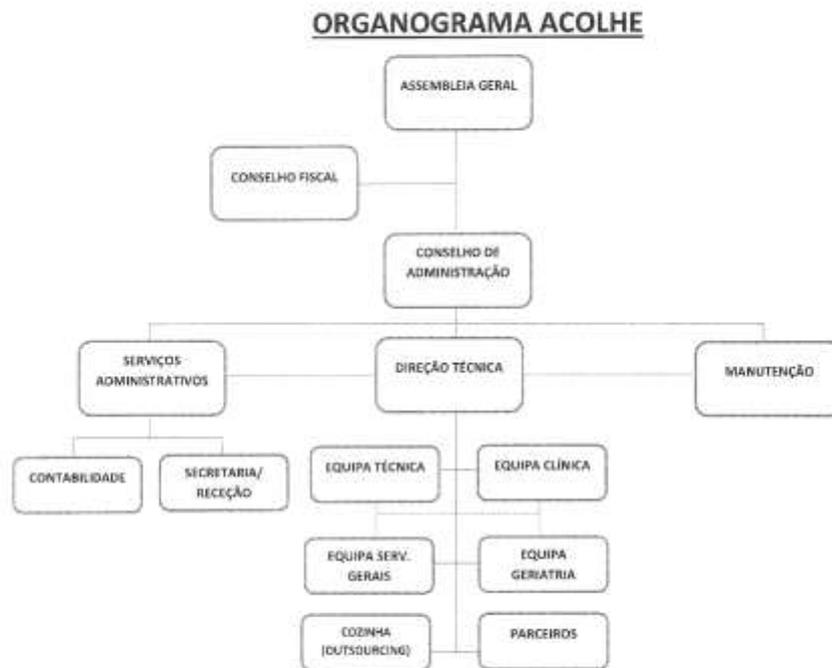
Ausências de 0 a 10 dias..... Desconto 0,00€

Ausências de 11 a 20 dias..... Desconto de 50,00€

Ausências de 21 a 31 dias..... Desconto de 100,00€

Porto, 18 de novembro de 2017

Anexo IV: Organograma



Anexo V: Receitas médicas

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acalhe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **1**
Rivastigmina Sandoz, 3 mg x 56 cáps
- QT: 1 Despacho 13020/2017
Venlafaxina Zentiva MG, 75 mg x 30 cáps
lib prol
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **2**
Losartan Zentiva MG, 100 mg x 56 comp
revest
- QT: 1
Vigantol, 5 mg/10 mL x 1 sol oral gta
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **3**
Diltiazem ratiopharm MG, 90 mg x 60
cáps lib prol
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **4**
Alprazolam Sandoz MG, 0,5 mg x 60 comp
- QT: 1
Beta-histina Aurobindo MG, 16 mg x 60
comp
- QT: 1
Sinemet, 25/100 mg x 60 comp
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **5**
Lasix, 40 mg x 60 comp
- QT: 1
Lioresal, 10 mg x 60 comp
- QT: 1
Ranitidina Bluepharma MG, 150 mg x 60
comp revest
- QT: 1
Risperidona Aurovitas MG, 0,5 mg x 60
comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **6**
Omeprazol Aurovitas MG, 20 mg x 56 cáps
gastroresistente
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **7**
Ultra-Vinca, 5 mg x 60 comp
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **8**
Inspira, 25 mg x 30 comp revest
- QT: 1
Risidon, 1000 mg x 60 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **9**
Aerochamber Plus Flow-Vu Masc Grd 4
108504
- QT: 1
Flutiform (120 doses), 250/10 mcg/dose
x 1 susp press inal
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **10**
Lorazepam Labesfal, 2,5 mg x 60 comp
- QT: 1
Losartan + Hidroclorotiazida Zentiva
MG, 50/12,5 mg x 56 comp revest
- QT: 1
Sinemet, 25/100 mg x 60 comp
- QT: 4

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acolhe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **11**

- Crestor, 5 mg x 60 comp revest
- QT: 1
- Paracetamol Sandoz MG, 1000 mg x 20 comp
- QT: 1
- Preterax, 2,5/ 0,625 mg x 30 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **12**

- Diplexil-R, 250 mg x 60 comp gastrorresistente
- QT: 1
- Mirtazapina Aurovitas MG, 15 mg x 56 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **13**

- Clonix, 300 mg x 20 cáps
- QT: 1
- Fludex LP, 1,5 mg x 30 comp lib prol
- QT: 1
- Galantamina Generis MG, 8 mg x 28 cáps lib prol
- QT: 1 *Despacho 13020/2011*
- Lexotan, 6 mg x 60 comp
- QT: 1
- Nolotil, 575 mg x 20 cáps
- QT: 1
- Pantoprazol Zentiva MG, 20 mg x 56 comp gastrorresistente
- QT: 1
- Perwadoze Oral, 1 mg x 60 comp revest
- QT: 1
- Sertralina Ratiopharm MG, 50 mg x 56 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **14**

- Beta-histina Aurobindo MG, 16 mg x 60 comp
- QT: 1
- Pradaxa, 150 mg x 60 cáps
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **15**

- Alprazolam Mylan MG, 0,25 mg x 60 comp
- QT: 1
- Paracetamol Sandoz MG, 1000 mg x 20 comp
- QT: 3
- Siccafluid, 2,5 mg/g-10g x 1 gel oft frasco
- QT: 1
- Tansulosina Zentiva MG, 0,4 mg x 30 cáps lib mod
- QT: 1
- Tromalyt, 150 mg x 28 cáps lib mod
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **16**

- Tansulosina Zentiva MG, 0,4 mg x 30 cáps lib mod
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **17**

- Irbesartan Zentiva, 150 mg x 28 comp
- QT: 1
- Maizar Diskus (60 doses), 100/50 mcg/dose x 1 pó inal unidose
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **18**

- Beta-histina Aurovitas MG, 24 mg x 60 comp
- QT: 1
- Carbamazepina Generis 200 mg Comprimidos MG, 200 mg x 60 comp
- QT: 1
- Dol-U-Ron Forte, 1000/60 mg x 18 comp
- QT: 1
- Lisinopril Labesfal 20 mg Comprimidos MG, 20 mg x 60 comp
- QT: 1
- Doneprazol Aurovitas MG, 20 mg x 56 cáps gastrorresistente
- QT: 1

216

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acolhe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **19**

Atorvastatina Teva MG, 20 mg x 28 comp
revest
- QT: 1
Ramipril Zentiva MG, 2,5 mg x 56 cáps
- QT: 1
Sertralina Zentiva MG, 50 mg x 56 comp
revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **20**

Kainever, 2 mg x 14 comp
- QT: 1
Memantina Krka MG, 10 mg x 56 comp
revest
- QT: 1 Despacho 13020/2017
Paroxetina Zentiva MG, 20 mg x 60 comp
revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **21**

Monoprost, 0,05 mg/mL x 30 sol col
unidose
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **22**

Maltofer, 357 mg/5 mL x 20 amp beb
- QT: 1
Vigantol, 5 mg/10 mL x 1 sol oral gta
- QT: 1
Xarelto, 15 mg x 42 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **23**

Glucosamina Generis MG, 1500 mg x 60 pó
sol oral saq
- QT: 1
Sobrepina, 30 mg x 60 comp revest
- QT: 1
Triticum AC, 150 mg x 60 comp 11b mod
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **24**

Ferro-Tardyferon, 247,25 mg x 60 comp
11b pro1
- QT: 1
Memantina Krka MG, 10 mg x 56 comp
revest
- QT: 1 Despacho 13020/2017
Tronalyt, 150 mg x 28 cáps 11b mod
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **25**

Diplexil-R, 250 mg x 60 comp
gastroresistente
- QT: 1
Lasix, 40 mg x 60 comp
- QT: 1
Mirtazapina Aurovitas MG, 15 mg x 30
comp orodisp
- QT: 1
Ogasto, 30 mg x 56 comp orodisp
- QT: 2
Olanzapina Zentiva MG, 5 mg x 28 comp
orodisp
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **26**

Quetiapina Zentiva MG, 25 mg x 20 comp
revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **27**

Sertralina Zentiva MG, 50 mg x 56 comp
revest
- QT: 1

3/6

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acolhe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **28**

- Ceftriaxona Lebesfal MG (frasco), 500 mg/2 mL x 1 pó solv sol inj IM amp
 - QT: 6
- Claritine, 10 mg x 20 comp
 - QT: 1
- Escitalopram Bluepharma MG, 20 mg x 56 comp revest
 - QT: 1
- Esomeprazol Zentiva, 40 mg x 56 cáps gastrorresistente
 - QT: 1
- Levotan, 3 mg x 60 comp
 - QT: 1
- Sirenet, 25/100 mg x 60 comp
 - QT: 1
- Simvastatina Aurovitas MG, 20 mg x 60 comp revest
 - QT: 1
- Soro Glucosado Isotónico, 55 mg/mL-1000mL x 1 sol perf frasco
 - QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **29**

- Beta-histina Aurobindo MG, 16 mg x 60 comp
 - QT: 1
- Lorenin, 2,5 mg x 30 comp
 - QT: 1
- Mollinar, 22400 UI x 3 comp revest
 - QT: 1
- Paracetamol Sandoz MG, 1000 mg x 20 comp
 - QT: 2

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **30**

- Eutirox, 50 mg x 60 comp
 - QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **31**

- Memantina Krka MG, 10 mg x 56 comp revest
 - QT: 1 Dispacho 13020/2011
- Pregabalina Zentiva MG, 75 mg x 56 cáps
 - QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **32**

- Diplexil-R, 250 mg x 60 comp gastrorresistente
 - QT: 1
- Memantina Krka MG, 20 mg x 28 comp revest
 - QT: 2 Dispacho 13020/2011
- Ogasto, 30 mg x 56 comp orodisp
 - QT: 1
- Sertralina Zentiva MG, 50 mg x 56 comp revest
 - QT: 1
- Triticum AC, 150 mg x 60 comp lib mod
 - QT: 1
- UL-250, 250 mg x 20 pó susp oral saq
 - QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **33**

- Bisoprolol Krka MG, 2,5 mg x 30 comp revest
 - QT: 2
- Imuran, 25 mg x 50 comp revest
 - QT: 1
- Paracetamol Sandoz MG, 1000 mg x 20 comp
 - QT: 1
- Zyprexa, 5 mg x 28 comp revest
 - QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **34**

- Lendrain, 0,25 mg x 14 comp
 - QT: 1
- Memantina Krka MG, 20 mg x 28 comp revest
 - QT: 1 Dispacho 13020/2011

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **35**

- Indapamida Bluepharma MG, 1,5 mg x 28 comp lib prol
 - QT: 1
- Paroxetina Zentiva MG, 20 mg x 60 comp revest
 - QT: 1

4/6

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acolhe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **36**

Mycoster, 80 mg/g-3ml x 1 verniz
- QT: 1
Ogasto, 30 mg x 56 comp orodisp
- QT: 1
Spiolto Respimat, 2.5/ 2.5 mcg x 1 sol
inal
- QT: 1

Cliente: **36**
Tel: Tlm: **1**
Email:

COD	QTD	Produto
5021514	1	Fentanilo Sandoz MG, 12,5/mcg/h x 5 sist transder

Cliente: **37**
Tel: Tlm: **2**
Email:

COD	QTD	Produto
5021514	1	Fentanilo Sandoz MG, 12,5/mcg/h x 5 sist transder

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: MARIA ROSA NEVES
Bisoprolol Krka MG, 2,5 mg x 30 comp
revest
- QT: 1
Lexotan, 1,5 mg x 60 comp
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **38**
Inegy, 10/20 mg x 28 comp
- QT: 1
Quetiapina SR Zentiva MG, 150 mg x 30
comp lib prol
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **39**
Eutirox, 50 mcg x 60 comp
- QT: 1
Lorenin, 2,5 mg x 30 comp
- QT: 1
Norvasc, 5 mg x 60 comp
- QT: 1
Priadel, 400 mg x 100 comp lib aod
- QT: 1
Seroquel SR, 50 mg x 60 comp lib prol
- QT: 1
Xarelto, 20 mg x 28 comp revest
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **40**
Fluconazol Aurovitas MG, 50 mg x 7 cáps
- QT: 1
Fongavil, 10 mg/g-30g x 1 creme bisn
- QT: 1

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **41**
Escitalopram Krka MG, 10 mg x 56 comp
revest
- QT: 1
Rivastigmina Generis MG, 4,6 mg/24 h x
30 sist transder
- QT: 1 *Despacho 18020/2017*
Somazina, 100 mg/mL-50mL x 1 sol oral
dil
- QT: 4

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: **42**
Bisoprolol Aurobindo MG, 2,5 mg x 60
comp revest
- QT: 1
Irbesartan Aurovitas MG, 150 mg x 28
comp revest
- QT: 1
Igofer, 800 mg/15 mL x 20 amp beb
- QT: 2
Quetiapina Zentiva MG, 25 mg x 20 comp
revest
- QT: 1

5/6

RECEITAS EM FALTA ATÉ 10/7/2018

Lar: Acothe

LISTA DE PRODUTOS SUSPENSOS

Nome de Utente.: 43

- Baclofeno Generis MG, 25 mg x 60 comp
- QT: 1
- Diplexil-R, 250 mg x 60 comp
gastrorresistente
- QT: 1
- Pantoprazol Zentiva MG, 40 mg x 56 comp
gastrorresistente
- QT: 1
- Quetiapina Zentiva MG, 25 mg x 20 comp
revest
- QT: 2
- Rivotril, 2 mg x 30 comp
- QT: 1
- Sertralina Zentiva MG, 100 mg x 56 comp
revest
- QT: 1

616

Apêndices

Apêndice I: Guião de entrevista

1. Qual é o cargo profissional que desempenha?
2. Há quantos anos trabalha com idosos?
3. Quais são as suas funções na instituição?
4. Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal? Se sim, gostaria de lhe pedir que falasse um pouco sobre as noções que tem acerca do suicídio na terceira idade
5. A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio? Se sim, Quais?
6. Já detetaram alguma ideação suicida?
 - 6.1. Qual a relação que a instituição estabelece com os familiares e/ou pessoas próximas do idoso?
 - 6.2. Qual a predisposição da família perante estes casos e qual a postura que considera importante que venha assumir quando são identificadas ideações suicidas no idoso?
7. Conhece casos de idosos que cometeram ou tentaram suicídio?

Se sim:

 - 7.1. Em que situações viveram esses idosos que pudesse ter impulsionado as tentativas e/ou o suicídio?
 - 7.2. Qual o método que o/s idoso/s utilizou/aram?
 - 7.3. A nível profissional e pessoal como geriu a morte desse idoso?
 - 7.4. Como é que a instituição geriu a morte por suicídio do idoso?
8. Quais são os fatores de risco do suicídio?
9. Qual o principal fator de risco que leva ao suicídio?
10. Quais são os fatores de proteção?
11. Na sua opinião a nossa sociedade está consciente da realidade de suicídio em que vivemos?
12. Tem conhecimento de programas/projetos de prevenção do suicídio na terceira idade?
13. Na sua perspetiva, qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção do suicídio na terceira idade?
14. Qual a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção (suicídio)?

Apêndice II: Documento com o consentimento dos entrevistados



PAULA
FRASSINETTI

Ano letivo: 2017/2018

Eu, Resheva Teresa Speice declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 12/07/2018

Assinaturas:

Entrevistado: Resheva Teresa Speice

Da estudante: Diana Marinha



Eu, Diana Paulo declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 12/03/2019

Assinaturas:

Entrevistado: Diana Paulo

Da estudante: Diana Marinha



Eu, Marcia Amélia Pinheiro Monteiro declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 27/06/2018

Assinaturas:

Entrevistado: Marcia Amélia Pinheiro Monteiro

Da estudante: Diana Marinha



Eu, Júlio César Guimarães Mello Pinho declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 27/6/2018

Assinaturas:

Entrevistado: Júlio César Guimarães Mello Pinho

Da estudante: Diana Marinha



Eu, Ana Sofia Araújo Rebelo declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultarão dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 20/06/2018

Assinaturas:

Entrevistado: Sofia Rebelo

Da estudante: Diana Marinha



Eu, Jane Maria Oliveira Sousa declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 27/06/2018

Assinaturas:

Entrevistado: Jane Sousa

Da estudante: Diana Marinha



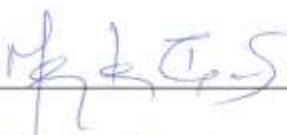
Eu, Diana Ester declaro que aceito participar no trabalho desenvolvido por Diana Marinha, no âmbito da tese de mestrado, integrada no Plano Curricular do mestrado em Intervenção Comunitária da Escola Superior de Educação de Paula Frassinetti, sob orientação do docente Júlio Sousa. Aceito que os dados recolhidos na instituição sejam utilizados no âmbito do trabalho académico em causa.

Declaro que me foi explicado e compreendo:

- O objetivo deste trabalho;
- Que autorizo a facultação dos dados relativos ao tema de estudo;
- Que entendo que toda a informação obtida na instituição é confidencial.

Data: 27/6/2018

Assinaturas:

Entrevistado: 

Da estudante: Diana Ester

Apêndice III: Transcrição das entrevistas

Entrevista I

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha?

Entrevistada: Direção Técnica

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Com idosos há quatro. Aqui é há um ano e meio mas antes já tive experiência noutras instituições... portanto quatro ou cinco anos.

Entrevistadora: Quais são as suas funções nesta instituição?

Entrevistada: Portanto são as funções de direção técnica, a gestão de pessoal, gestão de serviço, tudo o que tenha a ver com o dia-a-dia da casa e também em termos de perspetiva eu faço parte também do conselho de administração portanto faço aqui um bocadinho das duas vertentes, a planificação diária e a planificação do futuro

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal? Se sim gostaria de lhe pedir que falasse um pouco sobre as noções que tem...

Entrevistada: É assim, a par a par não, não é um assunto que explore ou que me dedique, pronto não é uma realidade com a qual lido diariamente, portanto tenho alguma noção do fenómeno mas em termos de representação que eu considero... acho que são pessoas que chegam ao limite e que não veem saída que não seja o término da vida pronto, acho que requer muita coragem, porque acho que para cometer um ato desses é alguém que está numa situação de limite e pronto não tenho assim grande opinião

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio?

Entrevistada: Nós o que temos no âmbito do suicídio propriamente dito não, o que temos é em termos de descompensação portanto, todos os nossos colaboradores têm formação contínua e para terem noção de como é vivenciado o envelhecimento e aquilo que têm de estar atentos tendo em consideração todas as limitações que as pessoas sentem, todas as dificuldades e portanto, o que nós vamos fazendo, em termos institucionais, é estar muito atentos aos residentes e perceber muito bem o seu estado anímico de uma forma constante, articular muito com a família para também perceber historais e conseguir compreender determinados padrões de comportamento em determinadas alturas do ano pronto... é algo que já nos apercebemos que há pessoas que deprimem mais em determinadas alturas do ano e tentar perceber qual é o motivo portanto, isto é um trabalho feito a nível institucional. Portanto, não temos nenhum protocolo específico do suicídio

Entrevistadora: Mas há um acompanhamento...

Entrevistada: Mas há um acompanhamento diário na perspetiva das pessoas estarem animicamente saudáveis

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideação suicida aqui na instituição?

Entrevistada: Já tivemos duas pessoas com discurso mais deprimido... aquele discurso de “já não estou aqui a fazer nada”, ver a morrer... portanto, isso acontece com alguma frequência nesta idade com as limitações, não propriamente com a intenção de suicídio, intenção intenção não tivemos, tivemos pessoas que estavam efetivamente deprimidas e que aí foram tomadas algumas medidas de precaução pronto, a articulação com a família, a intervenção médica, fizemos alguns ajustes numa senhora em especial que teve uma descompensação grave até por alucinações, tinha uma alteração paranoica e aí fez-se o fecho da janela, fez-se algumas medidas de prevenção. Mas assim alguém que nós tivéssemos noção que esteja com... não não, não tivemos ninguém que tivesse um discurso deprimente

Entrevistadora: Falou-me dessa parte com a articulação com a família, mas qual é a relação que a instituição estabelece com a família neste caso, quando detetam algum sinal...?

Entrevistada: Com a família? Com a família nós falamos abertamente

Entrevistadora: Vocês chamam-nas à instituição...

Entrevistada: Sim sim... as famílias fazem parte integrante do nosso dia-a-dia portanto, estão cá muito e nós articulamos muito em qualquer situação de descompensação, qualquer situação que nós achamos que está a fugir... ou mesmo quando as coisas funcionam normalmente portanto, temos o hábito de articular muito proximamente com as famílias e aqui vai um bocadinho ao encontro disso portanto, quando nós sentimos que há alguma alteração, automaticamente falamos porque são as pessoas de referência e são elas as melhores a responder o que poderá estar por detrás daquela situação

Entrevistadora: Mas por exemplo, existe algum idoso que seja difícil contactar com a família?

Entrevistada: Não não... não temos esse problema

Entrevistadora: Qual é a predisposição da família? Lá está, neste caso é muito grande...

Entrevistada: É muito grande... algumas têm dificuldade em compreender mas todos os familiares que nós temos são extremamente preocupados com os idosos, preocupam-se em tentar perceber, às vezes têm alguma dificuldade pronto, é preciso trabalhar com eles, é preciso um trabalho não só com os residentes mas também com as famílias... mas depois de explicado e o contributo médico é muito bom porque nós temos uma médica de clínica geral, apesar de que nós termos uma psiquiatra, que é um serviço extra mas acaba por ser uma ponte e é muito utilizado portanto, as famílias aderiram com gosto porque ela até tem tido bons resultados e ajuda-nos muito no dia-a-dia na explicação, compreenderem porque é que determinada situação acontece portanto, ajuda muito aí

Entrevistadora: Conhece casos de idosos que tentaram ou cometeram suicídio? Neste caso, na instituição não, mas...

Entrevistada: Fora não, já ouvi falar mas que conheça não.

Entrevistadora: Quais são os fatores de risco do suicídio?

Entrevistada: Quais os fatores que eu acho que são de risco para o suicídio?

Entrevistadora: Sim

Entrevistada: É o isolamento pronto, quando as pessoas ficam mais isoladas mais tendência penso que têm... um estado depressivo que não se consiga detetar e que não se consiga tratar

atempadamente, as perdas, o luto, as limitações, pronto acho que anda sempre ali... falando mais no envelhecimento eu acho que muitas vezes a limitação, o sentir que já não são capazes, que já não são úteis, que já não estão cá a fazer nada... o importante é que as pessoas se sintam queridas e amadas e isso ajuda muito a tentar diminuir a probabilidade que isto aconteça. É claro que há pessoas muito amadas que mesmo assim não é? Que não se consegue trabalhar mas acho que é um bocadinho por aqui e tentar pronto... os fatores de risco acho que são estes.

Entrevistadora: Só uma questão por curiosidade, tem aqui algum casal?

Entrevistada: Temos

Entrevistadora: Já aconteceu ou já notou por exemplo a perda do cônjuge?

Entrevistada: Sim, já tivemos... neste caso não teve grande impacto quer dizer... numa senhora não teve grande impacto porque ela não teve grande noção, num senhor eu acho que para ele de certa forma e isto pode parecer muito mal o que eu vou dizer, mas não é, isto tem de ser percebido no contexto, foi um alívio... ele ficou aliviado porque a senhora já não estava bem e pronto, eu acho que ele está mais leve do que quando ela cá estava... não é agressivo, mas era mais austero, mais frio e desde que ela faleceu ele tornou-se mais afável e portanto para ele até foi uma melhoria. A outra senhora, ela não tem noção...

Entrevistadora: Porque ao longo do meu estudo apercebi-me que era muito mais difícil no caso dos homens viverem sem o cônjuge, era só por uma questão de curiosidade.

Entrevistadora: Nós temos muitas mais senhoras do que senhores mas é assim, em termos de luto vamos sentindo, acho que depende de pessoa para pessoa, aqui na nossa realidade depende de pessoa para pessoa. Pessoas que têm muito bem resolvida a situação, mulheres muito bem resolvidas, há outra que não, que têm a situação muito mal resolvida, temos homens que têm a situação muito bem resolvida e outros com a situação mal resolvida portanto, há de tudo.

Entrevistadora: Qual o principal fator de risco que considera? Desses que me disse, o principal.

Entrevistada: No envelhecimento?

Entrevistadora: Fator de risco para o suicídio neste caso, ao pensar no suicídio na terceira idade.

Entrevistada: Eu acho que é o isolamento, quanto mais isoladas... tudo potencia todo o resto portanto, acho que o isolamento vai potenciando tudo o resto

Entrevistadora: Na sua opinião, a nossa sociedade está consciente desta realidade do suicídio?

Entrevistada: Eu acho que é difícil, é um assunto muito difícil, não por ser tabu, não acho que é só por ser tabu mas é... eu compreendo, uns pais que têm um filho, eu sou mãe, nem consigo imaginar, se um dos meus filhos se suicidasse quer dizer, é uma coisa contra natura não é? Nós morremos com uma doença com o que quer que seja, até a eutanásia porque não é? Que aí eu já consigo compreender, não é que não compreenda o suicídio mas até defendo a questão da eutanásia, tem um motivo porque aí já há um sofrimento... uma pessoa saudável, à partida saudável fisicamente, claro que não está cognitivamente saudável... acho que é um choque portanto, daí eu acho que é a dificuldade das pessoas aceitarem ou perceberem e também quem está à volta acho que fica sempre com a sensação que devia ter feito mais alguma coisa, mesmo que não adiantasse nada... portanto eu acho que a dificuldade da sociedade quando alguém se suicida eu acho que para quem está à volta fica para o resto da vida culpabilizado por aquela

peessoa a determinada altura achar que não valia nada e que não valia a pena estar cá portanto, acho que é assim um bocadinho... as pessoas têm alguma noção, que acontece, os motivos pelos quais acontece, pelo menos na minha realidade familiar e pessoal portanto eu acho que as pessoas têm noção mas é um assunto difícil de explorar pronto, porque é daquelas coisas que ninguém deseja que lhe aconteça. Em termos de sociedade, eu acho que há muitos assuntos tabus e depois a igreja pronto, e nós vivemos numa sociedade extremamente ligada à igreja e aí atrasa não é!? Porque é considerada que já não é...

Entrevistadora: Que já não tem um enterro digno

Entrevistada: Já não tem um enterro digno e portanto eu acho que esse medo que a igreja incute na sociedade relativamente ao suicídio faz com que as pessoas também se queiram afastar desse tema... eu acho que o facto de ser mais falado também pode não ser benéfico porque depois temos aqui uma dualidade não é!? Porque é considerado que se falar muito que se potencia o suicídio portanto, eu acho que de certa forma também se está consciente porque não dá nas notícias e o facto de não dar nas notícias porque alguém se apercebeu que se der nas notícias vai aumentar o suicídio... portanto, de certa forma, há alguma atenção a este assunto, agora não sei se há muito mais, não estudei nem sei o suficiente para saber se há muito mais que se possa fazer e pronto, acho que há... a nível de psicologia acho que há muito que se possa fazer, falando de fora e de quem não conhece nada, com um olhar crítico, daquilo que eu vou vendo nas consultas do público a nível da psiquiatria e da psicologia são muito limitadas, não por vontade dos profissionais mas por agenda, não têm capacidade, os atendimentos são de meio em meio ano ou de ano a ano quer dizer, isto não é viável e portanto, eu acho que há sim um grande trabalho que acho que devia ser feito ao nível da depressão, ao nível das doenças mentais, doenças ou patologias transitórias mentais e que se calhar esse trabalho antecede o suicídio portanto, acho que se calhar neste momento é mais importante a falta de consciencialização ou sensibilidade para os esgotamentos, para as depressões, para este tipo de patologia não é!? Alguém tem um esgotamento e “oh...oh... está-se a armar pronto” e não é, as pessoas têm um esgotamento porque têm um esgotamento, porque têm uma depressão e não é porque querem portanto, eu acho que o nosso... ou seja, no suicídio eu acho que já é tarde não é!? Eu acho que o trabalho devia ser primário, devia de ser uma prevenção, devia começar pela sensibilização. Eu sou da opinião que todos os miúdos deviam ir ao psicólogo, mas eu sou um bocado extremista (risos)... eu acho que toda a gente durante o período de crescimento devia de ter consultas obrigatórias como temos no centro de saúde pronto, acho que a psicologia devia fazer parte porque há muitas coisas que nós não conseguimos dizer a certas pessoas e nem toda a gente tem dinheiro para ir a um psicólogo.

Entrevistadora: E iriam começar a pensar que era algo normal, se fosse toda a gente “obrigada”...

Entrevistada: Exatamente, porque se não é o maluco não é!? “eu vou ao psicólogo? Eu não preciso!”, por isso é que eu acho, e há psicologia nas escolas, mas não trabalham a nível clínico. Eu por exemplo, os meus pais na adolescência fizeram questão que eu fosse a uma consulta de psicologia para perceber se eu estava a crescer de forma normativa ou não e eu nunca tive problemas ou nunca manifestei qualquer tipo de dificuldade e portanto, os meus pais tiveram essa tendência... eu tenho uma filha, tem sete anos, eu já a levei à psicóloga porque achei que este ano foi um ano confuso e acho que ela precisava de ter alguém, um sítio, onde pudesse falar e acho que isto devia ser obrigatório, sem tabus, sem problemas, as pessoas falarem porque nem sempre é fácil falarmos de coisas que, principalmente na infância e na adolescência, falarmos com os nossos pais e os nossos pais, coisas que às vezes nós nem conseguimos

exprimir, porque se calhar os pais não vão compreender portanto, eu acho que o trabalho vai muito ao início, temos de fazer muito mais trabalho de prevenção, trabalho ao nível das patologias, nem é das patologias, do desenvolvimento normativo, para que as pessoas possam ter espaço para dizer que estão mal e se poder trabalhar... não é um rapaz que diga, ou uma rapariga com doze anos ou treze que se está triste vai dizer “oh...” que tenha dinheiro, pronto os que são pobres acabam por ser mais compreendidos, mas alguém que tenha dinheiro ou poses e diga que não se sente bem “oh... olha este, tem a mania. Quer dizer, tem tudo na vida e o que é que tu queres mais?”, uma coisa não tem nada a ver com a outra... quando eu digo que os miúdos pobres, com menos possibilidades que são mais compreendidos é porquê? Porque não têm dinheiro e aí já podem estar tristes portanto, acho eu tem de haver uma mudança, uma mudança a nível do desenvolvimento mesmo.

Entrevistadora: Faz todo o sentido... neste caso não tinha aqui esta questão mas todos os idosos que estão cá é por vontade própria?

Entrevistada: É assim vontade, vontade não, como é que eu hei-de explicar...

Entrevistadora: Ou uma boa aceitação...

Entrevistada: Uma boa aceitação tivemos de todos, sim não tivemos problemas de integração agora, dizer assim “ah isto é o sonho da vida de alguém” não! E isso é uma coisa que é preciso estarmos conscientes... e até quando eles entram, é por isso que é importante termos essa noção, eu sou dirigente de uma instituição que é uma residência, se me perguntar se isto era a resposta ideal eu digo-lhe que não... se é a melhor resposta que existe no contexto em que nós temos? é! Porque eu não acredito muito no apoio domiciliário contínuo, não tenho boas referências, ouço muitas histórias que são um bocadinho assustadoras portanto, o ideal seria haver uma rede de cuidados em que as pessoas conseguissem permanecer nas suas casas até ao fim da vida portanto, isto era o sonho e acho que toda a gente devia poder acabar as suas vidas nas suas casas. Todos vieram de livre e espontânea vontade, os autónomos pelo menos, os com demências não... agora, mesmo assim os próprios se lhes for perguntar eles não vão dizer que isto é o sonho, isto é aquilo que é possível ou o melhor do que há e nós trabalhamos também muito neste sentido de lhes dar espaço para que eles digam isto. Nós tínhamos pessoas no início que tinham medo de nos dizer, de reclamar de coisas, tinham medo e nós dizíamos “mas então reclame, se não está bem tem de nos dizer... se não nos disser não vamos poder melhorar” e portanto, este trabalho foi feito com muitos deles que tinham essa incapacidade de manifestar que não estavam bem pronto, e trabalhamos e eles agora são bastante expressivos e portanto agora falam muito (risos) às vezes até são um bocadinho (risos)...

Entrevistadora: Exageram? (risos)

Entrevistada: Exatamente, pronto mas eu prefiro. Eu costumo dizer, eu prefiro que eles reclamem imenso e ter que gerir reclamações e até não lhes dar razão do que ao contrário e perceber que alguém está infeliz e que não está satisfeita com determinada coisa e que não teve coragem para me dizer... assusta-me muito mais isso do que o contrário. São reclamações e eu já tenho de lidar com elas e já e portanto, eu acho que dizer... eles vieram sim, alguns foram eles que escolheram, tenho pessoas que até vieram cá, até tenho um casal muito autónomo que decidiu, eles decidiram porquê? Porque não têm ninguém, então, como não têm ninguém, decidiram que queriam vir para um sítio onde podiam estar acompanhados, ou seja, foram eles que decidiram, agora se lhes for perguntar no fundo do coração se eles acham que isto é o ideal, acho que não, acho que eles não lhe vão dizer isso, nem eu própria considero que seja porque isto é assim, tem dias muito bons e tem dias muito maus e nós aqui temos que lidar... eu costumo

dizer, qualquer um de nós que chegasse a minha casa e dissessem “olha, não podes mais viver sozinha, tens de ir para um sítio para tomarem conta de ti” portanto “a tua casa que tu construístes, que tu viveste com a tua mulher, com os teus filhos, foste feliz, tens de sair daqui” porque não tem condições, porque muitas vezes eles acham que tem “e vais para um sítio onde as pessoas te vão dar banho, pessoas que tu nunca conheceste, onde vão decidir o que é tu comes, onde tem pessoas que estão completamente descompensadas e tu tens que lidar com outras quarenta e quatro pessoas que tu nunca viste na tua vida” e a partir daí tens de aceitar isso como se fosse muito bom, pronto, e eu penso, se agora me fizessem isso... eu costumo dizer, nós sempre que vamos para um sítio novo, para um trabalho novo, uma faculdade nova, qualquer coisa, é tudo muito estranho, nós entramos e há sempre aquele momento só quando está a terminar é que nós dizemos “épa agora é que devia está a começar” e portanto há sempre aquela estranheza que nós sentimos e só vamos lá, porque depois vamos para casa, voltamos sempre, mas eles vivem isto vinte e quatro sobre vinte e quatro e depois temos muita gente que não sai, já não consegue... isso é o que mais me preocupa, são essas pessoas que não saem...

Entrevistadora: Mas por exemplo, os familiares levam-nos daqui?

Entrevistada: Sim, alguns levam... outros já têm muita dificuldade, depois os familiares já não têm força, já não têm capacidade não é, então levam muito de vez em quando. Nós temos pessoas que... tenho uma senhora que entrou cá em Dezembro e ainda não saiu, a filha... eles são muito presentes atenção, mas não sai, porque eles têm muita dificuldade em sair, tirá-la ela se cair é um problema, tem osteoporose portanto não pode cair e cá pronto o chão ainda é adaptado, é um chão específico para evitar que haja problemas, e se ela cair na rua, na rua é problema portanto... há uma senhora que uma vez levou a mãe e a mãe caiu na rua e ela diz que não tem mais coragem de a levar porque tem medo que ela lhe volte a cair, mas vem cá, as pessoas têm visitas mas não saem daqui. Estão sempre cá e eu, acho que às vezes isso é um bocadinho saturante e preocupa-nos, preocupa-nos essa parte em que, e é normal que eles reclamem, eles dizem que comem sempre a mesma coisa... nós temos seis ementas, a ementa repete ao final de seis semanas portanto, é muito tempo, é um mês e meio, mas mesmo assim eles dizem que comem sempre a mesma coisa (risos) é o que é... eu às vezes digo-lhes que também não dá para inventar muito, almoço e jantar, almoço e jantar... eu já disse para eles fazerem ementas, para sugerirem pratos porque eu também... num mês nós temos de fazer sessenta refeições, claro que aquilo repete e nós ainda tentamos, conseguimos fazer um lote de seis ementas, tentar que fossem bastante diversificadas mas mesmo assim claro que há repetições (risos).

Entrevistadora: Quais é que são os fatores de proteção? Falámos dos fatores de risco...

Entrevistada: Acho que o afeto, as ligações, acho que... ontem por acaso estava a jantar com um grupo de amigos e estávamos a falar e há duas coisas que eu acho que são fundamentais na nossa vida, berço onde nós nascemos, a sorte que temos no desenrolar e as relações que criámos e muitas vezes não damos valor nenhum a isto e chegamos à velhice e não temos ninguém, e porque é que não temos ninguém? Porque nunca nos dedicamos a ninguém... temos aqui algumas pessoas que os filhos estão ligados às pessoas porque são filhos, não é porque gostem delas pronto, é porque são filhos e têm pena. Temos outras pessoas que por exemplo são tios, não tiveram filhos e têm sobrinhos que são mais do que filhos. É a diferença da criação de relações portanto, eu acho que o mais importante na nossa vida e como estava a dizer do berço também, não é um trabalho que se vai fazer só quando se chega à terceira idade aliás, tudo o que se faz na terceira idade tem de se começar antes, ou seja, mesmo o trabalho a nível das competências cognitivas, estimulação... não é quando a pessoa tem oitenta anos e um

diagnóstico de alzheimer que se vai começar a fazer estimulação cognitiva e vai resultar alguma coisa... e nós temos muita gente que nos chega e já não há nada a fazer pronto, é o afeto e tratá-los com o maior carinho possível para que eles estabilizem, mas já não vamos conseguir fazer... portanto, eu acho que tudo isto vem de trás, é termos noção da sorte que temos, agradecermos, criarmos ligações, andarmos menos preocupados com o que temos, em termos não é!? Mas com o que sentimos e com as relações que temos ah... as pessoas vivem muito a nível material e isso não é nada, e eu acho que muitas vezes falha isto.

Entrevistadora: Sim mas aí está a dar um bocadinho a perspetiva da pessoa, neste caso do idoso mas, não existindo isso, ou seja, de facto o idoso ao longo da sua vida não conseguiu adquirir contactos e afetos suficientes para esta fase da vida deles, quais os fatores de proteção na instituição perante isso?

Entrevistada: É criar os afetos, é tentarmos nós suprir essa falha... nós trabalhamos muito na base do afeto, eu costumo dizer que é a base do nosso trabalho, não muito a perspetiva muito técnica da intervenção, daquela perspetiva de os pôr a fazer muitas atividades, não, não sou grande apologista, acho que sim que é um trabalho que deve ser feito nos mais novos e naqueles que estão preservados, nesses nós apostamos muito, nos que já estão muito deteriorados nós apostamos principalmente no afeto e portanto, no afeto em todos, no respeito e na dignidade e por manter as rotinas, ou seja, eu acho que no envelhecimento o fator de proteção é o respeito pela pessoa pronto, e o respeito pela pessoa tem a ver exatamente com essa falha... tudo bem falhou, não criou afetos pronto, mas neste momento está frágil, então precisa de afetos, não tem, tentamos dar nós.

Entrevistadora: No fundo fazê-los sentir que alguém que gosta deles...

Entrevistada: Exatamente e que estão cá e que faz sentido estar... que vão fazer falta e que vamos sentir falta deles portanto, nós trabalhamos muito nesta... elogiar muito quando eles se arranjam pronto, trabalhamos muito nesta perspetiva, como eu disse nós também não temos grandes problemas a nível de familiares, praticamente, praticamente não, todos os residentes que nós temos têm relações mais ou menos significativas e depois também fazemos... eu acho que os dois fatores aqui é a questão de tratar a pessoa e juntando esta parte do afeto e do comportamental, daquilo que nós podemos fazer com a ajuda médica, estar sempre nesta ligação quando sentimos que alguém está a deprimir, que é muito comum nesta fase o deprimir, o não dormir, deixam de dormir portanto, estar muito atento a isto e perceber porque é que não dorme e trabalhar com a médica no sentido de arranjar medicação para dormir. Nós durante o dia não temos ninguém sonolento aliás, nós trabalhamos exatamente na perspetiva das pessoas dormirem de noite e efetivamente temos um grupo que vamos conseguindo que eles vão dormindo de forma estável, o que ajuda muito, se não dormir chega a um ponto que só já se vê a luz ao fundo do túnel (risos).

Entrevistadora: Na sua perspetiva qual será o melhor caminho a percorrer para a prevenção?

Entrevistada: É a prevenção primária, é começarmos no início pronto, nesta fase tentar gerir da maneira como nós temos feito que acredito que seja a melhor forma de o fazer portanto, tentar estar atento, perceber o contexto da pessoa na realidade, se tem ligações significativas, se não tem, que acompanhamento médico tem, de que acompanhamento médico necessita portanto, tentar compreender a pessoa como um todo. Em termos gerais, para evitar que no futuro, era bom (risos) que houvesse esta intervenção a nível primário em que se começasse desde pequenino a trabalhar afetos, a trabalhar ligações, a trabalhar medos, portanto tudo isto fosse trabalhado logo desde o início...

Entrevistadora: A nível da sociedade e de outros projetos e programas de intervenção...

Entrevistada: Acho que é esse, trabalhar a nível comunitário da normalização das fragilidades não é!? As pessoas que são frágeis não serem tratadas...

Entrevistadora: Como os coitadinhos...

Entrevistada: Exatamente

Entrevistadora: Qual a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção? Já foi referindo aí alguns pontos em que o ideal seria os idosos permanecerem nas suas casas

Entrevistada: O que eu acho que é o ideal em termos de instituição, tendo a realidade a temos e pronto, sabendo que não é possível, até pelos custos...

Entrevistadora: O sonho

Entrevistada: O sonho? O sonho seria termos uma capacidade de intervenção em casa portanto, fazemos isto aqui e poderemos ir a casa das pessoas e recriar, replicar isto na casa das pessoas. Não sendo isso possível e não é facilmente feito, porque tem muitos custos, aqui em termos institucionais eu acho que a base de tudo em qualquer instituição é o respeito pelas pessoas, o respeito e o afeto e, desde que as coisas sejam feitas... infelizmente, não sei se é a maior parte mas, em muitas instituições, tudo o que é planeado é a favor do serviço, o que dá mais jeito ao serviço, o que dá mais jeito às colaboradoras pronto, nós tentamos não fazer isso... tentamos focar o nosso serviço nas pessoas portanto, a adaptar aquilo que temos, a resposta que temos naquilo que nos é possível... é claro que tenho que ter horários de funcionários, manter as regras, o pagamento se for a partir de X horas fica-me muito mais caro o pessoal portanto, nós sabemos isto mas dentro das nossas limitações, tentar que as pessoas não sintam que as coisas não são feitas porque a funcionária tem de sair àquela hora portanto, tentamos sempre focar os serviço na pessoa, tentar individualizar e personalizar o máximo que nós possamos, desde a hora do acordar até à hora do deitar, à hora das refeições, tentar dentro de tudo... isto eu acho que tem tudo na base do respeito e da dignidade da pessoa e tratar... eu costumo dizer, tratar as pessoas como se fossemos nós não é "ah temos de tratar os idosos com muito respeito ", não é os idosos, é as pessoas, não são idosos, são pessoas, eles devem ser tratados como pessoas ponto final e acho que isto é a base... quando nós começarmos a tratar todas as pessoas como pessoas então aí acho que as coisas correrão bem

Entrevistadora: Muito obrigada!

Entrevistada: Obrigada eu! Qualquer questão que tenha depois, estou disponível

Entrevista II

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha aqui?

Entrevistada: Serviços gerais... lavanderia mais propriamente.

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Há ano e meio, desde que cheguei aqui só.

Entrevistadora: Quais são as suas funções na instituição?

Entrevistada: Nos serviços gerais eu faço de tudo, tudo mesmo... especificamente o meu local de trabalho é a lavanderia, mas se for preciso apoio na parte da limpeza e na parte da geriatria também, portanto faço um bocadinho de tudo.

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio na terceira idade em Portugal? Gostaria de pedir que falasse um bocadinho das suas noções.

Entrevistada: Sim, até antes de eu trabalhar aqui sempre fugi muito a isso... era daquele género de pessoas que preferia tapar os ouvidos e os olhos tipo não “não vejo não ouço, não sei o que se passa”. Mas depois estando aqui a trabalhar tanto com eles há coisas que nós vamos prestando mais atenção e realmente sei que existe muito em Portugal “ah... é assim”, pelas notícias, por aquilo que se fala que realmente acontece e mais no Alentejo não é?

Entrevistadora: Sim, exatamente.

Entrevistada: Tenho assim essa noção.

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio? Se não, a nível do acompanhamento o que é que é feito?

Entrevistada: Sim, nós aqui a filosofia do lar é o utente sempre em primeiro lugar, sempre sempre, o bem-estar do utente sempre em primeiro lugar e tentamos sempre claro... e eu começo-me a aperceber agora porque aqui há utentes que estão, principalmente quando estão debilitados quando... ainda ontem a D. Maria José, muito debilitada começa a dizer “o que é que eu estou a fazer aqui?” “queria era morrer” e eles começam a pedir isso. Pronto eu acho que... nós tentamos conversar, dar apoio, dar presença, dar carinho, dar afeto, dar aquilo que é o que eles precisam neste momento, porque saúde não lhes podemos dar, portanto damos-lhes aquilo podemos, aquilo que está nas nossas mãos que é acompanhá-los que é dar-lhes afeto, pronto, mais que isso...

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideação suicida, ou seja, alguém com algum discurso ou mesmo atitude...

Entrevistada: Não não, pelo menos comigo não aconteceu. Só o facto de eles dizerem que querem morrer, não é dizer, acho eu que não tem nada a ver com o suicídio... é aquele tipo de “já estou muito doente, estou cansado, o que é que eu estou aqui a fazer?”. É mais nessa base, agora nunca ninguém me disse que ia fazer...

Entrevistadora: Sim, porque às vezes acabam por não dizer quando acontece mas, por exemplo quando ouve essas coisas e do que sabe do trabalho da instituição qual é a ponte que aqui tem a família?

Entrevistada: Normalmente aqui tudo o que seja, que nós notemos de anormal com o utente isso é tudo transportado para as doutoras e depois são encaminhadas, as doutoras falam com a família... temos médicas, temos enfermeiras, falamos com as enfermeiras, quer dizer, as enfermeiras orientam-nos. Temos esse acompanhamento aqui, normalmente a informação passa, tudo o que acontece é registado portanto, tudo o que haja de anormal é registado e passado à família.

Entrevistadora: Conhece as famílias? Tem contacto com algumas delas?

Entrevistada: Sim, com algumas tenho.

Entrevistadora: São predispostas normalmente em ajudar e em acompanhar o idoso?

Entrevistada: Algumas, é assim, eu não tenho contacto... com os mais antigos tinha, basta estar cá desde o primeiro dia que conhecia as famílias e tudo, e no geral até parecem ser pessoas que se interessam não é!? E que, aliás acho que a maior parte deles sentem um peso na consciência de os deixar aqui e depois acabam por ser exigentes e... penso eu que levo tudo para aquele sentimento de culpa de abandonar, quer dizer não estão a abandonar pronto estão a depositá-los aqui e pronto é um bocado por aí.

Entrevistadora: Conhece algum caso de algum idoso que tenha cometido ou tentado o suicídio?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Para além daqui conhece algum por fora?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Quais são para si os fatores de risco que podem levar ao suicídio?

Entrevistada: O isolamento, a solidão, o abandono acho eu e os maus tratos, que a gente bem sabe que há muitos maus tratos mas, eu acho que isso até há algum tempo era um bocadinho camuflado, um bocadinho escondido e agora isso sabe-se, e sabe-se que existe mesmos maus tratos.

Entrevistadora: Para si qual é o maior, desses que me falou qual é o mais preocupante?

Entrevistada: A solidão, o abandono e a solidão, eu acho que é a causa, acho eu que é fator principal. Quando eles se sentem sozinhos, abandonados... as famílias têm a vida delas não é!? E eu acho que vai muito por aí...

Entrevistadora: Ao menos é bom que estes idosos tenham familiares que os venham visitar...

Entrevistada: Sim têm...

Entrevistadora: Porque existem casos em que estão completamente sozinhos.

Entrevistada: Sim, eu acho que aqui todos têm visitas, a gente vê sempre ou amigos ou os filhos ou os netos...

Entrevistadora: Acha que isso também parte um bocadinho da instituição, em criar isso...?

Entrevistada: Sim, se as famílias souberem que têm as portas abertas desde, sei lá... imagine, desde as 11h às 19h... podem vir em todos os dias da semana em qualquer hora se calhar é muito mais fácil digo eu.

Entrevistadora: E quais são os fatores de proteção do suicídio? Ou seja, que pode ajudar a que isso não aconteça? É o reverso do que lhe tinha perguntado anteriormente

Entrevistada: Eu acho que, o evitar isso é mesmo não os abandonar, não os deixar sozinhos, não... porque se ficarem sozinhos não há nada a fazer, porque se eles quiserem fazer fazem, portanto acho que é mesmo protegê-los, acompanha-los e dar-lhes atenção, é o que eles precisam, eles precisam de atenção... acho eu que vai um bocadinho por aí porque se uma pessoa está com esse instinto não pode ficar sozinha, se ficar sozinha já sabe não é!? Portanto eu acho que vai um bocado por aí, por evitar o isolamento dos idosos e eles estarem sozinhos. O nosso país está a falhar um bocadinho nisso!

Entrevistadora: Na sua opinião, a nossa sociedade está consciente desta realidade?

Entrevistada: Eu acho que sim, que está mas lá está, faz ouvidos moucos porque há coisas que não... não sabem o que fazer e não se faz, pronto... é um bocado aí, dão prioridades a tanta coisa que eu acho que se está a esquecer muito destas pessoas, porque todos chegamos lá e são pessoas que já deram muito, já deram tudo o que tinham e o que podiam a todos nós, ao país e portanto é preciso cuidar deles, é preciso cuidar deles!

Entrevistadora: Tem conhecimento de algum projeto ou programa de prevenção nesta área?

Entrevistada: De suicídio não.

Entrevistadora: Na sua perspetiva o que seria então o melhor caminho a percorrer na prevenção neste caso?

Entrevistada: Eu acho que o primeiro passo era nos locais mais afastados onde estão tentar arranjar forma de criarem instituições... lares, casas para essas pessoas não estarem sozinhas, não podem estar sozinhas, os idosos não podem estar sozinhos! Porque eles depois não têm cuidado com a higiene, não têm cuidado com a alimentação, não têm cuidado com a medicação, não têm... nem têm como porque eles perdem... quando nós estamos a trabalhar com eles é que percebemos naquilo que nós nos vamos tornar... é óbvio que são chatos são isso e por isso que até entendo que muitas das família, "entendo" que muita das famílias não estejam disponíveis para tratar deles, porque eles realmente ficam... existe a demência e quase todos passam por aí e ficam chatos ficam impacientes, ficam intolerantes, ficam... por isso é preciso ter muita paciência, muita disponibilidade para os acompanhar, portanto eu acho que passa por haver mais instituições, mais locais credíveis, bem credíveis não esses lares que andam para aí, onde realmente o fator principal seja o bem-estar do idoso. Só pensar no idoso, não pensar no dinheiro, não pensar no lucro... é o idoso, é a pessoa, é pensar na pessoa acho que é um bocado por aí.

Entrevistadora: É mesmo isso a pessoa...

Entrevistada: Exato porque eles são pessoas não é!? São seres humanos... pensar neles!

Entrevistadora: Imaginando que a senhora tem aqui todos os recursos possíveis, um sonho... qual é a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área?

Entrevistada: É isto, é esta!

Entrevistadora: Já ouvi muito isso (risos), mas imagine esta se pudesse ir mais além... porque lá está, nem sempre é possível ter todo o tipo de recursos.

Entrevistada: Mas vai muito por aquilo que se faz aqui, eu acho que, por aquilo que a Dr. Sofia idealizou para aqui e que nos incutiu, e que nos preparou e nos deu formação, eu acho que vai muito por aí porque nós tratamos a pessoa, olhamos para todos eles como pessoas, como seres humanos não é!? Portanto eu acho que é um bocado por aí... não os obrigamos, não é daqueles sítios que a X horas vai ler, vai fazer isto vai... Não! São tratados como pessoas, cada qual, nós sabemos o que cada um gosta de fazer, o que faziam antes, porque isso é muito importante... saber o que faziam antes para podermos tratar e lidar com eles. Eu acho que tem de haver assim um acompanhamento... não é o geral, nós temos de pensar no idoso no individual e tentar criar um bom ambiente e principalmente não os obrigar a coisa nenhuma porque obrigados nem nós fazemos quanto mais eles.

Entrevistadora: Isto agora é a nova casa deles...

Entrevistada: Exato, é isso que nós fazemos sentir... “ah eu quero ir para minha casa”, “não a sua casa agora é esta, é aqui a sua casa” e eles “mas eu tenho uma casa”, “tem mas agora é aqui” ... eles começam assim a olhar para nós e pronto e percebem que é a família que não tem disponibilidade para eles e que eles têm que estar aqui.

Entrevistadora: Por falar nisso, falou agora das suas casas, eles costumam ir lá?

Entrevistada: Sei que alguns que saem e que vão a casa da família, a casa deles não sei...

Entrevistadora: Era só uma curiosidade e está tudo... Gostei muito de ouvi-la obrigada!

Entrevistada: Obrigada!

Entrevista III

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha?

Entrevistada: Médica.

Entrevistadora: Clínica geral certo?

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Especificamente... sempre trabalhei, como clinica geral sempre trabalhei, trabalho com idosos desde há trinta e oito anos.

Entrevistadora: Quais são as suas funções nesta instituição?

Entrevistada: As minhas funções... como é que quer que eu responda? O que é que faço não é?

Entrevistadora: Sim, no fundo uma pessoa sabe como é o trabalho de um médico de clínica geral, eu frequento e toda a gente frequenta certo? Mas aqui identifica alguma coisa diferente, algo diferente ou continua o mesmo trabalho?

Entrevistada: Trato das situações agudas dos doentes, mantenho a medicação crónica e oriento as doenças crónicas deles.

Entrevistadora: Faz aqui uma ponte com a psiquiatra como eu já ouvi falar...

Entrevistada: Sim, tenho que ter ajuda de psiquiatria.

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio na terceira idade em Portugal?

Entrevistada: Sim, um pouco.

Entrevistadora: Quer falar sobre algumas noções que tem?

Entrevistada: Que é muito frequente.

Entrevistadora: Mais alguma noção? Tem noção de que é muito frequente...

Entrevistada: Tenho consciência de que é muito frequente neste grupo etário, o suicídio.

Entrevistadora: Esta instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio?

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: Qual é no fundo o acompanhamento?

Entrevistada: Apoio psiquiátrico fundamentalmente e... penso que tem terapia ocupacional, também tem a psicóloga e as instalações estão preparadas já a pensar nisso não é? Eu penso que sim mas está tudo preparado para isso, tem uma vigilância apertada em relação a isso.

Entrevistadora: Então considera que haja...

Entrevistada: Aqui há.

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideação suicida aqui?

Entrevistada: Eu não.

Entrevistadora: Não?

Entrevistada: Acha que... os outros técnicos disseram que sim?

Entrevistadora: É assim, não falaram na própria ideiação mas sim em alguns pensamentos depressivos.

Entrevistada: Sim pensamentos mais depressivos sim... lembro-me de dois casos, um já faleceu, não foi por suicídio e outra senhora que já estive ai com ideiação suicida sim, dois casos

Entrevistadora: Qual é a relação que a instituição estabelece com os familiares? Qual é o vosso papel, neste caso da instituição, que estabelece com os familiares... neste caso quando há algum pensamento ou algum...

Entrevistada: Sim, se houver algum pensamento de suicídio transmitimos aos familiares e tentamos que eles tenham também uma ajuda, talvez um acompanhamento melhor. Pronto, aqui há um bom... eu é a primeira vez que trabalho assim num lar mas aqui os familiares podem estar aqui a qualquer hora, podem visitá-los, não há regras muito apertadas para as visitas e até podem fazer aqui as refeições com eles mas noutros não é bem assim.

Entrevistadora: Então considera que aqui há uma predisposição muito grande?

Entrevistada: Muito, uma predisposição muito, aliás não há regras apertadas, há uma disponibilidade muito melhor.

Entrevistadora: Conhece casos de idosos que tenham tentado ou cometeram suicídio? Neste caso, não tem de ser necessariamente aqui.

Entrevistada: Sim, houve dois, dois casos que me lembro que tinham ideiação suicida mas fora daqui sim.

Entrevistadora: Em que situações viveram esses idosos que pudesse ter levado... que conseguisse identificar, que pudesse ter impulsionado as tentativas ou o mesmo o suicídio?

Entrevistada: Um foi uma doença oncológica, um doente meu que se suicidou com uma doença oncológica, outra que... uma tentativa foi após a perda do marido, após ficar viúvas pronto, assim que me lembro.

Entrevistadora: Recordasse dos métodos que eles utilizaram? Neste caso foi um senhor e outro uma senhora.

Entrevistada: Um senhor por causa de uma doença oncológica e a senhora que se atirou do primeiro andar, ficou toda partida... foi aos quartos e atirou-se.

Entrevistadora: E o senhor lembrasse?

Entrevistada: E o senhor atirou-se para debaixo do metro, foi aqui perto.

Entrevistadora: A nível profissional e pessoal como é que geriu a morte desses idosos?

Entrevistada: A nível profissional e pessoal...

Entrevistadora: Como geriu a morte desses idosos? Porque nem sempre é fácil distanciarmos-nos.

Entrevistada: O que se suicidou eu não me apercebi, não me apercebi que isso ia acontecer ah (pausa)... deve ter mais casos.

Entrevistadora: Mas pense só nesses, lá está, a senhora já tem uma experiência vasta a nível de clínica geral.

Entrevistada: Sim claro, mas deve haver mais casos mas que eu esteja a ver...

Entrevistadora: Exato, mas aqui a pergunta é, aconteceram esses casos certo? A partir do momento em que soube como é que geriu essa informação?

Entrevistada: Esse senhor que se suicidou era bastante inteligente e provavelmente não queria passar pela fase terminal e pelos tratamentos, recusava mesmo o tratamento. Eu acho que... ele era bastante inteligente e a partir do momento em que soube que tinha uma doença oncológica não se quis sujeitar eu penso que sim, foi o relato da filha, ele não queria dar trabalho à família na fase terminal.

Entrevistadora: Para si quais são os fatores de risco do suicídio?

Entrevistada: Os fatores de risco no idoso? A depressão.

Entrevistadora: Mais algum?

Entrevistada: Ah, a depressão, ah... (pausa) principalmente a depressão, a solidão e as doenças incapacitantes, também há as doenças... a esquizofrenia, os surtos psicóticos...

Entrevistadora: Neste caso, aqui há casos de idosos deprimidos?

Entrevistada: sim, descompensados... agora estão compensados, não há nenhum aí... existiram e tem muitos que estão a antidepressivos, agora estão compensados mas se não tiverem temos de ter a ajuda da psiquiatra.

Entrevistadora: Para si qual é o principal? Falou em vários fatores de risco, qual é o principal?

Entrevistada: (pausa) Eu acho que é a depressão porque, se formos pensar ... eu penso que há três males que afetam muito os idosos, que os podem levar ao suicídio que é a depressão, a dor e a solidão.

Entrevistadora: Foram também os três mais identificados pelos seus colegas, que a dor é...

Entrevistada: é um dos motivos que lhes causa muito sofrimento.

Entrevistadora: Exato... Já vi que está a par, que existem muitos casos, na sua opinião a nossa sociedade está consciente deste fenómeno?

Entrevistada: A sociedade penso que não, senão havia melhor tratamento desses três fatores.

Entrevistadora: Tem conhecimento de algum programa ou projeto de intervenção neste âmbito do suicídio?

Entrevistada: Não, não tenho. Atualmente não estou a par e não sei se alguém está preocupado com isso.

Entrevistadora: Na sua perspetiva, qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção?

Entrevistada: Era isso, era tratar melhor a depressão, a dor e a dor nos idosos porque ainda há muitos preconceitos mesmo em relação aos analgésicos, o que se pode usar ainda há muito preconceito em relação a isso e... a solidão.

Entrevistadora: Lá esta, aqui a construção de relações interpessoais com os idosos.

Entrevistada: Evidentemente.

Entrevistadora: Que pelo que sei a instituição tem muito esse papel... também concorda com isso?

Entrevistada: Tem, no entanto concordo que o idoso deveria sempre estar no seio familiar, o ideal era mantê-lo na casa e haver uma ajuda na casa porque notamos, eu noto muito no início, eles agora já estão mais satisfeitos mas no início, quando eu vim para aqui trabalhar, isto tinha aberto há pouco tempo e estavam todos numa fase inicial, estava tudo muito triste não é? Agora já estão melhores mas mesmo assim...

Entrevistadora: Pensando em tudo, que tudo seria possível e fosse possível todos os recursos...

Entrevistada: o ideal.

Entrevistadora: Exatamente. Qual a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção? No suicídio? Pensando que tudo era possível, o que é que propunha? O que para si era mesmo de qualidade?

Entrevistada: (pausa)

Entrevistadora: Pelo que falou foi que os idosos deveriam sim continuar nas suas casas, poderia ser por aí?

Entrevistada: Claro, pois... Para mim o ideal era, como é que se chama? Ah... a sua residência assistida, era manterem-se nos seus lares e com uma assistência ou então, um tipo de instituição... esta é quase ideal

Entrevistadora: Só lhes falta estarem nas suas casas

Entrevistada: É só os que lhes falta

Entrevistadora: Considera que fizeram deste lar a própria casa?

Entrevistada: Sim sim, esta é um dos exemplos, eu não sei se é... eu conheço mas provavelmente a nível da cidade do Porto esta tem quase todos os requisitos para ser o ideal, quase todos, eu penso que não falta nada, não falta nada, aqui não falta nada a não ser, não terem o espaço e perderam um bocado a autonomia, porque eles se estivessem nas suas casas podiam fazer certas coisas que os ajudavam, mexiam nas coisinhas deles, podiam ir à cozinha portanto, é isso que falta. Perdesse mais a autonomia aqui, perderam alguma autonomia porque não podem mexer, não podem fazer o que gostariam de fazer. Estão aqui pessoas que se ainda estivessem na casa deles tinham autonomia mas pronto, são as tais demências, é o tal controlo às vezes, desorientados às vezes e os familiares têm medo de os deixar nas suas casas. Eu não sei, mas esta deve ser, a nível do Porto, que tem melhores condições. A nível de instituições deste tipo, o que eu conheço, que há aqui no Porto é muito mau, muito mau... depois aqueles lares, não é lares, aquelas famílias de acolhimento, muito mau... eu quando estava no serviço de ação de saúde ia fazer domicílios a alguns e muito mau, muito mau.

Entrevistadora: Ou seja, ainda há muito para trabalhar cá no nosso país... pronto já respondeu a todas as perguntas, muito obrigada.

Entrevistada: Obrigada.

Entrevista IV

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha?

Entrevistada: Sou enfermeira.

Entrevistadora: Há quantos anos é que trabalha com idosos?

Entrevistada: Desde que acabei o curso, portanto desde 2015, três aninhos.

Entrevistadora: Em contexto de lar?

Entrevistada: Não, trabalhei primeiramente em contexto de domicílio e depois há um ano que estou aqui no lar.

Entrevistadora: Quais são as suas funções na instituição?

Entrevistada: Portanto, preparação de medicação, o acompanhamento do residente desde alimentação, se precisarem dos cuidados de higiene, tratamento de feridas pronto, globalmente tudo o que o residente precisa nós atuamos nessa parte.

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal? Gostaria de lhe pedir que falasse um pouco sobre as suas noções...

Entrevistada: Portanto eu sei que principalmente em lares, as pessoas saem do seu contexto de domicílio e percebo que seja um bocadinho difícil e muitos deles falam dessa situação por algo traumático, mas acho que também parte de nós, como é que eu hei-de dizer... ajudá-los e fazermos uma escuta ativa, tentar enquadrá-los na situação, na realidade em que estão ah... mas comigo nunca reparei que alguém tivesse tendências nem discurso para isso mas acredito que é difícil... são pessoas que tiveram imensos anos na sua casa...

Entrevistadora: Então não tem noção de como está o fenómeno do suicídio em Portugal, neste caso na terceira idade?

Entrevistada: Não não...

Entrevistadora: Não conhece nenhum caso então?

Entrevistada: Não!

Entrevistadora: Por um lado é bom não conhecer nenhum caso.

Entrevistada: Sim sim.

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio? Se não houverem exatamente medidas qual é o acompanhamento que é feito?

Entrevistada: Ok, nós aqui vigiamos o comportamento, se notarmos que assim algum residente mais deprimente pedimos sempre a ajuda de uma psiquiatra que temos cá, que trabalha com idosos... pronto, temos sempre colaboração com a médica psiquiatra.

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideação suicida cá?

Entrevistada: Não, aqui não

Entrevistadora: Nem discurso algum que demonstra-se algum desânimo, ou vontade?

Entrevistada: Hum não, que eu tenha conhecimento não.

Entrevistadora: Para si quais são os principais fatores de risco do suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Lá está acho que foi um bocadinho o que eu disse, a mudança e talvez...aqui não temos esses casos, mas também o afastamento da família...

Entrevistadora: Qual o que considera maior dentro desses fatores de risco?

Entrevistada: O abandono e também a perda de por exemplo, dos maridos, das mulheres, se calhar também ajudam a essa ideia...

Entrevistadora: E quais são os fatores de proteção, neste caso falou dos fatores de risco e agora quais são para si os fatores de proteção no suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Fatores de proteção?

Entrevistadora: Sim, o que ajuda a que não o leve a esse final, o que pode proteger o idoso...

Entrevistada: Acho que é o acompanhamento ah... lá esta, acho que foi o que disse há bocado uma escuta ativa, uma maior atenção para essa pessoa e depois se suspeitar, vigiar a pessoa mais de perto, afastá-la pronto de objetos que sejam... como eu lhe disse nunca tive assim nenhum caso...

Entrevistadora: Isso por um lado é bom, mas por outro lá está, é importante e o que me levou a trazer isto para aqui... foi bom também o facto de não lidarem com esta realidade mas também é no sentido de pensarem um bocado na prevenção...

Entrevistada: Sim sim, lá está identificamos comportamentos de risco e vamos avaliando, se for necessário pedimos a ajuda da psiquiatra...

Entrevistadora: A psiquiatra está cá regularmente?

Entrevistada: Não, só está à chamada...

Entrevistadora: Basta surgir alguma coisa e vocês ligam?

Entrevistada: Sim, falamos com a família e se a família concordar falamos com a médica sim... ah mas acho que é mais pro aí uma maior atenção ah, se calhar... não sei (risos constrangidos)

Entrevistadora: Na sua perspetiva qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção do suicídio? A nível geral, não só aqui mas a um nível geral?

Entrevistada: O acompanhamento regular hum... (risos constrangidos)

Entrevistadora: Não se preocupa, diga só que souber... mas então falemos deste ponto, tem conhecimento de algum projeto ou programa de prevenção do suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Na sua opinião, acha que a sociedade está consciente desta realidade?

Entrevistada: Acho que não, penso que não.

Entrevistadora: Vamos terminar em grande... Qual é a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção?

Entrevistada: Como assim?

Entrevistadora: Uma instituição que fosse a ideal... pensando se tivesse todos os recursos disponíveis e criasse uma instituição, como é que imaginava ser essa instituição, no âmbito deste trabalho, de prevenir o suicídio, em não deixar que ele surja sequer...

Entrevistada: Lá está se calhar um acompanhamento de perto de todos os residentes do lar, pronto... vou repetir outra vez a escuta ativa, se calhar mais próxima da pessoa, se calhar tentar perceber o que é que ela sente com a mudança, pronto sentimentos mais profundos.

Entrevistadora: A nível dos recursos, acha que aqui têm todos ou deveriam ter mais?

Entrevistada: Penso que sim... Nós estamos cá só quatro horas de manhã e quatro horas à tarde, mas as auxiliares também são muito atentas nesse tipo de coisas, qualquer coisa que elas notem, e até as diretoras, qualquer coisa que elas notem na diferença de comportamento é reportado por nós e logo para a psiquiatra... pronto algum comportamento que precise de intervenção... mas pronto nós vamos sempre tentando conversar, perceber o que é que a pessoa sente, como é que a pessoa se sente. Mas penso que sim, que temos todos os recursos, que estamos assim despertos para esse tipo de mudanças de comportamento.

Entrevistadora: Neste caso não surgem porque vocês atuam logo!?

Entrevistada: Sim se calhar sem sabermos estamos a atuar e depois também temos terapias ocupacionais, eles sentem-se ocupados... acho que isso também ajuda um bocadinho a distrair a cabeça se tiverem essas ideias.

Entrevistadora: Está tudo, obrigada!

Entrevistada: (risos) Desculpe lá não fui muito...

Entrevistadora: Não tem mal, muito obrigada!

Entrevista V

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha na instituição?

Entrevistada: Sou ajudante de auxiliar e ajudante de ação médica.

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Há para aí há uns vinte anos à vontade.

Entrevistadora: Em contexto de lar também?

Entrevistada: Não não, este lar tem pouco, este lar só tem um ano de vida.

Entrevistadora: Mas em contexto de lar...

Entrevistada: Sim sim, em contexto de lar sempre, sempre em contexto de lar nunca fiz outra coisa.

Entrevistadora: Quais são as suas funções nesta instituição?

Entrevistada: Nesta instituição é cuidar da parte da higiene, alimentar, o bem-estar deles e tentar proporcionar-lhes alguma qualidade de vida visto que já não têm grande quantidade não é?! Para que eles estejam bem nos poucos anos ou muitos que a gente não sabe que ainda estão por cá e que a família não tem disponibilidade para dar.

Entrevistadora: está a par do fenómeno do suicídio em Portugal, na terceira idade?

Entrevistada: Eu já ouvi falar, que tenha se passado diretamente comigo não... graças a Deus, mas já tive conhecimento de alguns casos

Entrevistadora: Tem noção então como é que está o país a nível da prevenção... a nível deste fenómeno?

Entrevistada: Se há muitos casos isso eu não estou a par, porque é uma coisa que também não falam muito... até pode haver casos, como eu não trabalho a nível nacional não é não faço ideia (risos)... isso é muito restrito e não se fala nestes casos, nem na televisão, nem na comunicação social, nem nas redes sociais falam desse fenómeno... porque normalmente é encoberto pela própria família, que é um tabu e ainda é tabu, o suicídio... é, eu acho que ainda é tabu e ainda há de ser durante muito tempo... por muito evoluída que a mentalidade das pessoas seja o suicídio é um tabu. Portanto, não se fala.

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio? Medidas concretas ou então qual o acompanhamento?

Entrevistada: Medidas eu acho que sim que nós temos, pelo menos é nos sempre alertado para medicações que haja nos quartos para nós tirarmos ou avisarmos as pessoas responsáveis, neste caso as enfermeiras, andamos sempre a ver o que realmente se passa, se há uma diferença no comportamento, há sempre o alerta que é dado por mim e pelas minhas colegas para se alguém consegue ver se é a pessoa que está mais desanimada, se é a doença que agravou ou se realmente há algum comportamento desses, se for autónomo não é?! Algum comportamento desses que tenha ido à rua e tenha comprado e que a gente não se tenha apercebido... mas aqui essa prevenção é constante, eles falam-nos constantemente para alertar, porque nós temos pessoas aqui autónomas e nós temos de ter um bocado de cuidado, porque uma pessoa começa

a chegar a uma certa idade e começa a questionar “o que é que eu estou aqui a fazer?” É uma pergunta que eles fazem “o que é que eu estou aqui a fazer?”

Entrevistadora: Considera que isso se trata de uma ideação suicida? Uma das minhas questões é se já detetou ideações suicida?

Entrevistada: Começa por desânimo... aqui não, que eu tenha conhecimento não... eu acho que o discurso que eles têm nesta idade eu acho que é comum a todos “o que é que eu estou aqui a fazer?”, agora se nós fizermos uma leitura muito drástica, está a pensar em suicídio? Eu acho que eles não pensam em suicídio, eu acho que eles pensam é “eu estou cansada!”, não há aquela ideia fixa portanto, nos jovens, eles não começam a dizer “o que é que eu estou aqui a fazer?” o jovem começa a pensar “o que é que...” pelo aqui que eu tenho lido, isso nos jovens não tive muito conhecimento, ou melhor tenho conhecimento mas não vivi o assunto, mas por aquilo que nós lemos há um processo que eles seguem de desânimo, de depressões e que de um momento para o outro metem na cabeça o suicídio, porque já não estão cá fazer nada e procuram e alguns conseguem infelizmente concretizar. Eu acho que na terceira idade pode haver essas pessoas já com esse intuito mas como alguns também já sofrem de outras patologias, de Parkinson, de Alzheimer, de demência, naqueles momento mais lúcidos poderão perguntar e dizem-nos muitas vezes “o que é que eu estou cá a fazer?”, “menina, eu já criei filhos, criei os netos, já vi os bisnetos, o que é que eu estou aqui a fazer?”, outras pessoas dizem “eu já perdi um filho”, aí é mais complicado para nós gerir conversa, quando elas nos dizem “o que é que eu estou aqui a fazer?” e agente diz “olhe ainda deve ter alguma coisa para fazer, se anda aqui, olhe que...”, eu tenho uma senhora que me disse, quando lhe estavam a privar de comer sal, veja lá (risos) “oh menina se eu não morri de nova, vou morro de velha, portanto morro consolada” quer dizer, eu não ou ver suicídio nisto, ela tem consciência que ela vai morrer não é assim? Pronto aqui não há dúvida, agora aquelas lamentações além de estarem fora do sítio onde estavam, são muito bem tratados aqui, nós procuramos conversar com elas também sempre que necessário, mas acho que estão fora do seu ambiente... os filho não têm tempo, mas isso é o normal, porque os filhos têm a vida deles, muitos estão agora no auge da vida, têm os netos para criar e não há o tempo que eles queriam que os filhos tenham porque é nesta instituição, e eu já trabalhei noutras instituições, nesta instituição as pessoas aqui têm muita sorte, porque todos eles se não têm um filho têm o outro, senão vem um filho vem um neto, têm sempre um acompanhamento constante e depois basta a direção telefonar que os filhos estão presentes, os filhos vêm... há outras instituições em que trabalhei que não, eu cheguei a trabalhar lá tempo seguido também, e não cheguei a conhecer familiares, portanto eles vão lá tão raramente que com os nosso horários que são sempre rotativos eu nunca tive o prazer o desprazer de ver certas e determinadas famílias, não conhecia de todo. Enquanto aqui não, nós aqui conhecemos... porque se não os vimos de manhã vimo-los à tarde, se não virmos no sábado vimos no domingo... se não vêm no fim-de-semana porque têm alguma coisa vimos durante a semana estão cá, portanto há um acompanhamento constante da família e eu acho que mesmo assim para eles esse acompanhamento, para eles não é o suficiente porque eles nesta altura estão muito carentes... começam naquela fase de desânimo, eu acho que... estas pessoas aqui não pensam em suicídio, pensam em desânimo, estão desanimadas, estão fora do seu ambiente, queriam mais carinho e mais amor dos filhos, só que os filhos estão numa altura também de vida de netos, de correr para aqui de correr par ali porque alguns também já estão reformados, porque aqui a nossa faixa etária é uma faixa etária muito alta, são pessoas de oitenta noventa anos e os filhos já não são novos também, alguns já estão reformados e aí eu acho que é mais complicado para eles “se o meu filho já está reformado porque é que não está comigo?” e às vezes, uma senhora diz “mas ele já está reformado” e eu “e?” e ela “pois é menina Cristina ele

tem que ir buscar os netinhos não é?”, “a senhora é que diz que tem que ir buscar os netos, vai levar os netos ao futebol”, “pois é, pois é...”, “é que a minha neta não tem tempo” e “agora o avô é que tem tempo e ele tem que dividir o tempo dele com o neto e consigo”, “pois é, pois é”... depois ela reconhecem, mas naquela altura que estão mais desanimadas, que se sentem desamparadas, agora aqui nesta instituição não tenho... eu estou a falar com a menina e estou a corrê-los assim mentalmente a todos e não acho que haja alguém com essa necessidade de dizer assim “eu vou acabar com isto e acabou” não, eu acho que é a depressão, eu acho que começam a ficar deprimidos. As pessoas falam do inverno, mas o calor a eles também os impacientam, porque eles ficam impacientes, porque não estão bem já, nós não, vamos para o frio, vamos para o fresquinho e eles já são pessoas que se vão muito para o fresco... mesmo agora têm frio, nós não temos mas eles têm, exatamente como a criança eles têm frio! Portanto eles já não podem sair como saiam, portanto ir para aqui e para ali porque qualquer mudança de temperatura para eles não é benéfica e eles sentem-se retraídos e depois ora está muito calor, ora está muito frio e às vezes eu “como é que é? Decida-se menina” e ela “não sei menina” lá está é aquilo de estar impaciente constantemente porque lhes falta algo, eu acho que o que lhes falta realmente é o meio ambiente deles, em casa, em suas casas, nos seu espaços porque... temos aqui pessoas autónomas que escolheram por opção vir para um lar e já estiveram noutros lares e são pessoas que estão habituadas aos lares e que sabem que estão fora do seu espaço, mas mesmo assim essas pessoas nota-se que lhes falta algo e é nessas alturas que se começa a notar... no inverno é muito complicado, no verão é complicado com o calor, mas no inverno é muito complicado, escurece mais cedo e normalmente, e se a menina está a fazer o mestrado nisso sabe perfeitamente que os suicídios acontecem todos na altura do inverno, a maior parte deles, a percentagem é alta, porque está mais escuro, as pessoas estão mais tempo sozinhas, não há tanta convivência, não podem sair, está a chover...

Entrevistadora: É mais solitário o frio...

Entrevistada: E é mais solitário, agora a gente sempre lhes diz “venham para baixo, o quarto está quente, venham até aqui abaixo, vamos ao jardim...” de inverno nem pensar “jardim? Está frio menina!” (risos). Eu acho que, é assim, nos lares que eu tenha conhecimento de suicídio não tenho, em casa tenho, mas lá está aquilo que eu acabei de dizer à menina, nós aqui temos o cuidado constante de ver se há alguma alteração, se há medicação, nos quartos... e enquanto que em casa não há controlo, os filhos não estão e se eles têm essa ideia, eles praticam-na.

Entrevistadora: Já que referiu, conhece algum caso de algum idoso que tenha cometido suicídio?

Entrevistada: Pessoalmente não, tenho por conhecimento de falarem no caso... colegas minhas que tiveram isso nas aldeias, em que estavam inseridas e em que estavam a trabalhar...

Entrevistadora: Conhece? Quer falar um bocadinho sobre esse caso?

Entrevistada: Eu não sei, eu só lhe sei dizer é que foi encontrado e que chegaram à conclusão que tinha sido suicídio após autópsia é que chegaram à conclusão que não foi morte natural porque os filhos assim exigiram, porque é que se a mãe era uma pessoa que estava a ser controlada pelos médicos e uma pessoa ativa e porque é que a mãe tinha falecido assim, os próprios filhos pediram para fazer a autópsia à mãe e foi quando viram, porque desconfiaram que realmente a medicação, havia medicação que deveriam ter as caixas inteiras e não havia... aquelas situações de comparem todas as caixas porque podem acabar e então eles têm de ter aquelas caixas todas em casa, já a minha mãe também tinha essa mania, tinha de comprar tudo o que estava na receita porque podia acabar pronto, e os filhos desconfiaram e pediram...

Entrevistadora: Nesse caso a idosa tomou os comprimidos...

Entrevistada: Tomou todos os comprimidos mas ali não houve um alerta, não houve um alerta, os filhos desconfiaram porque acharam que... porque uma morte natural não está uma pessoa deitada na cama com o copo e a caixa da medicação e aquilo para eles mexeu, mexeu com eles... não houve um indício assim de foi suicídio, não... ela estava deitada, deitou-se e pronto... lá está são aquelas situações que a pessoa estava em depressão, e lá está a depressão, a pessoa entra em depressão e não se dá conta porque há pessoa que conseguem disfarçar.

Entrevistadora: Mas então tem conhecimento se alguém já desconfiava de alguma coisa?

Entrevistada: Segundo aquilo que eu e as minhas colegas falamos, e às vezes nós falamos sobre isso, porque para nós foi assim um choque, isso já foi para ai à uns dez anos que aconteceu... elas disseram que não houve, pelos filhos quer dizer... quando nós perguntamos os filhos mandaram fazer a autópsia porquê? E elas disseram “porque eles viram o copo com água na mesinha de cabeceira e uma caixa de comprimidos vazia” e era impossível a mãe ter as três cuvetes da medicação vazias dentro da caixa e só tomarem um comprimido, está a ver a lógica dos filhos? A rotina dela não foi alterada, ela não alterou a rotina, não fez nada, ela simplesmente naquele dia à noite ao deitar-se tomou os comprimidos pronto, achou que já estava cá há muito tempo ou não sei porque é que... ainda mais, é assim, por aquilo que a minha colega me disse e conhecia a família, os filhos mais feridos, não foi feridos, ficaram... porque não houve... ela não se despediu...

Entrevistadora: E o facto de também não conseguirem notar algum sinal...

Entrevistada: É, ela não se despediu porque às vezes podia pôr-se a visitar esta filha, visitar aquela... e vir para casa e os filhos “a minha mãe anda para aqui a visitar toda a gente por alma de quem?” mas ela não fez isso, ela fez a rotina dela... e os filhos chamou-lhes a atenção a caixa da medicação e o copo de água... o copo de água pronto era naquela, mas a caixa da medicação “para que é que a minha mãe tem aqui três coisas vazias só para tomar um comprimido?” então deita as outras fora e fica só com a última, a lógica não é? Toda a gente faz isso... foi isso que lhes chamou a atenção e eles pediram para lhe fazer uma análise e falaram com o médico-legista e devem ter-lhe dado a caixa para ver os componentes... portanto essas situações assim é difícil de controlar, difícil de prever.

Entrevistadora: Souberam se essa pessoa teve um enterro digno?

Entrevistada: Ah isso não lhe perguntei, não sei.

Entrevistada: Porque na religião...

Entrevistada: Sim na católica não é? O que não acho correto, acho uma estupidez isso na religião católica, por isso é que eu fui criada na religião católica, mas aquilo que eu não gosto (risos)... toda a gente tem o direito de escolher...

Entrevistadora: Ainda mais que os enterros não só para os mortos mas sim para os vivos.

Entrevistada: Porque há um despedir... mas já há padres que fazem isso.

Entrevistadora: Sim mas ainda há alguns sítios onde não o permitem, e como referiu a aldeia...

Entrevistada: Nem me lembrei desse pormenor... porque é assim, nós somos auxiliares e vivemos com eles diariamente e até “dormimos”, estamos à noite com eles e uma colega chegar à nossa beira e falar nisso ficamos assim todas “como e que nós podemos controlar uma situação

dessas?” é só a prevenção e tentar ver se aquela pessoa está mais deprimida, porque ou tem mais dores, ou mudou de medicação e a medicação ainda não está a fazer efeito e então fica mais chorosa, fica mais dependente de nós, toca mais vezes à campainha só para nós entrarmos no quarto... também temos dessas situações e nós a apercebemo-nos que é uma maneira de chamar a atenção... tem senhoras aqui que sei que gostam de conversar e por exemplo, quando faço noite, elas gostam de ser as últimas a ser deitadas... a gente deixa-as para o fim e depois estamos ali com elas, mudamos-lhe a roupa, a gente conversa, a gente senta-se na cama a conversar com elas, estamos ali um bocado porque sabemos que aquelas pessoas têm uma necessidade de falar conosco, de ter companhia... “ai as meninas de dia andam sempre a correr”, “pois andamos, porque é muita gente, é muita gente ao mesmo tempo e depois vocês querem uma coisa e depois querem todos a mesma coisa ao mesmo tempo... nós somos só uma ou duas” e depois à noite ela “deixe-se estar”... ela nem toca à noite porque sabe que nós vamos lá à noite não é? Porque estamos aquele bocadinho com ela, tiramos-lhe a roupa para o outro dia, pomos-lhe aquela roupa porque é uma pessoa autónoma, gosta de se vestir bem mas já não consegue chegar ao roupeiro e gente chega-lhe a roupa... há aquele bocadinho que estamos com ela, e aí nós notamos que essa senhora está mais debilitada, se tem mais dores está mais impaciente, procura mais atenção... não se isso será, se ela estivesse em casa sozinha e tivesse alguém lá para a ajudar a deitar, não sei se seria um caso que tivesse de ser vigiado, porque é uma senhora autónoma, é uma senhora que vai lá fora e pode comprar o que quiser, também andamos sempre com muito cuidado com essa senhora, mas não temos indícios de que isso possa surgir. Eu só lhe estou a dar um exemplo, que se esta senhora tivesse em casa sozinha era provável que ela se calhar começasse a entrar em depressão e poderia ser um desses casos... aqui não, aqui não, aqui temos sempre nós a chateá-las (risos)... às vezes é ela a ralhar conosco porque a gente não fez o que ela queria, mas até é bom que eles ralhem conosco, ativa-lhes a massa cinzenta e tira-as dessa... uma palavra corrente “pasmaceira”, que muitas vezes a gente passa por eles e toca-lhes “então? Boa tarde, bom dia!” e eles ficam assim a olhar para nós “Olá menina!”, mas não sei onde é que eles estavam, eles estavam lá nos pensamentos deles, isso e uma pessoa sozinha em casa faz com que comece a magiar... aqui há sempre muito movimento, nos lares há sempre muito movimento, alguns, outros não, isso tem a ver com a própria instituição, e eu não as conheço a todas.

Entrevistadora: Para si quais são os fatores de risco do suicídio?

Entrevistada: Na terceira idade? Eu acho que já falei neles... a depressão, o estar sozinho, a falta contínua dos filhos...

Entrevistadora: Não considera que haja aqui algum caso de abandono?

Entrevistada: Aqui? Aqui não!

Entrevistadora: Sim foi o que percebi, que aqui não há nenhum caso de abandono

Entrevistada: Já tive em lares que havia casos de abandono, que as pessoas tinham roupa porque nós levávamos-lhes roupa, é triste, é muito triste mas aqui não... aqui? Se algum deles disser está em abandono é mentira (risos), eles têm sempre um filho, um neto, têm sempre alguém.

Entrevistadora: Então disse-me a depressão...

Entrevistada: A depressão, a solidão... porque para eles nesta idade a pior coisinha que eles sentem é a solidão, o estar sozinho... a depressão, a solidão, as doenças em si, aquela fase do

alzheimer que eles estão cá e depois não estão e depois voltam, e eles apercebem-se. Eu acho que isso é, para as pessoas deve ser horrível, eu acho, isso faz com que a pessoa quando está cá está deprimida e isso deve ser daquelas causas mesmo que as pessoas naquele momento se calhar até o fariam... pessoas que sentem e se apercebem da privação daquele espaço de tempo, eu nem consigo imaginar, deve ser horrível. Eu acho que essas devem ser as principais causas.

Entrevistadora: E qual a principal?

Entrevistada: Solidão.

Entrevistadora: E neste caso, falou nos fatores de risco, quais para si são os fatores de proteção no suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Na terceira idade, proteção? É aquilo que lhe falei... nós tentarmos o máximo, o que às vezes não conseguimos, mas tentar que aquilo que nós fazemos aqui, estar sempre com o cuidado de ver se há alguma alteração de humor, se a depressão piorou, que aqui elas estão sempre a chamar-nos à atenção... para a gente nunca se esquecer de, se houver alguma alteração para escrever porque às vezes a gente pode pensar que é uma coisa pequenina e depois vêm as pessoas com conhecimento e dizem que já vai tarde, que já devia ter sido antes... esses pequenos fatores que nós que lidamos com eles todos os dias podemos chamar à atenção, o controlar aquilo que eles tomam, se tiverem medicação em nome deles...

Entrevistadora: Aqui há alguma pessoa que tome os comprimidos autonomamente?

Entrevistada: Não, é tudo acompanhado, ninguém toma medicação... porque nesta altura com esta idade é muito complicado, a menina está a falar do suicídio, tudo bem, aquela pessoa que está consciente e que perdeu as faculdade de alguma maneira e diz que já chega, esta cansado, pode haver essa sequência de pensamento até chegar ao suicídio, mas também pode haver um caso de suicídio, mas ser um caso de suicídio por negligência, porque eles tomaram e esqueceram-se que já tinham tomado e voltaram a tomar isso, quer dizer, eu nem sei o que se chama isso, não é homicídio porque ninguém o matou, também não é suicídio porque coitados também esqueceram-se por completo... é negligência não é? Nós temos de estar constantemente... mas é uma negligência que não é culpa de ninguém...

Entrevistadora: Neste caso aqui não permitem isso visto que toda a gente é acompanhada...

Entrevistada: Sim, aqui toda a gente é acompanhada.

Entrevistadora: Tem conhecimento de algum programa ou projeto de prevenção do suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Não, não tenho e nem sei se há, por acaso até posso pesquisar...

Entrevistadora: Na sua opinião, a nossa sociedade está consciente desta realidade?

Entrevistada: Não, eu já lhe disse logo isso à entrada, eu acho que não está consciente... nem não está preparada para, nem está preparada quando acontece, porque é o dito tabu como disse à menina, o suicídio na terceira idade, seja em que idade for, desde que tenha a palavra suicídio é um tabu.

Entrevistadora: Neste caso, quando se trata da adolescência ainda se houve...

Entrevistada: Ainda se houve porque é muito novo, porque se atirou da ponte, porque se enforcou, porque a mãe infelizmente viu o filho naquele estado, foi encontrado pela mãe quer

dizer... tem vários fatores que faz com que as pessoas falem, divulguem, eles matam-se para a frente do computador para o facebook e para outras porcarias das redes sociais porque alguém lhes disse para o fazer e isso acaba por vir a público, mas se reparar vem a público durante um espaço de tempo e depois é esquecido porque parece que puseram um pano em cima e não se fala mais no assunto, lá está o tabu... eles controlam até um certo ponto, quando eles não conseguem controlar a informação, a informação desaparece, nunca mais se ouviu falar do assunto porquê? Eu no meu entender, nos jovens e mesmo na terceira idade, até para os próprios filhos, familiares que vivem com eles em casa, se fosse falado, se houvesse um diálogo até com os médicos de família, médico de família ou mesmo uma psicóloga ou uma psiquiatra ter lá nos centros de saúde, falar com as pessoas que estão... com os cuidadores que estão em casa, alertar para essas situações “olhe o ponto alarmante é este, é este é este... são fatores que podem conduzir a...” lá está mas eu não tenho conhecimento, lá está eu não tenho conhecimento porque não nos falam disso.

Entrevistadora: Lá está, precisamos de uma prevenção primária.

Entrevistada: Não é? Não nos falam.

Entrevistadora: O facto de não terem esta realidade aqui presente no lar é muito bom, mas lá está é necessário essa prevenção que referiu.

Entrevistada: É, mas não há... e se falar as pessoas dizem “ah suicídio”, “sim suicídio”, “suicídio?” (risos) e a doutora Isabel, Cristina é para falar sobre suicídio e eu “ah está bem eu vou, o que eu souber eu sei, o que eu não souber eu digo não sei, não faço ideia” (risos)... lá está, porque é um tabu e as pessoas não falam.

Entrevistadora: Eu vim aqui quebrar um bocadinho o tabu (risos).

Entrevistada: Ai eu acho que sim, porque é que a SIDA teve o alargamento que teve?

Entrevistadora: Mas já fiquei com o rótulo aqui, sou a menina do suicídio (risos).

Entrevistadora: É a menina do suicídio (risos) e olhe que ninguém a conhece só eu, pelos vistos e a doutora e a enfermeira Diana, não sei se já falou com outras colegas minhas... e olhe é a menina do suicídio e depois a gente não sabe o seu nome (risos).

Entrevistadora: É Diana (risos).

Entrevistada: É a menina Diana, pronto (risos).

Entrevistada: Mas vai ficar sempre a menina do suicídio (risos).

Entrevistada: É a menina do suicídio, é mas não tenha dúvidas porque falaram-nos do suicídio e que estava a fazer o mestrado, mas em quê?

Entrevistadora: Tirei a licenciatura em Educação Social e agora estou a tirar o mestrado em Intervenção Comunitária.

Entrevistada: Hum hum ok... mas então se está a falar nisto no mestrado, no doutoramento vai falar em quê?

Entrevistadora: Ai não sei... doutoramento é só... não sei, não sei se vou continuar, vamos ver, Acho que já chega, já preciso de uma pausa no estudos, é muito ano a estudar (risos).

Entrevistada: É muito ano, e depois no doutoramento eu acho que vocês têm de ficar maduras naquilo que estão a fazer para depois poderem defender uma tese, porque depois em campo também pode deparar-se com situações que até lhe podem dar ideia para um doutoramento que ninguém tenha pensado... porque no terreno, como se costuma dizer, ganhamos muita “estaleca”, é no terreno, é trabalhar diretamente com as pessoas.

Entrevistadora: Exatamente, só depois de estar na área é que vou ponderar... Na sua perspetiva qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção?

Entrevistada: É aquilo que já lhe falei, é divulgar, falar, dialogar com as pessoas que são os cuidadores e indicar-lhes os pontos mais fulcrais que as pessoas devem ter atenção.

Entrevistadora: A última... Qual a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção? Pensando que era possível existir todo o tipo de recursos, que tudo era possível...

Entrevistada: Estamos a falar em Portugal...

Entrevistadora: Sim, mas pense no ideal, pense que tudo é possível.

Entrevistada: Que tudo é possível, nunca tudo é possível... Eu trabalhei numa instituição na Alemanha, chamada de “eldery house”, “casa de idosos”, e eu achei-lhe uma graça... eles tinham tudo aquilo para que nós trabalhássemos, todos os materiais que nós tínhamos para trabalhar era tudo para nos favorecer a nós e depois tinham todos os cuidados, porque aquela casa também era todas “XPTO”, tinham todo o cuidado, tinham um ginásio próprio para os idosos, tinham dois ou três preparadores, eu só vi três não sei se depois tínhamos mais, tinham três preparadores... não eram todos obrigados a ir ao ginásio, mas aquilo era, acabavam por ir puxados pelo outro, este vai fazer um caminhada, tudo dentro das limitações e o ginásio estava preparado, não tinham aquilo que os ginásios tinham aqui na altura, tinham as passadeiras que andavam devagar para eles caminharem, tinham bicicletas porque o alemão adora bicicletas e depois tinham atividades, essa era uma atividade que eu achei espetacular, era giríssimo, nunca vi nenhum lar aqui de idosos a ter isso, com um ginásio... também tinham aquele de cuidado de as pessoas que tinham dificuldade de andar, as barras para andarem pela barrinha e pronto e depois tinham aquela atividade de manhã, mas quem quisesse fazer à tarde também podia fazer essa atividade... achei espetacular, para além de nós termos os materiais necessários para podermos trabalhar eles lá não nos faltaram com nada, tinham tudo, nós quase não fazíamos força para pegar em ninguém, tínhamos uma máquina para pegar nas pessoas, mudar do cadeirão para a cama, da cama para o cadeirão, bastava por as pessoas na máquina e a máquina fazia o trabalho, espetacular... Também há cá em Portugal só que são extremamente caras. Achei isso, achei o ginásio e achei também as atividades extra de rua... eles fomentavam muito o sair do lar, passeios, “vamos passear, no próximo fim-se-semana temos...” e eles como andam muito de bicicleta lá, e quem podia andar ia de bicicleta, era espetacular... as pessoas que andavam de bicicleta tinham o seu próprio grupo e iam a esta aldeia e àquela aldeia sempre, e o próprio lar fomentava com que isso acontecesse, tinha atividades e tinham atividades para pessoas de cadeira de rodas que iam nas carrinhas da própria instituição mas lá está, são instituições com mentalidades completamente diferentes das nossas não é? Aqui se calhar se dissermos, não sei se é verdade ou mentira, vamos passear com o idoso para qualquer lado se calhar a família “ai ele vai cair” e ali não, as próprias famílias, os próprios filhos perguntam “então, próximo fim-de-semana para onde é que vão?”.

Entrevistadora: Teve lá quanto tempo?

Entrevistada: Tive lá dois anos... “este fim-de-semana não vão a lado nenhum? Oh!” os próprios filhos ficavam assim e nós “este fim-de-semana não quiseram, só dois ou três, por isso ainda estamos a ver para o próximo” não é? São atividades constantes, durante a semana ficava por ali mas a partir de sexta-feira havia atividades para toda a gente... até os próprios filhos às vezes vinham, pegavam nas bicicletas e andavam com os pais para aqui e para acolá e os filhos iam com eles... pronto.

Entrevistadora: Muito obrigada, gostei muito das suas partilhas.

Entrevistada: Sempre que quiser... aqui também temos coisas boas, mas lá está somos uma cultura completamente diferente... por muito que as pessoas queiram inovar e seguir em frente há sempre um ou outro obstáculo e com a família nós temos de ter sempre esse cuidado, de respeitar que a família pode não gostar, pode não querer... apesar que hoje em dia já está diferente, hoje em dia as famílias já aceitam que os pais estão num lar, mas que o lar os podem passear, podem sair, acho que sim. Pronto, posso-me ir embora?

Entrevistadora: Sim obrigada.

Entrevistada: Pronto Diana, tudo lhe corra bem que eu já vou ter de correr um bocadinho também (risos).

Entrevistadora: Obrigada (risos).

Entrevista VI

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha?

Entrevistada: Sou coordenadora do lar.

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Há cinco, já trabalhei em três instituições.

Entrevistadora: Quais são as suas funções nesta instituição?

Entrevistada: Portanto, coordenar equipas, responder às solicitações dos residentes, responder às solicitações dos familiares portanto, tudo o que seja consultas, preparar medicação, preparar medicação no sentido de se a pessoa vai sair, eu faço a ponte com as pessoas todas, faço a ponte com a enfermagem para a enfermagem me dar as saquetas da medicação para entregar na receção, aviso a receção que a pessoa vai sair, para estar tudo alinhavado por exemplo, os banhos quando começam de manhã eu tenho que orientar as ajudantes dizendo “hoje uma pessoa vai sair às 10h” ou “tem fisioterapia”, portanto tem que se começar os banhos pelas pessoas que vão sair primeiro portanto, é este o tipo de coordenação de equipas. Ver se a lavandaria está a funcionar bem, por isso é que aquele senhor me estava a perguntar pela camisa, porquê? Porque em quarenta e cinco residentes a roupa às vezes perde-se porque é guardada no sítio errado, pode ter sido a camisa arrumada no quarto de outro senhor e tem que se ir à procura para descobrir onde é que anda a camisa. Quando se tem tantos utentes às vezes não se encontra as coisas de um dia para o outro como eles querem, não é? Fazer a ponte com a cozinha, sempre que vêm alterações de consultas por exemplo, uma senhora que foi hospitalizada e quando regressa vem com uma sonda, a enfermagem vê a carta da enfermagem, a seguir é preciso avisar a cozinha que tem que se fazer mais uma sonda para a senhora, fulano tal... a coordenadora faz a ponte com as equipas todas que funcionam, com as limpezas, com o trabalho da geriatria, com o trabalho da lavandaria, da cozinha, com a equipa de enfermagem, com a médica por exemplo, se um familiar disser que precisa que a Doutora Ester passe uma declaração, qual é a medicação que a pessoa está a tomar com a doutora Ester eu vou lá e peço portanto, é um bocado um trabalho burocrático mas que ao mesmo tempo passa pelas equipas todas.

Entrevistadora: É também psicóloga!?

Entrevistada: Sim, também psicóloga.

Entrevistadora: Mas exerce?

Entrevistada: No lar não exerço psicologia, não, embora no fundo é uma profissão que acaba por estar... nós damos apoio quando pessoas... ainda agora faleceu uma senhora, dar o apoio, fui ao velório com os familiares, dar uma palavra amiga, acabo por ter parte de uma componente do luto que também tem a ver com a psicologia... os nossos idosos sempre que também vêm precisam de uma palavra amiga, quando estão doentes ou isso acaba por ser um trabalho de psicóloga mas sim, psicóloga mesmo de gabinete, consulta marcada, não.

Entrevistadora: Mas têm cá no lar?

Entrevistada: Não. Temos psiquiatria.

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal?

Entrevistada: Sim.

Entrevistadora: Gostaria de lhe pedir que falasse um pouco sobre as suas noções.

Entrevistada: É assim, senti na pele porque tive um amigo que se suicidou quando acabou o curso de psicologia pronto, é um problema grave... ninguém se apercebeu que ele estava a passar por uma depressão, ele andava a ser tratado, estava a ser medicado, foi tudo às escondidas só a família dele é que sabia, nós os amigos não nos apercebemos de nada em concreto, ele suicidou-se em Janeiro pouco depois de terminar o curso, atirou-se da ponte e o corpo apareceu na praia de Canidelo, da Afurada, passado dois meses portanto, a família ainda manteve a esperança... eles suspeitavam que ele se tivesse suicidado...

Entrevistadora: Isso foi recente?

Entrevistada: Já foi há uns cinco ou seis anos. Ele deixou o carro na ponte com os documentos, com o telemóvel e portanto tudo indiciava que tinha sido um suicídio mas ainda havia aquela esperança que às vezes ele ainda tivesse emigrado para outro país, qualquer coisa, andou toda a gente à procura dele pronto e depois acabou por aparecer o cadáver passado dois meses. É um fenómeno que não se fala muito, também há aquele medo que se se falar do assunto possa despoletar que outras pessoas em situação semelhante se suicidem. Na terceira idade, nunca tive nenhum idoso que se suicidasse mas eles verbalizam muitas vezes a questão, não propriamente dito dizendo que se querem suicidar mas que querem desaparecer, “o que é que eu estou a fazer aqui!?”, “porque é que Deus não me leva!?”, “já estou cansado disto tudo” pronto, é um bocadinho mais nesse sentido. Quando há dor, quando há doenças incuráveis, quando eles começam a perder muitas competências, urinarem-se pelas pernas abaixo, perderem a continência fecal, quer dizer, quando a pessoa está consciente e se apercebe da degradação do corpo, eles muitas vezes verbalizam que querem morrer... Mas não no sentido dizerem-nos propriamente dito que se matavam, embora temos às vezes uma senhora que diz que se atira de uma janela se a família não em cá, mas às vezes é mais num sentido apelativo do que propriamente dito da verdadeira intenção. Também já tive uma idosa com delírios, estava descompensada psiquiatricamente, nessa altura foi também necessário tomar algumas medidas de prevenção porque havia o risco dela... portanto ela achava que toda a gente tinha um complô contra ela, que a vigiavam, que tinha câmeras de vigilância no quarto e a psiquiatra na altura alertou-nos para o risco e nós tomamos medidas, nomeadamente vedar a janela para ela não conseguir abrir a janela e de maior vigilância no sentido de até a medicação fazer efeito e ela estar compensada não fosse às vezes ela ter algum ato por estar... porque ela via coisas e via bichos e pronto, estava mesmo muito descompensada psiquiatricamente e havia esse risco. Agora assim, mesmo suicídio mesmo, não.

Entrevistadora: Mas tem noção do suicídio na terceira idade em Portugal?

Entrevistada: Não, isso não... não tenho muita noção se os números são assim muito grandes ou não. Tenho ideia que em termos de jornal e telejornais não é uma coisa que apareça muito aparece mais o dos jovens, adolescentes, crianças que sofrem de *bullying* que se suicidam sim isso vai-se falando, agora assim terceira idade propriamente dito números concretos não tenho grande noção.

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção, se não, qual o acompanhamento que existe na instituição?

Entrevistada: É assim, nesse sentido, uma dessas senhoras era nossa residente aqui. Pronto, na altura nós tomamos medidas de fechar a janela, a janela tem uma peça que permite vedar, para ela não conseguir abrir o manípulo, maior vigilância, as ajudantes passavam lá de noite com maior frequência para irem vigiando. Temos as nossas próprias câmeras de vigilância que também nos dão, só nas zonas comuns, não dentro dos quartos, mas que nas zonas comuns e nas salas de estar também nos dão um bocadinho a visão de onde é que andam os residentes, o que é que eles estão a fazer... pronto, normalmente vigiamos mais os casos de depressão. A depressão quando a gente se apercebe que alguém anda mais deprimido, falar com a médica, ir à consulta com a psiquiatra porquê? Porque aqui a depressão é muito frequente, é o aproximar da morte, morre o marido, alguns até já perderam filhos e sobretudo quando se perde um filho primeiro é muito difícil de assimilar. Temos aqui várias senhoras que os filhos morreram primeiro do que elas e elas dizem “ah antes tivesse ido eu que sou mais velha e foi o meu filho morrer com cinquenta e tal anos ou com quarenta anos” pronto, é mais a depressão, é a tristeza de ver a perder competências, é ver outras pessoas em estado pior do que eles, que às vezes também não ajuda. Pronto, e a depressão infelizmente é mais comum do que o que seria de esperar.

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideiação suicida? Como me falou desses discursos... considera que...

Entrevistada: É assim, ela faz isto sempre que a família não vem cá durante... a família até é muito presente, mas ela esquecesse que eles tiveram cá e às vezes começa “ah qualquer dia tiro-me pela janela” mas ela diz aquilo tipo em tom de brincadeira, mas a gente mesmo em tom de brincadeira deve sempre levar em consideração e vigiar as pessoas pronto... ela tem andado com um humor assim mais bem-disposto ultimamente, mas andou ali uma fase mais sisuda que nos levantou alguma preocupação, porque realmente ela verbalizava, não comigo, mas verbalizava com as ajudantes porque também não sei se tem esta noção, que as ajudantes são as grandes confidentes dos nossos residentes porque durante a noite elas quando trabalham sobretudo de noite, de dia não há tanto esse tempo para poderes estar a conversar, mesmo conversar... à noite, quando elas trabalham por turnos, às vezes vão aos quartos, se for uma noite calma que não há muitos toques na campainha, às vezes conseguem estar um bocadinho a conversar com o utente e eles acabam por verbalizar com elas... a noite também é um período muito triste, porque é período quando vêm as coisas para a cabeça, pronto e às vezes eles verbalizam com as ajudantes, sobretudo no período da noite, as tristezas, as angústias, os medos... pronto e acabam por às vezes verbalizar estas coisas.

Entrevistadora: Qual é a relação que a instituição estabelece com os familiares?

Entrevistada: De grande proximidade. Nós aqui somos felizmente, noutras instituições onde já trabalhei não era assim. Nós aqui estamos muito no centro da cidade, os nossos familiares visitam com bastante regularidade os nossos residentes porque também nós temos um horário muito alargado de visitas, portanto as pessoas podem vir cá... claro que temos um horário porque temos de ter um horário mas é bastante alargado, as pessoas podem vir cá sem avisar que vêm ah... podem jantar cá com os residentes e portanto as famílias acabam por estar sempre muito presentes na vida dos nossos residentes. Não temos casos, felizmente, de abandono familiar, noutras instituições... eu trabalhei numa instituição em Santo Tirso que fica a quarenta e tal minutos do Porto, a maior parte dos residentes eram do Porto... o facto de as pessoas terem de se deslocar daqui quarenta minutos para Santo Tirso e outros quarenta minutos para cá, acaba por ser um impeditivo da família estar presente. Aqui temos um autocarro à beira, temos o metro, qualquer familiar... a maior parte dos familiares também vive aqui nas imediações, a

maior parte deles, em zonas próximas e o facto de termos o metro e o autocarro próximo faz com que as pessoas também visitem muito o lar e os amigos, também nos outros lares não era muito frequente os amigos virem visitar, aqui virem até irmãos dos idosos, que também já são idosos, e temos muitas visitas nesse sentido, não temos abandono.

Entrevistadora: Mas associa isso à localização, ou há mais algum fator?

Entrevistada: Sim, eu acho que tem haver muito com a localização.

Entrevistadora: Conhece algum caso de idosos que cometeram ou tenham tentado cometer suicídio? Neste caso falou-me do seu colega, mas algum idoso, que tenha ouvido falar...

Entrevistada: Ah... não era bem idoso. Eu trabalhei num lar de idosos que também tinha rede de cuidados continuados e tínhamos lá uma senhora com cinquenta e nove anos, não é bem uma idosa... pronto, mas teve uma tentativa de suicídio, tentou-se enforçar, o que é que acontece!? Ao enforçar-se ela não tirou bem as medidas, eu não sei explicar pronto... e ela não morreu, fraturou parte do pescoço, ficou paralisada do pescoço para baixo mas sobreviveu e ela estava no outro lar onde eu trabalhei, já estava há quatro ou cinco anos totalmente acamada e pronto, mas também falava, ela ficou em estado quase vegetativo, estava viva, o coração batia, mas ela não respondia nem... também já estava com sonda e tudo pronto... é único caso que eu conheci, embora ela não era propriamente dito idosa, era meia-idade. Havia ali, pelos vistos, o marido tinha uma amante, ela descobriu, não lidou bem com aquilo e pronto, tentou-se suicidar mas não chegou a morrer e ficou num estado quase...

Entrevistadora: A nível profissional como é que geriu a morte, neste caso a tentativa dessa pessoa que estava nesse lar?

Entrevistada: Eu quando cheguei ela já lá estava, portanto eu sabia que a situação dela era provocada por uma tentativa de suicídio.

Entrevistadora: Ah, então não estava lá quando isso aconteceu.

Entrevistada: Não não não, portanto ela vai parar ao lar porque a família não tinha condições para a ter em casa e eu acho que o hospital também não quis...

Entrevistadora: Então isso não aconteceu no lar.

Entrevistada: Não.

Entrevistadora: Quais são os fatores de risco do suicídio na terceira idade, para si?

Entrevistada: Para mim, dor, dor não controlada. A maior parte tem imensas dores de ossos, artrose, dores... muitos deles queixam-se de dores, aliás eles passam a vida a pedir benuron e medicação para a dor, temos alguns utentes seguidos também na consulta da dor. A dor, a degradação física, degradação mental, perda da continência, tudo isso para eles... imagina que é uma pessoa que de repente começa a urinar-se, que tem consciência disso, que começa urinar-se pelas pernas abaixo ah... a vergonha, quando isso lhes acontece nós tentamos tirar a pessoa do sítio e tentar ajudar a dar banho, a trocar de roupa, limpar o chão para os outros não se aperceberem, mas a própria pessoa sente uma vergonha imensa "olha eu agora com esta idade pareço uma criança a fazer xixi pelas pernas abaixo" pronto... ah, eu tinha anotado aqui algumas coisas que me fui lembrando enquanto li isto... o sentir-se sozinho, embora aqui não temos propriamente isso mas tinha outros idoso noutros lares que se queixavam de estar sozinhos, que a família não os visitava... as depressões, os aspetos psiquiátricos também, isso quando às

vezes estão descompensados psiquiatricamente, têm delírios e começam a ver coisas ou a achar que alguém os quer matar, achar que nós estamos a dar... por exemplo, a enfermeira vai dar a medicação e achar que ela está ali a dar aquilo que é para dar veneno para a matar, quando eles estão com fases delirantes tem de se atuar rapidamente para os compensar novamente porque aí há risco também de suicídio e sobretudo, e acho que a maior parte é a depressão e o ver os amigos partirem, verem os irmãos partirem, ver os pais partirem, ver os filhos partirem, a morte... eles ficam muito afetados quando morre alguém. Nós aqui não escondemos a morte de ninguém, eles sabem, quer dizer, também não andamos aí a gritar aos quatro ventos que faleceu alguém, mas pelo menos, aqueles que estão mais conscientes e orientados se perguntarem “ah já não vejo a pessoa há tanto tempo”, está internada, mas se falecer nós também dizemos que faleceu... eles ficam sempre muito chocados. Alguns querem ir ao funeral pronto, e nesses dias a gente nota que há uma tristeza, até se nota que o lar está mais pesado pronto, porque eles sentem muito por exemplo, quando acontece de alguém falecer aqui dentro mas que é preciso chamar o INEM e em que o INEM está a reanimar alguém eles veem, mas tentamos sempre pôr biombos ou isso para tapar mas às vezes não é possível e eles apercebem-se e tudo isso os deixa muito... eu acho que mais do que relacionado com o suicídio é o medo da morte, não é!? Porque as pessoas quando chegam aos noventa e cinco anos, quer dizer...

Entrevistadora: Isso recorda-me perfeitamente a minha avó, tem tanto medo da morte, está sempre a falar nisso.

Entrevistada: Sim, e ver os outros a partir, já perdeu o marido, já perdeu os pais, já perdeu o irmão, os amigos começam também a falecer, os amigos daquelas idades e tudo isso relembra que nós somos finitos e que qualquer dia é a nossa vez, o que não quer dizer nada, nós aqui na nossa residência tínhamos um senhor relativamente novo, com setenta e poucos anos, não era dos mais velhos, uma saúde impecável, um dia sentiu-se mal, caiu para o lado e morreu pronto, veio o INEM e tudo e já não foi possível reanimar. Depois temos um senhor com cem anos e quase sete meses neste momento pronto, está acamado e isso mas continua. Portanto, a morte e o morrer é muito... pode acontecer em qualquer idade, não tem haver propriamente dito com a saúde. Esse que está pior tem cento e tal anos e o outro que estava bem de saúde foi de um dia para o outro e, realmente há este confronto com a morte, também deve gerar angústia em quem já tem muita idade.

Entrevistadora: Quais os fatores de proteção no suicídio?

Entrevistada: Mantê-los ocupados acima de tudo, atividades, nem que seja eles conversarem com alguém, eles gostam muito de conversar... mantê-los ocupados e ter gente à volta, vir a família visitar, virem os amigos. Aqui qual é a grande vantagem? Os que são autónomos e mesmo os que não são autónomos, mas pronto, que ainda conseguem ter alguma vida de relação, o facto de estarem sentados de tarde a conversar com a vizinha do lado sobre o que estão a ver na televisão já é um fator de prevenção não é? Porque aquela pessoa se estivesse sozinha em casa, como nós tínhamos alguns dos nossos residentes... estavam em casa, num prédio com escadas, que já raramente vinham à rua, passavam o dia todo sozinhos. Essas pessoas são pessoas de alto risco, porque estão o dia todo sozinhas, se for preciso não comem bem pois, só alguém que lhes possa ir ao supermercado comprar a comida é que conseguem ter algum tipo de coisas para cozinhar, acabam por estar muito afastados dos outros e isso é um fator de risco, estar sozinho, a solidão é um fator de risco grave para o suicídio, para a depressão.

Entrevistadora: Exato, na sua opinião, a nossa sociedade está consciente desta realidade?

Entrevistada: Eu acho que não. Os números devem ser muito maior do que o que nós sabemos... E depois também há aquela vergonha que quando alguém se suicida também se tenta... o meu amigo quando se suicidou ah, aquilo em termos familiares não se falava na palavra suicídio portanto, ele morreu.

Entrevistadora: Só uma questão, se souber responder, ele teve um enterro digno?

Entrevistada: O padre não lhe fez funeral.

Entrevistadora: Não, pois não?

Entrevistada: Não, e aquilo foi uma coisa que na altura me... porque acho que o funeral mais do que para o morto é para os vivos. O funeral até, acho que, é para conferir se calhar algum conforto até à família do que... para quem acredita... mas o facto de ser suicídio é uma condicionante para, portanto ele morreu em pecado (risos), digamos assim para a religião.

Entrevistadora: Tem conhecimento de programas ou projetos de prevenção?

Entrevistada: Tirando aqueles projetos que às vezes ouvimos na televisão dos estudantes que vão viver com os idosos para tentar conciliar a solidão ou para diminuir a solidão, não tenho assim noção de mais nenhum... aquelas linhas de SOS para o suicídio, não sei assim... há aquelas pulseirinhas que também agora que alguns idosos têm que permite falarem com a polícia pronto, pelo menos para poderem culminar alguma solidão para terem alguém sempre com quem conversar, mas de resto não conheço assim mais nenhum.

Entrevistadora: Na sua perspetiva, qual seria o melhor caminho a percorrer para a prevenção do suicídio?

Entrevistada: Sinalizar as pessoas que estão sozinhas ah... diagnosticar as depressões, controlar a dor. Eu acho que a dor é um dos fatores... eu acho que uma pessoa com dor incontrolada, a pessoa só quer morrer e acho que isso é um fator que pode às vezes precipitar a pessoa a fazer alguma loucura, porque realmente a dor, é o que eu noto mais neles, quando têm dor não têm interesse por mais nada, só estão focados na dor, "porque me dói, porque me dói"... e o controlo da dor eu acho que é uma das coisas importantes, também manter, ter estas pessoas nas consultas da dor. Nos casos de degradação física e mental, os cuidados paliativos neste momento ainda não chegam a toda a gente. Uma pessoa em casa numa situação destas, sei lá, acamada, começa a abrir chagas, tem dores, a família não sabe muito bem como há-de lidar com as pessoas, às vezes não têm dinheiro para os colocar num lar ah... eu acredito que a pessoa aí queira morrer.

Entrevistadora: Qual é a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área de intervenção?

Entrevistada: A nossa (risos). Já trabalhei em muitos sítios, estaguei em vários sítios sem saberem que eu era licenciada, o que foi uma experiência muito grande, muito rica... já vi muitos maus exemplos do que são lares, legais, nunca tive em nenhum lar ilegal... legais mas que não funcionam bem, que não têm esta nossa filosofia aqui na ACOLHE. Já trabalhei em lares de luxo, muito bons a nível de instalações e a nível humano, mas depois falta-lhe a componente individual que nós temos aqui... não falta nada, o prato tem o logótipo da empresa e o guardanapo tem o bordado, mas isso para os idosos não interessa nada. Interessa mais ao idoso saber que ao pequeno-almoço não é obrigado a tomar o pão com manteiga e a meia de leite, porque se eu fosse obrigada a comer todos os dias a mesma coisa era capaz de enjoar, nós aqui

temos estes cuidados individualizados, perceber o que a pessoa gosta, aquele se gosta do pão com manteiga e queijo ou compota tentar... nós temos limites, não podemos ter as marcas todas de iogurtes que há no continente pronto, mas dentro dos limites ter variedade para eles poderem escolher, nós permitimos também que as famílias tragam, por exemplo, se houver uma marca de iogurtes que eles gostam ou um sumo ou qualquer coisa, eles podem trazer e ter no frigorífico lá em baixo, com o nome deles e quando eles querem pedem às meninas e servem. Dentro disso, acho que este carácter de individualidade que é muito importante para a qualidade de vida deles e que faz a diferença.

Entrevistadora: Mas se pudesse ter todos os recursos, que nem sempre é possível, melhorava alguma coisa?

Entrevistada: Ai melhorava claro (risos). Sim, se bem que há coisas... o ideal é relativo porque, por exemplo, eu trabalhei num lar que tinha piscina, que tinha jacúzi, posso-lhe dizer que praticamente ninguém utilizava e porquê? Porque nós estamos a falar, a geração dos idosos neste momento, estamos a falar de mulheres que o corpo era muito escondido, tinham vergonha e portanto, a maior parte dos idosos são mulheres, não sei se tem esta noção, há muito mais mulheres idosas do que homens, o que é que acontece? Nós temos lá a piscina, mas as senhoras não iam para a piscina porque estão deformadas, porque estão gordas, porque têm barriga, porque têm assim... porque depois já têm perdas de incontinência, depois têm vergonha de urinar na piscina etc. e os homens também, embora os homens são um bocadinho menos problemáticos nesse sentido, mas eu tinha lá piscina e jacúzi praticamente ninguém a utilizava agora, se eu acho que a geração dos idosos que se calhar a minha ou a sua, quando formos idosos se calhar já vamos ter uma outra relação com o nosso corpo e que se calhar ter uma piscina ou ter um jacúzi, se calhar para as gerações que vêm a seguir vai ser importante, há quem faça ginástica, fisioterapia, na água e tudo mas por exemplo nesse lar onde trabalhei, os idosos que lá estavam não tiravam partido disso. Se eu acho que isso é importante, pode vir a ser importante, porque os nossos idosos agora, é como estes terem computador, eu já tenho aqui idosos que têm portátil no quarto não é? Não são muitos, mas se calhar a nossa geração vai ter toda, os idosos vão ter todos telemóvel e portátil no quarto. A terceira idade está a evoluir e eu acho que o segredo é o lar também acompanhar as mudanças da sociedade em termos de coisas, se calhar agora tenho aqui uma idosa ou outra que se pusesse um portátil à frente “ai vamos aprender a escrever” não têm interesse nenhum, mas há outros que já começam a ter portanto isto vai mudando. O primordial é as famílias virem cá visitá-los e estarem cá com eles, isso é que é a grande alegria... levarem-nos a passar fora o fim-de-semana, irem com eles comer fora... os nossos idosos frequentam muito o Continente, os autónomos, se for lá de tarde encontra vários deles a comer, a lanchar, a conviver com os amigos, uns com os outros, eles às vezes vão juntos lá fora ah... isso é importante, eles manterem-se ativos e fazerem as coisas e sentirem que ainda são capazes de fazer.

Entrevistadora: Ou seja, há aqui uma importância nas relações que existem neste lar.

Entrevistada: Sim sim... há um fator que me lembrei que é muito importante, mesmo idosos não crentes é muito frequente nesta fase final da vida voltar-se para Deus, mesmo que não seja religião católica, achar que existe alguma coisa e é engraçado quando são atividades como que vêm cá as ministras da comunhão, a hora do terço, vir cá o padre, é as atividades que mais adesão nós temos portanto, eu acho que a religião pode ser um fator que impeça o suicídio porque, por exemplo, sobretudo para a religião católica se uma pessoa se suicidar é um pecado é pronto... se a pessoa acreditar que existe alguma coisa, a fé pode ser importante para prevenir o suicídio eu acho que sim.

Entrevistadora: Vocês acabam então por promover um bocado disso, da fé...

Entrevistada: Nós deixamos que qualquer religião... nós temos aqui pessoas que são de outras religiões, se tiver de vir cá o pastor ou o líder religioso que seja, nós abrimos as portas a toda a gente mas maioritariamente é católica. Aqueles momentos da religião quando vem cá o padre, a hora do terço é sagrada, às seis e meia, todos os dias, eles rezam o terço e se for lá em baixo eles estão todos à volta dos sofás, com televisão, alguns de pé, todos a rezar o terço, mesmo pessoas que a família nos diz que não tinham hábitos religiosos nem tinham assim grande... era batizado, fez a comunhão porque os pais o obrigaram pronto, mas não eram propriamente de ir à missa e ao domingo veem as missas também, nos canais de televisão portanto eu acho que a fé e a religião pode ser um fator protetor nomeadamente, achar que há alguém que nos pode ouvir, ou alguém que nos pode ajudar e que não leve tão ao desespero da pessoa tentar se suicidar.

Entrevistadora: Obrigada.

Entrevistada: De nada, espero ter ajudado (risos).

Entrevistadora: Claro que sim, a vossa participação é fundamental.

Entrevista VII

Entrevistadora: Qual é o cargo profissional que desempenha?

Entrevistada: Eu sou terapeuta ocupacional aqui na ACOLHE, responsável pela parte da animação.

Entrevistadora: Há quantos anos trabalha com idosos?

Entrevistada: Curiosamente eu trabalhei sempre com crianças com deficiência desde que terminei o curso e não queria trabalhar com idosos porque o que a gente vê dos lares na televisão é sempre os contentores e aqui na ACOLHE mostraram-se uma visão totalmente diferente pronto, se não fosse essa (risos) eu não trabalharia portanto trabalho há um ano e meio.

Entrevistadora: Então este é o seu primeiro trabalho com idosos?

Entrevistada: Sim, estagiei mas trabalhar mesmo foi aqui.

Entrevistadora: Quais são as suas funções nesta instituição?

Entrevistada: Pronto, faço a parte da dinamização das atividades essencialmente, faço a parte da animação.

Entrevistadora: Está a par do fenómeno do suicídio em Portugal? Mais propriamente na terceira idade?

Entrevistada: Relativamente a estatísticas não faço ideia embora na minha perceção confesso que não tenho conhecimento de estudos feitos aqui em Portugal, na verdade nem noutros países (risos) mas na minha ideia e pronto, e quando li o enquadramento do seu estudo claro, naturalmente estive a refletir um bocadinho sobre o que é que eu poderia vir aqui acrescentar e provavelmente não vou acrescentar nada mas a minha ideia, relativamente ao suicídio na terceira idade, parece-me que será de uma forma mais passiva creio eu. Pelo menos do contacto e do que vou sabendo no sentido de, quando eu digo passiva falo, por exemplo, na questão de recusar alimentação, a recusa consciente por exemplo da medicação, ora esconde, ora cospe, ora deita fora... pronto, que para mim me parecem pronto, eu chamo-lhe passiva mas nem sequer sei se é o termo correto mas que me parece, na minha perceção que será em maior percentagem até do que uma forma ativa e é essa a ideia que eu tenho a nível do suicídio na terceira idade. Não sei se a pergunta também inclui o que é que eu acho de quais são as causas...

Entrevistadora: Mais à frente... (risos)

Entrevistada: Ah ok. (risos)

Entrevistadora: Posso-lhe dizer que a nível de estatística é assustador...

Entrevistada: É? Pois por acaso não tenho noção nenhuma.

Entrevistadora: Eu também não tinha, antes de escolher este tema não tinha, foi por isso que o escolhi.

Entrevistada: Claro, claro que sim.

Entrevistadora: A instituição tem medidas no âmbito da prevenção do suicídio?

Entrevistada: Ah, é assim... se estão definidas como medidas de prevenção de suicídio não, agora, acho que toda a nossa política trabalha nesse sentido. Para nós aqui, é óbvio que nós quando nos propomos a trabalhar num lar estamos a propor-nos a dar um fim de vida, a dar, a proporcionar com qualidade e nós aqui olhamos muito na base do... primeiro, o nosso trabalho é todo dirigido para a pessoa, as pessoas têm as rotinas que querem, são elas que as escolhem a não ser que, por exemplo, que alguém tenha uma consulta médica nós não os obrigamos a acordar às seis da manhã para às nove estar tudo a tomar o pequeno-almoço, portanto tentamos repetir as rotinas que tinham em casa e para além de ser tudo dirigido a cada pessoa, nós trabalhamos numa base de afeto. Para mim esta questão do suicídio, eu penso sempre, ok o que é que leva a isso? De forma geral eu penso, ok isto tem que estar associado, tem ou estará associado ou de alterações psiquiátricas, mais especificamente de depressão acho eu ah... e pensando na parte da terceira idade temos a questão de todas as perdas associadas. A nível da reforma é um problema (risos), não imagino como será na nossa altura, que acredito que terá ainda mais impacto, mas perdas seja a nível monetário seja funcional, capacidades físicas como a questão, por exemplo, de perder o companheiro ou a companheira, bem como de ver filhos e sobrinhos muitas vezes morrerem mais cedo do que eles próprios ou então morrerem em vida, no caso do abandono e acho que aqui na ACOLHE também por causa destas questões todas nós tentamos ao máximo preservar a autonomia deles, se for preciso aquecer a comida cinquenta vezes para que eles sejam capazes de comer sozinhos, claro se isso também lhes trouxer satisfação, que assim seja... ninguém veste casacos à pressa só porque pronto, tem de ser, tem de se despachar, não, se se consegue ajudar então também vamos ajudar. A questão da funcionalidade é muito importante e nós sentimo-nos úteis também acredito que sim, a questão do afeto, muito muito muito importante, qualquer um deles gosta que se pare um bocadinho, que se fique ali a conversar, miminho para aqui, miminho para ali, olhe que está com o cabelo torto, olhe que o batom está não sei quê vamos pôr o batom direitinho ah... e a questão também da ocupação, para lá da autonomia de termos a cabeça ocupada de, ok eu nunca pintei a minha vida toda mas vamos experimentar e às vezes até se descobrem talentos (risos) e até as pessoas em geral acham que pintar um desenho é infantil mas eu gosto de pintar desenhos então nós proporcionamos esse tipo de atividades, portanto, nesse sentido eu acho que não temos um protocolo vá, um procedimento para prevenção do suicídio mas acredito que trabalhamos nesse sentido. O facto de os quartos serem totalmente adaptados mas o mais parecido ao de um quarto de uma casa e não de um hospital, todas estas coisas, ou seja, isto agora é a casa deles portanto tornar a vida o mais cheia com qualidade, fazê-los sentirem-se úteis, que gostem deles e que as coisas são feitas para eles e por eles, portanto, acredito que sim que trabalhamos nesse sentido.

Entrevistadora: Considera então que há adesão da parte deles, por exemplo, nas atividades que propõe? Como é que gere essas atividades já agora?

Entrevistada: Pronto é assim, nós não obrigamos ninguém a participar nas atividades, todos eles me conhecem ah... acho que posso dizer que até gostam de mim (risos) e o que eu faço é, nós temos o nosso salão que é o salão de estar e de refeições e eu faço as atividades todas lá em baixo, ou seja, as pessoas até estão a ver televisão e que, nestas idades, a dificuldade de se exporem, de mostrarem as suas dificuldades, ora bem, “eu hoje até não quero participar na atividade prefiro ficar a ver”, amanhã vejo que ontem até correu bem não é? “As pessoas até se safaram, que até sou capaz de fazer aquilo, então amanhã já participo” pronto e é sempre nesse sentido. As atividades são abertas, não ou dizer que sigo o plano à risca, às vezes planeio três ou quatro atividades e à última da hora até ficamos só a conversar que é o que as senhoras querem...

Entrevistadora: A maior parte são as senhoras que participam?

Entrevistada: Sim

Entrevistadora: E existe aquelas que estão sempre ali?

Entrevistada: Sim sem dúvida (risos) e que se eu me atraso cinco minutos vêm-me chamar ao gabinete a perguntar “então hoje temos atividade ou não temos?”. Tenho um grupo fixo que faz sempre atividades mas por exemplo, uma das coisas que eu notei, nós temos muitos senhores e senhoras que são autónomos que acham que isso de fazer atividades é para as pessoas que têm limitações e que acabavam por não se integrar tanto na dinâmica então, em conjunto... uma pessoa aqui acaba por trazer sempre a família para o trabalho (risos), em conjunto com a minha irmã mais velha, arranjei um grupo de voluntários para lhes escrever cartas porque esta questão das amizades também, e de terem alguém com quem partilhar e lá está mais uma vez, de eles terem a noção de que alguém se preocupa com eles e que quer saber deles pronto, criámos um grupo, consegui incluir metade dos nossos residentes nesse grupo que acabamos por chamar ao projeto “construir amizades” ah... então nós vamos acabando por criar várias dinâmicas para conseguir incluir toda a gente. Pronto, isso das cartas foi giríssimo porque de repente, eles até nem gostam muito de peixe, mas no dia em que eu lhes entreguei as primeiras cartas era peixe e ninguém reclamou da comida (risos) porque estava tudo a ver “e tu o que recebes-te?” “ai a minha trabalha num jardim zoológico” pronto coisas assim desse género (risos) e foi curioso porque alguns até disseram “hum isto de certeza que é para pedir dinheiro” (risos) mas pronto, eu fui explicando o contexto e foi muito engraçado.

Entrevistadora: A ideia das cartas era os voluntários escreverem para os idosos e os idosos respondiam?

Entrevistada: Sim e respondem... Claro a maior parte deles é com a minha ajuda, eu marco na minha agenda quando é que eles querem responder, há muitas senhoras, por exemplo, que já não escrevem por artroses pronto, uma carrada de problemáticas ou que já não veem tão bem e que inicialmente até estavam reticentes em integrar a atividade por causa disso mas que eu disse “eu sei ler, a senhora ouve, depois sabe-me dizer o que é que eu vou escrever” e eu ajudo cerca de dez/doze pessoas a responder às cartas e continuam. Isto iniciou-se em Abril e continuam a trocar cartas e fotografias e já houve alguns... porque eles são de outros países, são também de Cabo Verde, Moçambique, temos de vários sítios então, mesmo a nível de realidades é muito engraçado, eles “o meu é pretinho de certeza” (risos) mas temos coisas muito engraçadas.

Entrevistadora: Só uma questão os voluntários são também idosos?

Entrevistada: Não não, são jovens e muitos deles quiseram integrar o projeto no sentido de, disseram mesmo “eu acho que os meus avós iam adorar fazer parte de uma coisa destas portanto obrigado por nos proporem isso” então continuam a trocar as cartas. São todos jovens, temos uma ou outra pessoa que é mais velha mas pronto no limite dos quarenta e que também é muito engraçado porque eles falam dos estudos e eles falam dos netos, portanto acaba por haver ali uma troca bastante engraçada. Eu confesso que leio todas as cartas não é? Porque como ajudo a escrever, ou seja, passa tudo por mim portanto eu controlo sempre que informação sai porque às vezes mesmo eles se não tiverem numa fase tão boa podem estar a partilhar mais do que é espectável e eu não corto sem a autorização deles mas discutimos isso em conjunto, como também tenho sempre informação do que é que entra e que coisas é que

são solicitadas pronto... é um projeto com esse cuidado embora ele não seja necessário, até ver tem corrido tudo muito bem, tem sido muito engraçado.

Entrevistadora: Já detetaram alguma ideação suicida?

Entrevistada: É assim, nós já tivemos uma situação... é assim, a maior parte das vezes é apelativo pronto houve uma pessoa que efetivamente entrou cá a nível clínico descompensada e que dizia muitas vezes que ia fazer isto e aquilo e não sei quê, pronto, o que nos fizemos? Travões nas janelas...

Entrevistadora: Deve ser a mesma pessoa que...

Entrevistada: Sim que a Isabel mencionou... e a esse nível temos cuidado mas que depois lá está, com a medicação... porque eles em casa, como eu estava a dizer, com a questão da medicação e da toma organizada e atempada muitos deles vieram para cá mal e recuperaram, o que não era espectável não é? Normalmente vão perdendo competências mas houve alguns casos de pessoas que vieram de uma forma e melhoraram bastante só com essa organização da medicação. Efetivamente tivemos essa senhora mas que depois compensada clinicamente nunca chegou assim àquele ponto de nós dizermos “ok isto pode passar para algo mais sério”, mas sim tivemos essa situação.

Entrevistadora: Qual é a reação que a instituição estabelece com os familiares e pessoas próximos dos idosos?

Entrevistada: Total (risos). Nós... eu não consigo falar da ponte com a família só associada com esta questão porque qualquer pessoa que nos aborde que queira ver as instalações, que querem fazer aqui uma atividade, nós temos sempre as nossas portas abertas. A nossa relação com os familiares é muito próxima, seja desde o “ela não anda a comer tão bem” ou “desequilíbrio-se e caiu” nós não escondemos nada, temos uma relação muito aberta e aliás, nós queremos que as pessoas estejam bem não é? Que eu creio que é também o principal objetivo das famílias. As famílias são muito próximas, nós gostamos disso... eu já tive informação em que toda a gente, eu quase não podia dar a minha opinião “ah o teu lar é diferente” porque nós temos visitas diárias sem fim, aos fins-de-semana então sem fim, em eventos festivos temos muitos residentes a saírem portanto é mesmo uma relação muito próxima ah... seja por parte da equipa técnica, como de enfermagem como as auxiliares, nós tentamos sempre, ora bem, os familiares são as nossas ferramentas também e se quisermos pensar de uma forma um bocadinho mais instrumental, eles são ferramentas terapêuticas podem-nos ajudar imenso, ora bem eu não consigo eu a senhora tome o comprimido mas se ligar à filha e ela falar cinco segundos com a filha a seguir já toma o comprimido à vontade, claro se houver disponibilidade da família para isso, nós não temos qualquer problema em fazê-lo, é mesmo uma relação muito próxima portanto, a esse nível então claro que sim. Mesmo nessa situação dessa senhora estávamos sempre em contacto com o filho porque ainda por cima a senhora vinha de fora, não era do Porto, portanto os médicos dela eram de fora tínhamos de ter o filho como interlocutor, porque não pode chegar aqui e fazer alterações na medicação sem todo o histórico e claro, usamos entre aspas, o filho nesse sentido e até aqui todos agradecem esta nossa postura. Portanto sim, a nossa relação com as famílias é muito próxima.

Entrevistadora: Conhece casos de idosos que cometeram ou tenham tentado suicídio? Não aqui, como já sei que não conhece.

Entrevistada: Não, aqui não... é assim, em boa verdade nós também tivemos outra senhora que tal como eu estava a dizer no início, eu nem sei se é correto aqui que eu disse (risos), mas que o facto de a determinada altura deixar de querer alimentar-se, e não estou a falar de uma senhora acamada mas de uma senhora que até era autónoma pronto, também tivemos essa situação ah, e que pronto foi necessário falar com a psiquiatria e com a família para que a senhora efetivamente... que eu acho que de certa forma isto foi atentado contra a própria vida, o deixar de comer, deixar de querer tomar a medicação, o dizer que se atirava para o chão, também tivemos essa senhora agora que estou-me a recordar. Portanto, respondendo à pergunta que entretanto perdi-me...

Entrevistadora: Nesse caso tentou, negligenciou-se certo? Era nesse sentido.

Entrevistada: Sim talvez. Pronto, a situação foi contornada lá está com o acompanhamento médico e com a família e que entretanto a coisa compôs-se.

Entrevistadora: Mas percebeu o que é que a levou...

Entrevistada: Eu não consigo identificar algum motivo, o que acontece é... a senhora em questão é uma senhora muito dependente da filha e que de alguma forma se a filha lhe chamasse à atenção por algum tipo de comportamento ela dava-lhe a paga “ai é? Então eu não como” então, eu creio que foi ali um bocadinho uma medição de forças e que depois acabou por se, não descontrolar porque nunca se descontrolou, mas que acabou por se tornar numa decisão quase da senhora de... porque ela verbalizava mesmo que “eu vou morrer e tu vais-te senti mal”. Eu creio que ali foi um bocadinho uma medição de forças com a filha e alguma chantagem mas pronto que com danoninhos foi. (risos)

Entrevistadora: Correu bem. (risos)

Entrevistada: Sim correu bem. (risos)

Entrevistadora: Quais são os fatores de risco do suicídio? Já foi mencionando alguns...

Entrevistada: Sim eu falo muito peço desculpa não sigo nada as perguntas. (risos)

Entrevistadora: É importante também, mas se se lembrar de mais algum... ou então, neste caso, fale-me antes de qual considera ser o maior.

Entrevistada: Pronto, como eu disse, é óbvio que temos de ter em consideração a estabilidade psicológica e que para mim a depressão, lá está a terceira idade é associada a perdas, perdas e perdas e perdas, a todos os níveis que eu já falei. Por acaso não é o caso aqui, porque nenhum dos senhores está em abandono, são famílias muito presentes mas eu acredito que... não posso dizer que é o maior porque lá está não faço ideia a nível de estatísticas como estará, mas para mim a depressão associada a todas essas perdas deverá ser o maior risco porque efetivamente são muitas, é a autonomia ao nível da funcionalidade, da utilidade e depois as perdas de pessoas com quem partilharam uma vida. Também temos muitas senhoras que, por exemplo aqui dizem “ eu tenho não sei quantos anos e já perdi um filho, o que é que eu estou aqui a fazer? Podia ele ou ela estar aqui, estar vivo”. Claro que isto são expressões esporádicas, muito esporádicas. Mas que eu acredito que se estas pessoas que estão totalmente apoiadas têm este tipo de desabafos, imagino aquelas pessoas que vivam, eu até nem sei se estatisticamente terá mais incidência a nível de grandes cidades ou no interior, não imagino naquelas aldeias onde já não há crianças, já não há jovens, os filhos saem e ficam meia dúzia de gatos-pingados já a perder todas as

competências que para ir ao hospital têm que se deslocar não sei quantos quilómetros, mas já não têm capacidade de o fazer sozinhos, acredito que isso tudo tenha bastante impacto.

Entrevistadora: Quais os fatores de proteção para o suicídio na terceira idade?

Entrevistada: Para mim, de proteção de prevenção...

Entrevistadora: É o que pode ajudar para que não...

Entrevistada: Ok, é de prevenção, no meu entendimento, claro. É como lhe digo e como já lhe disse, para mim na minha percepção, clinicamente haver alguma estabilidade, nós sabemos que a terceira idade é de perda de competências, mas o facto de estarem estáveis, pelo menos a nível psiquiátrico e emocional, é muito importante, portanto o estarem acompanhados clinicamente, ah ... para mim o afeto é muito importante, ah... e para mim enquanto terapeuta ocupacional tenho que puxar um bocado a brasa à minha sardinha... nem é puxar a brasa à minha sardinha, porque eu acredito mesmo nisto, é fundamental a ocupação, o afeto, o acompanhamento e estar atento a todos os sinais de qualquer tipo de desequilíbrio a esse nível. Só numa política de proximidade é que nós nos conseguimos aperceber de pequenas coisinhas que eles estão ali a matutar e que as pessoas às vezes até desvalorizam, mas aquilo um dia, dois dias, três dias, quatro dias começa a tornar-se um pequeno monstro ali dentro e que às vezes, lá está, é só isso “eu já tenho noventa anos e estou aqui”, às vezes até pelas notícias, morreram tantas criancinhas não sei onde, pronto o facto de haver uma política de proximidade e de estarmos atentos a todos os sinais, que lá está, também nos permite despistar a nível clínico muita coisa e de não deixar crescer o monstro. E pronto, claro, para mim a ocupação tem um papel muito importante.

Entrevistadora: Na sua opinião, a nossa sociedade está consciente desta realidade?

Entrevistada: Se está consciente, é assim, é um lugar comum nós dizermos que a população está envelhecida e como eu falei à bocadinha das aldeias que agora a nível de idades, a média de idades já é muito alta, agora relativamente ao suicídio em si não acredito. Aliás, eu considero-me uma pessoa informada e quando li o enquadramento pensei “sim, não se ouve falar disto”. E lá está a questão, que nós até dizemos muitas vezes de uma forma aligeirada “vou cortar os pulsos”, mas para mim não é só isso, não é vou cortar os pulsos, mas o vou-me deitar num sofá à espera de morrer, também é um grande alerta. E muito honestamente não, eu acho que não, ok que os nossos jovens agora também têm o problema dos trabalhos e de não sei o que, e acho que agora se dá mais importância a isso, ok eles não vão construir uma vida, mas acho que ninguém pensa naquelas pessoas que tiveram toda uma vida construída e que agora não têm nada, que vão morrer sozinhas e que se calhar vão morrer porque deixam de comer, vão morrer porque deixam de tomar a medicação, vão morrer porque os filhos já não querem saber, vão morrer porque estão fechados entre quatro paredes e não conseguem subir ao quarto porque têm escadas ou porque estão numa casa que não tem elevador, percebe? Para mim, não, a nossa sociedade não está alerta, nem acho que esteja minimamente consciente dessa realidade.

Entrevistadora: Então qual é que seria o melhor caminho a percorrer neste sentido, falando de um modo em geral em todos, falando em todos?

Entrevistada: De um modo em geral, olhe...

Entrevistadora: O que é que é necessário?

Entrevistada: O que é que é necessário? Primeiro, antes de mais quero-lhe dar os parabéns pelo estudo, porque sim, o falar das coisas que estão dentro da gaveta e que se calhar ninguém tem a consciência que elas estão dentro da gaveta é muito importante e depois de se pensar nisso e efetivamente de se estudar isso se calhar é, lá está, mas eu acho que ainda estamos numa fase muito precoce, pensar o que é que se pode fazer efetivamente e, é assim, é óbvio que o facto de os próprios filhos agora terem que trabalhar até muito mais tarde, eles próprios já estarem na terceira idade, porque a idade da reforma agora já está na terceira idade. Nós consideramos a terceira idade a partir dos sessenta e cinco e começa tendencialmente a puxar-se um bocadinho mais para trás e a reforma já está nos sessenta e sete. O que eu acho é que tinha que se que puxar a cassete um bocadinho atrás, que é, ninguém pensa em nada neste momento, muito honestamente, a nível de construção de vida, era o que eu estava a dizer, os jovens agora têm problema a nível dessa construção saem mais tarde de casa, têm filhos mais tarde, o que até pode vir a ser bom, porque os filhos hão-de ser mais novos quando nós formos velhos, não sei, mas que efetivamente não dá condições para nada, os avós não cuidam dos netos, porque estão a trabalhar, depois já ninguém cuida dos avós, porque está tudo a trabalhar. Eu acho que é uma pessoa faz o planeamento da reforma, se calhar tem que fazer o planeamento de uma vida. Acho que a esse nível, Portugal e muito honestamente não sei como esta o resto do mundo, mas acho que é “experimente, experimente estar numa casa com uma anca que não mexe direito, ou com uma cadeira de rodas que não entra no elevador ou uma cadeira de rodas que não desce escadas, já não ouve bem, portanto o que lhe dizem metade não é percebido e a outra metade dá azos a uma grande confusão, que estão a falar do que deu nas notícias e de repente acha que estão a falar de si e que perde a sua mulher, porque eu até acredito que isto seja pior para os homens, não faço ideia se é verdade. Mas lá está isto são tudo perceções, porque Diana, ontem eu tive claramente consciência disso quando vi o enquadramento, não se fala nisto, não se fala. Quais são as respostas para a terceira idade neste momento, lares, porque os filhos já não podem trazer os pais para casa, porque os pais também ficariam sozinhos, depois também há a questão do apoio domiciliário, mas a esse nível há sempre desconfianças, eu acredito que há muitas desconfianças. E já não tenho avós, já não tenho avós nem da parte da minha mãe, nem da parte do meu pai e muito honestamente vi muitas coisas que me desagradaram e não só os contentores, não são só lares, mas também os hospitais, e tendo um pai médico tenho grande consciência disso, para lá do que aparece na televisão, nas alturas do natal, que as urgências estão cheias e a maior parte é pessoas com mais de sessenta e cinco, mais de setenta, mais de oitenta, que está tudo cheio. O que eu faço aqui com os estagiários sabe o que é? É perguntar-lhes assim “tu gostavas que te fizessem isso, um dia se tudo correr bem tu vais ter essa idade, ou os teus pais vão ter essa idade ou se calhar os teus avós já têm essa idade. Gostavas que os teus avós fossem tratados assim, gostavas que os teus pais fossem tratados assim, vê-te daqui a uns anos a ser tratada assim? Trata as pessoas como gostavas de ser tratada”. E acho que apesar de tudo, isso é uma coisa que fica sempre na gaveta, que nós até nos podemos confrontar, mas que escolhemos adiar esse confronto “ok, logo se vê. Quando eu tiver que procurar alguém para cuidar dos meus pais ou dos meus avós, eu vou procurar uma coisa top, mas agora que estou a cuidar...”. E acho que a esse nível, é óbvio que nós não podemos mimetizar determinadas condições, mas quer dizer, nós temos imaginação para inventar aviões e essas coisas, não é, portanto imaginem-se...

Entrevistadora: Estamos num ponto muito bom. Qual é a imagem que tem de uma instituição de qualidade nesta área, pensando na sua que estou a ver que gosta imenso, mas imagine que tinha todos os recursos e mais além, tudo, o sonho da instituição de qualidade, não quer dizer que esta não seja.

Entrevistada: Claro, pensando numa ideal. Eu já falei efetivamente da instituição em que trabalho e que gosto bastante, e que só trabalho exatamente porque concordo com a política da instituição. Idealmente, não posso deixar de começar pelos rácios, ter mais colaboradores, para poder dar ainda uma resposta mais... não é mais adequada.

Entrevistadora: Pois, vocês estão com uma dificuldade, não estão?

Entrevistada: Estamos, sim senhor. Não, mas é uma coisa que nos surge diariamente, não só pela qualidade que lhes damos a eles, mas mesmo pela qualidade que damos aos nossos colaboradores, porque quando estão menos há uma maior subcarga, portanto a nível de rácios seria o ideal poder-se aumentar o número de colaboradores. Outra questão que eu acho também que era, e batendo um bocadinho também na pergunta anterior, que era bastante importante, ok eu aqui sei que tenho janelas em todos os quartos, sei que as casas de banho são todas adaptadas a eles, nós aqui temos pessoas que vieram de lares que estavam em quartos sem uma janela. Ora bem, se falamos em prevenção da depressão uma janelinha faz diferença, faz toda diferença. Portanto, eu acho que a nível de instalações aqui, eu acho que temos boas instalações, claro que se eu quisesse estar aqui a esmiuçar, podia arranjar quinhentas mil coisas que podíamos ter aqui, por exemplo um ginásio, embora eu faça ginástica semanalmente com eles, um espaço só direcionado para isso. Mesmo uma piscina, que eu tenho formação em hidroterapia para a terceira idade, e acho que o facto de ter a piscina, a água é um meio totalmente diferente, que elimina a gravidade, portanto permite trabalhar imensas coisas sem o peso da idade, também podia falar na piscina certamente. De poder levá-los a sair mais vezes, que aí também bate com os recursos, que acho que eles apreciam bastante.

Entrevistadora: Vocês fazem algum tipo de passeio conjunto, ou já fizeram?

Entrevistada: Sim, sim fizemos, o ano passado na altura do verão e por aqui à volta, eu vou com eles ao continente, se não for eu vai a Dra. Sofia ou a Dra. Isabel, mas mesmo o acompanhamento à fisioterapia tentamos sempre que possível acompanhar, mas mais uma vez bate nos rácios, ora bem para estar a sair eu, normalmente sair com uma auxiliar eu vou estar a tirar uma auxiliar à casa, e nós estamos acima do que é suposto a nível de prestação neste tipo de casas, mas se tivesse mais gente isso era cinco estrelas para poder fazer tudo e mais alguma coisa. Eu considero que eles aqui acabam por ter uma overdose de atividade, porque seja comigo em atividade de grupo, seja individual, seja com estagiários, seja com parceiros de fora que querem vir cá para fazer atividades, eles estão aqui um bocado quase em overdose. Mas, eu gostava de conseguir... pronto, os autónomos exigem muito de mim, eu gostava também de conseguir de chegar a uma altura e dizer assim, "ok meninos tudo bem, agora desenvolvem as atividades de forma, por exemplo, autónoma têm as palavras cruzadas, que eu deixo lá em baixo e os dominós e ter um bocadinho mais de atenção aos dependentes que eu acredito que ainda é uma das nossas falhas, que acaba por não ter impacto no suicídio, porque coitadinhos esses são os que não conseguem fazer, coitadinhos entre aspas, e estou a aligeirar um bocado as coisas, mas como a Dr. Isabel disse, mesmo para nós ou tornamos as coisas mais leves ou então mesmo nós deprimirmos porque também nos confrontamos com as limitações deles e antes das férias eu sai daqui com as coisas de uma forma, depois das férias chego, há sempre a possibilidade de um já ter falecido, portanto é por isso que nós de alguma forma aligeiramos a conversa, não tirando importância nem peso a nada. Mas sim, gostava de conseguir combater esta falha, para dar apoio aos mais... um trabalho mais especializado com os mais dependentes, mais pessoal, e a construir todo um castelo para ter todo o tipo de equipamentos para poder trabalhar mais coisas, embora nós aqui utilizemos tudo. Os meus colegas estão sempre a dizer que eu acumulo lixo, porque nós de tudo... que era aquilo um bocadinho relativamente à

criatividade, nós também fazemos árvores de natal com rolos de papel higiênico, portanto é um bocadinho por ai, se eu fosse pensar no ideal seria por ai, de recursos, essencialmente de recursos. Antes até da instituição abrir e eu quando a entreguei, andei por toda a casa de cadeira de rodas e de bengala, ou seja, eu tive oportunidade de fazer as minhas correções às instalações, mas sim, a esse nível seria isso e talvez que o INEM viesse mais cedo, que eles respondessem mais cedo e que as urgências não fossem o filme que são. Falando desta parte do INEM não temos até muitas queixas, mas das urgências... das urgências sim, dos internamentos, das altas precoces, aí há muito a melhorar, lá está corta-se no que não se deve, os ministros podem andar todos em altos carros, mas cortarem em enfermeiros e em médicos e encherem as urgências de gente que precisa de ter uma resposta quase imediata, por exemplo uma das coisas que nós temos que dizer sempre que ligamos para o INEM é “o senhor ou a senhora era autónomo” que é para ter a certeza que eles veem o mais rápido possível e que vai ser tratado como uma pessoa que fazia tudo e não como uma pessoa que já está acamada e que se calhar é melhor deixar ir.

Entrevistadora: Ok, essa noção não tinha muito, mas fazem bem, boa estratégia. Claro... temos que ser todos tratados da mesma forma.

Entrevistada: Claro que sim Diana, e vou-lhe dizer, é óbvio que nós não dizemos que era autónoma quando era completamente dependente, mas se fosse uma pessoa que no momento está a precisar de uma intervenção urgente, é dizer o nome idade e que era autónomo, era mesmo autónomo, que é para ver se eles veem rápido e se é tratado como uma pessoa que, lá está, vão aligeirar, mas que vão lutar por ele. Portanto, se estamos preparados, acho que não, há muita coisa para trabalhar sem dúvida alguma e a esse nível, não é a nível de suicídio, mas quase de homicídio. Mas isso é outra questão (risos)

Entrevistadora: Muito obrigada, foi ótimo.