

Um possível olhar do comportamento suicida pelos profissionais da saúde

A probable view of suicide behavior from health professionals

RODRIGO MOURA LOUREIRO*

RESUMO

Objetivo: Propiciar aos residentes da área da Saúde, principalmente os que trabalham nos Setores de Emergência Hospitalar, informações a respeito do fenômeno do suicídio, com o escopo de fornecer ferramentas cognitivas que permitam a adoção das medidas mais adequadas aos quadros apresentados.

Método: Revisão da literatura científica no campo da Suicidologia.

Conclusões: Uma vez que a estatística epidemiológica do suicídio tem crescido de maneira significativa e que o profissional da saúde poderá durante sua carreira se defrontar com um seu paciente que passe por essa tragédia, o conhecimento desse comportamento é de importância fundamental para que possa dar o tratamento ou o encaminhamento mais eficaz para aquela pessoa que se apresenta com esse problema.

DESCRIPTORIOS: SUÍCIDO/prevenção & controle; CORPO CLÍNICO HOSPITALAR; SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA; INTERNATO E RESIDÊNCIA.

ABSTRACT

Objective: To provide the residents of health sciences, particularly the ones that work in Emergency Departments, information regarding the phenomenon of suicide, in order to offer cognitive tools that allow the adoption of therapeutic strategies to the situations presented.

Methods: Review of scientific literature in the field of Suicidology.

Conclusions: Given that the prevalence of suicide has increased significantly and that the professionals of health may face such a tragic situation, the knowledge of this clinical presentation is of basic importance so one can offer the management most efficient for the patient who presents with this problem.

KEY WORDS: SUICIDE/prevention & control; MEDICAL STAFF, HOSPITAL; EMERGENCY SERVICE, HOSPITAL; INTERNSHIP AND RESIDENCY.

As pesquisas no campo da Suicidologia indicam que a natureza do comportamento suicida é complexa e como tal, constituída pela interação de diversos fatores etiológicos, de natureza biológica, psicológica, social, cultural e ambiental.

Quanto à dimensão biológica da raiz do comportamento em questão, a literatura especializada tem verificado a ocorrência de uma correlação entre a disfunção serotoninérgica e o suicídio com resultados consistentes, tendo como um

* Graduado em Psicologia e Bacharel em Direito. Pesquisador da Ciência da Suicidologia. Policial Federal – Secretaria Nacional de Segurança Pública – Ministério da Justiça.

de seus importantes marcos as primeiras publicações de Asberg et al. (1976)⁽¹⁾.

Tendo por parâmetro o fato de que na gênese do comportamento ora em análise se encontra uma convergência de elementos de dimensões distintas da natureza humana, o ponto de partida, para o profissional da saúde que se depara com um ser humano que tentou o suicídio e em função desse ato dá entrada em uma unidade hospitalar é a compreensão de que o ato extremo do qual se defronta é resultado de um processo de desestruturação composto de múltiplos fatores que culminou com a adoção de uma medida de tão extrema magnitude.

Os profissionais da área da Saúde tendem a apresentar uma certa incompreensão em relação à pessoa que tentou o suicídio, que se traduz em um desconforto emocional em ter que tratar o consulente com esse histórico. Como seres políticos que somos, todos nós, inclusive os especialistas em saúde, não estamos imunes de trazeremos toda uma carga cultural de repulsa e tentativa de afastamento daqueles que buscam sua autodestruição.

Como bem aponta Cassorla, ao invés de serem acolhidos nas Unidades de Saúde, por estarem debilitados em função de uma tentativa de suicídio ou por estarem confusos e com problemas dos quais o suicídio representou a única alternativa que lhes pareceu viável, tendem a ser menosprezados quanto aos sentimentos dos quais não conseguem elaborar de forma estruturada e passam, geralmente, a ser identificados como pessoas que estariam querendo chamar a atenção e que na verdade, não passariam de atores que estariam dramatizando fatos banais e, como tal, não mereceriam a atenção dos Centros de Saúde⁽²⁾.

Ainda segundo Cassorla, o ato suicida suscita naquele profissional que o atende uma violência, isto é, o atendente sente-se agredido e esse sentimento desperto explicaria, em parte, a dificuldade em lidar com uma pessoa que apresente um quadro de risco de comportamento suicida. Assumem, nesse ato, a agressão que a cultura imagina ser vítima. Um outro fator que faz emergir uma barreira entre a equipe de saúde e o suicida decorre do confronto que o suicídio promove, de termos que lidarmos com a nossa impotência frente à morte do outro e a consciência de nossa própria finitude⁽²⁾.

Cassorla chama atenção para o fato de que o profissional de saúde está comprometido com o ato de salvar vidas e, quando uma pessoa, vo-

luntariamente busca se matar, sente-se, mesmo que inconscientemente, ultrajado por aquele ato de menosprezo pela vida⁽²⁾.

Ao realizar uma ampla pesquisa, que envolveu equipes de especialistas em vários países, tendo como objeto o suicídio, a OMS constatou que os índices alarmantes dos casos de suicídio verificados em diversas nações exigiam a adoção de uma matriz metodológica que norteasse ações emergenciais coordenadas de prevenção do comportamento suicida.

Uma vez que os dados epidemiológicos do suicídio representam um quadro estatístico preocupante, a OMS passou a qualificar o suicídio como um grave problema de saúde pública e, como tal, sugere que os países adotem políticas públicas emergenciais de prevenção do suicídio. No esforço metodológico para orientar ações profiláticas, lançou em 1999 o SUPRE (Suicide Prevention Program).

No capítulo intitulado: Epidemiologia do Suicídio, Wang et al. nos apresenta a estimativa da OMS de que em 2020, aproximadamente 1,53 milhão de pessoas no mundo irão consumir o suicídio e, em relação às tentativas, esse número será de dez a vinte vezes superior. Esses índices correspondem a uma morte por suicídio a cada vinte segundos e uma tentativa a cada dois segundos⁽³⁾.

Ao tabular os resultados das investigações científicas realizadas nos diversos países que participaram do projeto, a OMS constatou que, ainda que o viés cultural exerça um relevante papel de influência, existe um núcleo de características comportamentais que tender a se manifestar nas pessoas que possuem a ideação suicida, independente do país em que o fenômeno ocorra.

Prieto e Tavares esclarecem a importância de se conhecer as taxas de incidência do suicídio e de suas tentativas nas diversas populações, além dos fatores considerados de risco, pois tais informações, uma vez cientificamente trabalhadas possibilitam o delineamento de estratégias preventivas e clínicas, envolvendo a identificação precoce do risco e a intervenção em crise⁽⁴⁾.

Uma vez que os traços comportamentais típicos podem ser identificados, torna-se viável a tempestiva intervenção terapêutica na pessoa com pensamentos suicidas em níveis que inspiram cuidados evitando, em certa medida, que o paciente passe do estágio de ideação para o de tentativa de suicídio ou até mesmo ao suicídio consumado.

Quando há a necessidade de se identificar o grau de letalidade do comportamento autodestrutivo, Tavares (2000) enfatiza a necessidade de se estar atento para alguns aspectos, no momento de avaliar o potencial suicida de uma pessoa: "história passada de tentativa de suicídio; grau de intenção suicida; letalidade do método escolhido e acessibilidade a este; freqüência de pensamentos suicidas; qualidade dos controles internos do paciente; presença de suporte social; história familiar positiva para suicídio; e depressão"⁽⁴⁾.

Em se tratando de uma intervenção terapêutica preventiva, frente a casos de tentativa de suicídio, que geralmente ingressam nas emergências médicas como casos de intoxicação medicamentosa ou por outro agente nocivo; casos de auto-mutilação, tais como as produzidas por armas brancas ou queimaduras, reverte-se de grande importância, para detectar o nível de periculosidade da intenção suicida, uma adequada anamnese, não só para um correto diagnóstico da questão de fundo dos sintomas aparentes, mas também como uma prevenção para que este paciente não corra o risco de tentar novamente o suicídio, ainda dentro da Instituição Hospitalar que o atende.

Corroborando a importância da identificação da intenção suicida, Meleiro nos aponta elementos que devem ser percebidos como sinais indiciários da seriedade da intenção suicida, tais como "a comunicação prévia de que iria ou vai se matar, mensagem ou carta de adeus, planejamento detalhado, precauções para que o ato não fosse descoberto, ausência de pessoas por perto que pudessem socorrer, não procurou ajuda logo após a tentativa de suicídio, método violento ou uso de drogas mais perigosas, crenças de que o ato seria irreversível e letal, providências finais (conta bancária, providenciar a escritura de imóveis, seguro de vida) antes do ato, afirmação clara de que queria morrer, arrependimento por ter sobrevivido"⁽⁵⁾.

Quando da necessidade da elaboração de um diagnóstico diferencial, para que se possa ter uma margem de confiança de que se trata de uma tentativa de suicídio que requer uma atenção mais especializada, é importante que o profissional de saúde tenha conhecimento dos chamados Grupos de Riscos, cujos transtornos psicológicos estão associados diretamente a uma maior probabilidade de apresentarem o comportamento suicida.

Em relação a esse tópico, na palestra proferida por Bertolote, no 1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio, um dos tópicos apresentados refere-se a uma revisão dos casos publicados na literatura sobre suicídio, de trabalhos de 1975 até os dias atuais. Dos casos de suicídio nos quais foram feitos diagnósticos psiquiátricos, em apenas 4% das pessoas estudadas, que cometeram suicídio, não foram identificados problemas psiquiátricos, do ponto de vista nosográfico.

Segundo os dados estudados por Bertolote, o número mais elevado dos casos, que corresponde a quase 40% da amostra, é composto de pessoas com Transtornos de Humor, isto é, com depressão, sendo a principal doença associada ao suicídio. Logo depois, representando quase 20% dos casos analisados, o suicídio está relacionado a Transtornos associados ao uso de substâncias e desses, 90% correlacionados a problemas com o alcoolismo. A esquizofrenia corresponde a 13,8% dos casos. Os transtornos da personalidade respondem por 12,3% e demais diagnósticos somados equivalem a 22,3%⁽⁶⁾.

No confronto com a realidade, por vezes torna-se árdua, para o profissional da área de saúde, a tarefa de estabelecer parâmetros confiáveis para analisar o nível de risco do paciente com pensamentos suicidas ou tentativas de suicídio. Pensando nesse óbice e respaldado nos resultados de pesquisas, a OMS estabeleceu alguns parâmetros que auxiliam a identificar pacientes com alto risco de comportamento suicida, e dentre esses o enfrentamento de eventos de elevado nível de stress. A relevância da realização da entrevista clínica decorre principalmente da possibilidade de serem identificados os fatores que predis põem ao comportamento suicida, sendo os principais:

- Transtornos psiquiátricos (geralmente depressão, alcoolismo e transtornos de personalidade);
- Tentativas anteriores de suicídio;
- História familiar de suicídio, alcoolismo e/ou outros transtornos psiquiátricos;
- Doença física (doenças terminais, dolorosas ou debilitantes, AIDS);
- Estado marital solteiro, viúvo ou separado;
- Viver sozinho (isolamento social);
- Desemprego ou aposentadoria;
- Luto na infância.

Se o paciente encontra-se sob tratamento psiquiátrico, o risco é maior naqueles que:

- Tiveram alta recentemente do hospital;
- Tem história de tentativas anteriores.

Além disso, fatores de vida estressores recentes que foram associados com um risco aumentado para suicídio incluem:

- Separação marital;
- Luto;
- Problemas familiares;
- Alterações no status ocupacional ou financeiro;
- Rejeição de uma pessoa significativa⁽⁷⁾.

Face ao exposto, é de significativa relevância que o profissional da saúde, principalmente os que trabalham no Setor de emergência dos hospitais, possuam a adequada informação a respeito da dinâmica do fenômeno suicida e dos comportamentos patológicos precedentes e diretamente relacionados ao suicídio para que um adequado diagnóstico possa ser elaborado e, por via de consequência, a intervenção terapêutica mais apropriada possa ser ministrada àquele que apresenta sinais característicos de comportamento suicida.

REFERÊNCIAS

1. Correa H, Viana MM, Romano-Silva MA, et al. Psiconeuroendocrinologia e comportamento suicida. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54:138-44.
2. Cassorla RMS. Psicodinâmica do suicídio [palestra]. In: 1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio; 2006 ago 17-8; Porto Alegre (RS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Wang YP. Epidemiologia do suicídio. In: Meleira AMA, Teng CT, Wang YP. Suicídio: estudos fundamentais. São Paulo: Segmento Farma; 2004.
4. Prieto D, Tavares M. Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr.* 2005;54:146-54.
5. Meleiro AMA. Suicídio. Laboratório de Neurociências. Instituto de Psiquiatria da USP [site na Internet] 2005 [capturado 2006 out 20] Disponível em: <http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=Suicidio>
6. Bertolote JM. Estratégias de prevenção do suicídio: o que dá certo? [palestra] In: 1º Seminário Nacional de Prevenção do Suicídio; 2006 ago 17-8; Porto Alegre (RS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
7. OMS. Prevenção do suicídio: um manual para profissionais da saúde em atenção primária. Genebra; 2000. World Health Organization Mental Health [site na Internet] 2006. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_phc_port.pdf

Endereço para correspondência:
 RODRIGO MOURA LOUREIRO
 Rua Afonso Taunay, 180/222
 CEP 90520-540, Porto Alegre, RS, Brasil
 Fone: (51) 3207-6678
 E-mail: nmenegonn@yahoo.com.br