

O JULGAMENTO CLÍNICO NO CONTEXTO DO RISCO DE SUICÍDIO

2011

Laís Macêdo Vilas Boas

Bacharel em Psicologia pela Universidade de Brasília - UnB. Tem experiência na área de Psicologia, Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia clínica.

E-mail:

macedovb@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo desvendar a elaboração da avaliação do risco de suicídio e do julgamento clínico, enquanto uma poderosa arma no âmbito da prevenção, bem como, investigar os instrumentos disponíveis publicados na literatura especializada. Atualmente o risco de suicídio é avaliado com base nos fatores de risco e de proteção, que auxiliam na identificação daqueles sujeitos que possuem uma maior ou menor probabilidade de cometerem suicídio. Entendemos que, para a elaboração de uma terapêutica adequada para cada caso é fundamental uma avaliação psicológica, porém essa prática não é um trabalho simples, afinal não há uma conduta única, é necessário que esse método envolva flexibilidade que englobe os inúmeros aspectos do suicídio. Conclui-se que para a elaboração do manejo da crise suicida é essencial uma avaliação de risco e devido à complexidade do fenômeno, faz-se necessário que o clínico promova uma avaliação ampla de vários indicadores.

Palavras-chave: Suicídio, julgamento clínico, instrumentos

O suicídio é um tema complexo que envolve várias áreas de estudo e atuação. As definições variam e focam diferentes aspectos, uma das demarcações de suicídio refere-se ao ato humano de causar a cessação da própria vida (Krug, 2003). Essa definição aponta que só pode ser denominado suicídio quando há morte, seja no momento ou por decorrência da tentativa, e caso tenha havido intencionalidade. O suicídio é uma ação voluntária contra a vida, ou seja, uma lesão auto-infligida, que resulta em morte (Botega, 2000). Caracteriza-se por ser um fenômeno complexo e universal que aparece em todas as culturas, classes sociais e idades, além disso a

causalidade é multivariada, pois abarca aspectos biológicos, genéticos, sociais, psicológicos (conscientes e inconscientes), culturais e ambientais.

Outros autores apontam para o uso de termo comportamento suicida, como Werlang e Botega (2004, citado por Montenegro, 2005), que revelam a idéia de comportamento suicida a partir de um *continuum*, este abarcaria o pensamento sobre auto-extermínio destruição, ameaças, gestos e tentativas de suicídio, até o suicídio consumado. O comportamento suicida é compreendido como uma ação implementada pelo sujeito que causa uma lesão a si mesmo independente do grau de letalidade e reconhecimento das motivações. Diferente da definição anterior, esta engloba vários comportamentos, desfocando da intencionalidade como um ponto fundamental e permitindo a agregação de vários aspectos dentro do *continuum*.

O suicídio busca a fuga de um problema ou crise que está desembocando em um sofrimento intenso e pode estar associado com necessidades frustradas, sentimentos de desesperança e desamparo, conflitos entre um estresse intolerável e a sobrevivência, de modo que provoca uma percepção vaga de futuro e poucas opções para sair dessa crise, onde o sujeito percebe somente a necessidade de escapar (Prieto, 2007).

A taxa de suicídio mundial gira em torno de 16 por 100 mil habitantes, com variações conforme sexo, idade e país. Observou-se um aumento de 60% nos índices de suicídio nas últimas cinco décadas, considerando-se os dados do mundo inteiro. O suicídio está entre as dez causas de morte mais freqüentes em todos os países do mundo, em alguns países, com sujeitos entre 15 e 44 anos, o suicídio ocupa a terceira posição. Apesar de, tradicionalmente, o grupo de risco ser ocupado por homens e idosos, os índices de suicídio têm aumentado entre pessoas jovens. Em 30 países são os jovens que representam o grupo de maior risco. Especificamente no Brasil o suicídio era a causa de morte estimadamente em 4,1 por 100 mil habitantes (OMS, 2000), em 2005 esse média subiu para 4,6 a cada 100 mil habitantes. Barros (1991) denuncia a subnotificação das mortes por suicídio e o déficit que isso pode acarretar aos estudos epidemiológicos. Tal ocorrência é atribuída ao estigma que envolve o tipo de morte, presente no âmbito hospitalar e na família do falecido. Estimativas mostram que para cada tentativa de suicídio registrada, existem quatro não conhecidas (Mello, 2000). Assim, a validade das estatísticas acaba por ser prejudicadas.

A mortalidade por suicídio representa mais que uma tragédia pessoal, é um grave problema de saúde pública. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 1998) formalizou um modelo de referência com recomendações que orientaram países e comunidades no sentido de prevenir o suicídio. Para tanto, tratou da necessidade de alargamento da conscientização da comunidade sobre os fatores de risco, da intensificação de programas e serviços de conscientização e de assistência e o desenvolvimento e refinamento da ciência sobre o tema, de forma a aumentar os recursos de prevenção e de ação sobre o suicídio.

O número de morte por suicídio tem aumentado expressivamente nos últimos anos, tornando-se umas das dez principais causas de morte com relação a todas as faixas etárias. Quando se trata de adolescentes e adultos é duas ou três vezes mais frequentes (Botega & cols, 2006). Clark e Fawcett (1992) revelam em um estudo que dois terços dos que cometem suicídio comunicaram nitidamente essa intenção a parentes próximos ou amigos na semana anterior, além disso metade dos que morrem por suicídio foram a uma consulta médica em algum momento do período de seis meses que antecederam a morte, e 80% foram a um médico no mês anterior ao suicídio.

Grande parte dos casos poderia ter sofrido algum tipo de intervenção por parte de profissionais da área da saúde mental se uma avaliação apropriada pudesse ter sido realizada. Atualmente o risco de suicídio é avaliado com base nos fatores de risco e de proteção, que auxiliam na identificação daqueles sujeitos que possuem uma maior ou menor probabilidade de cometerem suicídio. Tais fatores são os principais alicerces para a elaboração de um julgamento clínico, porém nem sempre é possível prever quem consumará o ato, afinal nenhum desses fatores pode, de modo independente, determinar ou evitar a situação de risco (Kutcher e Chehil, 2007). Destarte, pesquisas em Psicologia que auxiliem na elaboração de modos de realizar a avaliação clínica merecem mais atenção, tendo em vista que esse momento pode determinar a eficácia de uma intervenção.

O processo decisório

Para a elaboração de uma terapêutica adequada para cada caso é fundamental uma avaliação psicológica, porém essa prática não é um trabalho simples, principalmente no que se refere ao suicídio. Por este ser um fenômeno multicausal - compreende fatores internos e externos - e por englobar uma complexa relação entre vários fatores, como ambientais, culturais, sociais, relacionais, biológicos e psicológicos, que interagem e se potencializam no decorrer da vida do sujeito.

A avaliação psicológica tem por objetivo descrever, por meio de técnicas reconhecidas e de uma linguagem apropriada, a melhor compreensão de alguns aspectos da vida de uma pessoa, ou de um grupo. Um dado extraído de um teste pode ser validado e considerado fidedigno, com base em comparações entre resultados e observações a partir de fontes diversas, como outros testes, entrevistas e familiares. A idéia central é de que a observação sob diversos prismas propicia a apreensão de fenômenos que estão além do comportamento manifesto, ou sintoma, a fim de melhor ajudá-lo. Tavares (2003) aborda os vértices nomotético e idiográfico no processo de avaliação psicológica e no uso de técnicas específicas para esses fins, enfatizando que "a validade de um instrumento é expressa pelas qualidades ou pelos significados que podem ser associados a ele, e depende da rede de relações que ele estabelece com outros indicadores" (p. 127). O autor

ressalta, ainda, que mesmo os instrumentos que são dotados de sofisticados parâmetros psicométricos também devem ser avaliados pela ótica idiográfica.

O conceito de validade clínica revela uma técnica complexa e que exige várias competências, é necessário que as informações (nomotécnicas e idiográficas) se adéquem a um sujeito em particular. Assim, esta integraria a dinâmica dos padrões de resposta de um indivíduo em situações diversas. Nesse sentido, é fundamental um exame da totalidade das informações disponíveis.

No contexto de avaliação de risco de suicídio é importante que o julgamento aponte para uma terapêutica que efetive a prevenção e melhore a qualidade de vida do sujeito. O clínico pode decidir desde a liberação do paciente, um acompanhamento ambulatorial ou até a internação imediata. Nesse sentido, um modelo pode ser seguido, após uma avaliação clínica, que indica um tratamento específico após o enquadramento do risco em alguma das três classificações:

- Risco eminente: quando o clínico acredita que o sujeito poderá tentar suicídio o mais rápido possível e que, provavelmente, ele não retornará no próximo encontro (se houver) ou não chegará nem mesmo em sua residência. Indica-se chamar algum familiar ou responsável imediatamente para que ela seja informado do risco e possa atuar como rede social de apoio, em seguida, a internação é fundamental, para que o sujeito possa superar esse momento de crise.
- Risco em curto prazo: o clínico julga que nas próximas duas semanas o sujeito tentará o auto-extermínio. Nesse momento, a rede social de apoio precisa ser contatada e avaliada, para saber se terá condição de promover um monitoramento constante. Caso sim, as possibilidades de tratamento ambulatorial devem ser exploradas e medidas imediatas quanto a tratamento psiquiátrico e psicológico devem ser providenciadas. Caso não, indica-se internação.
- Risco em médio prazo: quando o clínico acredita que o se o sujeito tentar suicídio será somente em um mês ou dois. O indivíduo entra nessa classificação quando a rede social de apoio é efetiva e o tratamento ambulatorial é possível.

Risco em longo prazo não é trabalhado, pois, em certa medida todos estão correndo risco num período de tempo mais extenso. Sugere-se também que no caso de dúvida sempre escolher pelo risco mais grave.

É possível perceber que as medidas tomadas após o julgamento clínico variam bastante, e um erro pode acarretar um final trágico, quando no lugar de uma internação com monitoramento constante, o sujeito é mandado de volta para casa. Por outro lado, não se pode optar sempre por uma internação, isso acarretaria um gasto oneroso para o governo ou para a família, além de ser um sofrimento desnecessário em alguns casos. Por vezes, os profissionais de saúde tendem a avaliar o risco de qualquer situação como baixo, acreditando naquilo que diz o senso comum: quem quer realmente se mata. Então, se o sujeito já possui tentativas anteriores e não se matou de fato isso jamais passará de ideação ou tentativas consideradas fracas. Confiar nesse mito e não

escutar o sujeito, fornecendo uma terapêutica inadequada pode levar a sérias conseqüências que poderiam ser evitadas.

Passos e cols. (2009) retratam um caso de erro médico que teve como conseqüência a efetivação do suicídio de uma senhora de 62 anos. Ela foi levada para internação por seu filho, pois ele iria viajar. A paciente já havia passado por quatro internações e duas tentativas de suicídio. O médico internou, passou medicamentos, mas não indicou acompanhamento constante, como seria uma prática obrigatória do hospital. Além disso, permitiu que uma televisão fosse colocada em seu quarto (onde dormia sozinha), o que facilitou o acesso à métodos, afinal a paciente se matou por enforcamento com o cabo da TV. Esse artigo aponta para a negligência do profissional da saúde, mesmo diante de tantos indicadores de risco (tentativas anteriores, depressão, preocupação do filho). Destarte, as implicações da avaliação em caso de risco de suicídio são importantes, podendo ter como conseqüência a estabilização do paciente ou até mesmo a concretização do auto-extermínio.

Por ser um fenômeno completo e multicausal o risco de suicídio é muito difícil de avaliar. Além disso, a maioria dos sujeitos que tem histórico de tentativas ou de ideação não irá, de fato, morrer por suicídio, dificultando ainda mais a avaliação mesmo dentro do grupo de risco. O profissional não deve se agregar aos mitos que minimizam o sofrimento de um paciente em risco ou que não acreditam na efetivação do auto-extermínio. Ao contrário, faz-se necessário uma busca do profissional na saúde por um aprimoramento dos instrumentos para uma avaliação de risco de suicídio, visando o manejo da crise e uma intervenção adequada.

Em seguida serão trabalhados os elementos que aparecem na literatura especializada e são considerados fundamentais para o julgamento clínico, os fatores de risco e proteção; perfis epidemiológicos encontrados que podem auxiliar em programas de prevenção e na avaliação individual; grupos que devem receber uma avaliação de risco de suicídio e alguns instrumentos disponíveis.

Fatores de risco de proteção

Para julgar o risco de suicídio é fundamental avaliar os indicadores de risco de proteção (Associação Psiquiátrica Americana, 2003). A identificação desses fatores favorece uma ação preventiva com relação aos comportamentos suicidas, bem como permite que o clínico constitua uma estimativa do risco de auto-extermínio para um paciente específico, embasando a formulação de uma terapêutica adequada. Porém, nenhum fator de risco ou proteção isoladamente pode garantir o evento ou evitá-lo, de modo que é fundamental lançar um olhar sobre esses indicadores de forma agregada e inserido no contexto de vida do sujeito (Kutcher & Chehil, 2007). Afinal, ainda não há como afirmar com certeza que fatores combinados podem levar alguém a perceber o suicídio como uma saída.

Os fatores de risco para o evento suicida se caracterizam como os elementos que influenciam o sujeito a praticar comportamentos suicidas, já os indicadores protetivos revelam como alguns elementos podem servir de proteção impedindo que o sujeito leve à cabo o auto-extermínio, funcionando como um escudo (Sánchez, 2001). Rodrigues (2009) reúne os indicadores em oito grupos diferentes com vários elementos dentro de cada um. O primeiro é composto pelos comportamentos suicidas, que refere-se a história atual e pregressa e inclui as tentativas de suicídio, os comportamentos de risco, ideação, intencionalidade, comunicação suicida, além de conhecimento e acesso a métodos. O segundo trata dos transtornos mentais, ou seja, o histórico sintomatológico de transtorno do eixo I e II e suas comorbidade, bem como a ausência ou inadequação de tratamento. O terceiro grupo engloba os eventos de vida que ocorreram na história do indivíduo e contribuem para o desenvolvimento de vulnerabilidades, como violência, abuso sexual e antecedentes familiares de transtornos mentais e suicídios. O precipitadores compõe o quarto grupo e falam de eventos de vida situacionais desencadeadores da crise suicida – perdas recentes, mudanças ou notícias recentes ou repentinas. O quinto aborda os estados mental e afetivo, em outras palavras, os aspectos internos que interferem na capacidade de enfrentamento da situação de crise, por exemplo, a impulsividade, os afetos intoleráveis e a agressividade. Em seguida, no sexto grupo, incluem-se os fatores protetivos, ou seja, as circunstâncias da vida favoráveis que reduzem a vulnerabilidade e fortalecem a capacidade de enfrentamento. O sétimo agrupamento engloba a psicodinâmica do sujeito, a dinâmica psicológica própria para lidar com pessoas e situações que geram a urgência subjetiva do suicídio. Por fim, o oitavo grupo trata do contexto sócio-demográfico, que são os elementos sociais demográficos que contextualizam e compõe o perfil de risco.

A ideação, o planejamento e a intencionalidade podem ser destacados, pois estão presentes na maioria dos instrumentos para a avaliação e aparecem com frequência nos estudos e pesquisas. Em termos de definição a ideação suicida se refere ao pensamento ou idéia suicida, abarcando desejos, atitudes ou planos que o indivíduo tenha de se matar. De acordo com Kutcher e Chehil (2007) está relacionada a pensamentos, fantasias, ruminações e preocupações sobre a morte, auto-lesão ou morte realizada pelo próprio sujeito. A intencionalidade trata de uma tentativa intencional de transmitir estímulos nocivos a si mesmo. Kovács (1992) ressalta que dois aspectos devem ser levados em consideração quando se fala em intenção: a possibilidade ou não da reversibilidade do método implantado e a probabilidade de um terceiro intervir a tentativa (caso essa possibilidade seja alta a intenção diminui). A força da intenção também se relaciona com a crença subjetiva do quão letal é o método escolhido, mesmo que não corresponda à letalidade objetiva do método. O planejamento fala de uma preparação e viabilidade de por em prática o método escolhido. Alguns elementos desse plano apontam para um risco eminente, por exemplo, a letalidade alta, facilidade de acesso a métodos, dificuldade de interceptação de outros e a preparação do sujeito - como bilhetes e mensagens (Kutcher & Chehil, 2007).

Outro ponto que merece destaque é alta correlação entre transtornos mentais e suicídio, estes estão associados a mais de 90% dos casos. Entre eles se destacam: transtornos de humor, esquizofrenia, transtorno de personalidade e o uso/abuso de substâncias. Geralmente, mais de um transtorno é detectado entre as pessoas que tentam suicídio. (OMS, 2000). De acordo com Fawcett e cols. (1987) os depressivos são os que apresentam a maior taxa de suicídio quando comparado com outros transtornos mentais, os pacientes com esse distúrbio que cometem suicídio revelam características clínicas diferenciadas quando comparado com aqueles que não cometeram: fortes sentimentos de desesperança, perda da reatividade do humor e história de poucas amizades na adolescência.

Prieto e Tavares (2005) ressaltam que histórias de violência física e/ou sexual, negligência, rejeição e luto são episódios adversos de vida muito associados ao suicídio. Além disso, revelam que graves conflitos relacionais e perdas interpessoais significativas se caracterizam como os eventos precipitadores do comportamento suicida mais comuns. Os autores afirmam também que a decisão de cometer suicídio, em muitos casos, é realizada pouco tempo antes da tentativa, sugerindo impulsividade.

É possível perceber que essa combinação de fatores não envolve somente o momento presente e os sentimentos atuais, na verdade perpassa a história de vida do sujeito e de seus familiares. Portanto, é de fundamental importância que o clínico não se restrinja a fatores sociodemográficos ou a eventos isolados, uma investigação multifatorial e principalmente implicada na experiência de vida do sujeito é que podem auxiliar na formulação de um julgamento pertinente.

Perfis epidemiológicos

A literatura especializada aponta para o delineamento de dois grupos: suicídios consumados e múltiplas tentativas, com características epidemiológicas diferenciadas e diferentes fatores de risco. Esses dados merecem destaque por parte do clínico na medida em que pode embasar o julgamento de risco e a terapêutica.

Os estudos implementados por Botega e cols. (2005) visam avaliar a prevalência de ideação suicida, planejamento e tentativas ao longo da vida, além de apontar as variáveis relacionadas à ideação. Os fatores demográficos encontrados mostram que os principais fatores associados à ideação suicida são: sexo feminino, doença mental, uso de álcool e drogas, não ter um parceiro e estar numa situação desfavorável profissionalmente.

Hesketh e Castro (1978) realizaram um estudo descritivo dos casos de tentativa de suicídio atendidos por um Pronto Socorro do Distrito Federal. Os resultados encontrados mostram que as tentativas de suicídio são mais frequentes entre as mulheres. Outras diferenças de gênero também

foram encontradas: os homens possuem mais conflitos sócio-econômicos, apresentam maior intencionalidade e maior incidência de tentativas graves (com alta intencionalidade); já as mulheres apresentam número significativamente maior de conflitos com companheiro e conflitos com familiares, tentativas fracas (com baixa intencionalidade) e nessa amostra as mulheres têm melhor nível de renda que os homens. Etzersdorfer, Piribauer e Sonneck (1996) consideram que as mudanças na vida diária, nos papéis e na condição socioeconômica teriam aumentado o risco de suicídio entre os jovens do sexo masculino, enquanto na mulher não se observa este fenômeno.

Rapeli e Botega (2005) também tratam do grau de letalidade da tentativa e a existência de diferentes grupos. Foram encontrados três grupos: o primeiro se caracterizava por ser mais impulsivo e utilizar métodos menos letais, em sua maioria eram mulheres e o principal método é o envenenamento por medicação; o segundo, predominantemente masculino, tomaram pesticidas e os graus de letalidade e intencionalidade foram moderados; o terceiro grupo, também de maioria masculina, implementaram métodos mais violentos e o grau de letalidade e intencionalidade forma mais altos. De acordo com os autores o primeiro grupo é o mais comumente encontrado em salas de emergência, provavelmente pelo baixo grau de letalidade. Porém, a impulsividade é um ponto que merece destaque, de modo que não podem ser considerados um caso menos sério. Afinal, é uma tentativa e pode, de fato, levar a morte. O segundo e o terceiro grupo utilizaram métodos mais letais e provavelmente teriam morrido se não fosse pelo suporte médico. Esses caracterizam principalmente as pessoas que conseguem o auto-extermínio. Esses resultados revelam que existem diferenças importantes entre aquelas pessoas que geralmente tentam várias vezes com métodos menos letais e aquelas que normalmente conseguem se suicidar e implementam métodos mais letais.

Marín-León e Barros (2003) após analisarem a tendência de mortalidade por suicídio delinearam um perfil sociodemográfico. Ao considerar a causa básica, de acordo com o sexo, observou-se que os dois meios mais utilizados pelos homens foram o enforcamento e as armas de fogo, enquanto as mulheres utilizaram mais o envenenamento, depois armas de fogo e enforcamento. Nesse estudo também se constatou uma maior mortalidade masculina por suicídio. Os autores apontam também que nos suicídios consumados embora seja freqüente o comprometimento subjacente da saúde mental, em geral estão presentes problemas de relacionamento familiar ou econômicos, estes podendo estar associados ao suicídio.

Quanto à presença de psicopatologia nas mortes por suicídio Ernst e cols. (2004) estudam a presença desta a partir da autópsia psicológica. Os autores apontam para a possibilidade de todos os sujeitos que cometeram suicídio possuam algum tipo de transtorno psiquiátrico no eixo I ou II. Como os próprios pesquisadores colocam na discussão os resultados pode estar distorcidos pelo processo de luto passado pelos familiares do suicida ou até mesmo não possuir informações suficientes. Talvez mais que isso pode ser levado em consideração, após o suicídio os familiares podem significar alguns comportamentos anteriores de modo à patologizar o suicida, até mesmo em um movimento de justificar seu ato. Talvez os resultados do estudo apontem para a

necessidade de reavaliar o método da autópsia psicológica para tornar os diagnósticos mais fidedignos, inclusive para elaborar um perfil de sujeitos que de fato se suicidam (afinal, é diferente daqueles que possuem múltiplas tentativas). Portanto, parece precipitado por parte dos autores indicarem que os resultados apontam que todos os suicidas possuem alguma psicopatologia. Assim, tanto a metodologia da autópsia merece mais pesquisa, como a idéia de que o perfil de todos os suicidas incluem alguma psicopatologia.

A literatura da área parece apontar que existem dois grupos, suicídios consumados e múltiplas tentativas, sendo o primeiro composto principalmente pelo sexo masculino, com um caráter mais finalista e maior grau de letalidade, já o segundo envolvem várias tentativas, com baixo grau de letalidade e são compostos em sua maioria por mulheres. Os estudos caracterizam tal ato nos homens como a busca por uma saída drástica para seu fracasso pessoal (principalmente financeiro e social), enquanto que a mulher tenta controlar situações relacionadas a adversidades afetivas.

Nessa sessão foram apontados resultados parecidos de estudos realizados em diferentes regiões e épocas, apontando para uma possível generalização. Afinal, as taxas de suicídio por faixa gênero vêm ao encontro das extensas descrições da literatura, onde é encontrada uma incidência três a quatro vezes maiores no sexo masculino. Porém Schmitt e cols. (2008) em estudo realizado no extremo oeste de Santa Catarina, apesar de ter encontrado que os sujeitos do sexo masculino corresponderam a 78% do total de suicídios consumados no período de 1980 a 2005, os resultados também indicam uma “progressão” do suicídio entre mulheres adultas jovens e de meia-idade (entre 20 e 49 anos). Entre os homens, foi observada uma tendência de estabilização dos índices nos últimos cinco anos analisados (2000-2005). Destarte, esse estudo destaca o crescimento de tentativas de uma parte da população feminina em relação aos demais. Esses dados chamam a atenção porque advertem para o agravamento do problema do suicídio consumado em um grupo (mulheres) que comumente possui baixa incidência.

Apesar de uma generalização ser possível, são necessários mais estudos, pois esses dados estão sempre se modificando. Delinear esse campo demográfico encontrado é de extrema importância para a realização de políticas públicas que tem como alvo esses subgrupos. Enquanto clínico, o profissional não pode atribuir valor preditivo a esses fatores se algum cliente com essas características aparecer no consultório. Portanto, para um julgamento clínico mais preciso é necessária uma avaliação individual, que leve em conta a história de vida do sujeito e todos os elementos que envolvem o risco de suicídio.

Que tipo de sujeito “merece” uma avaliação de risco de suicídio?

Em um primeiro momento vale ressaltar que qualquer indivíduo que expresse ideação, intenção ou planejamento suicida precisa de uma avaliação imediata do risco bem como

procedimentos terapêuticos adequados. Porém, nem todos os sujeitos que estão em risco irão comunicar a algum familiar, amigo ou profissional da saúde, ou até mesmo nem tentaram o suicídio, porém o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico é fundamental seja para a prevenção do auto-extermínio, seja pela busca de uma melhor qualidade de vida. Então, que parte da população precisa de uma atenção mais dirigida quando se trata de risco de suicídio?

A literatura tem apontado a fase adolescência como a de maiores taxas de tentativas de suicídio. Cassorla (1987) referiu existir uma concordância na literatura de que a idade média das pessoas que tentam o suicídio tem diminuído nos últimos anos. Hesketh e Castro (1978) encontraram na sua amostra, no ano de 1976, a predominância das mulheres nas tentativas de suicídio, centrado entre jovens de até 25 anos. Andrade (1979) ao pesquisar as tentativas de suicídio em 1977 encontrou que no sexo feminino o maior coeficiente ocorreu no grupo etário entre 15 e 19 anos, enquanto que nos homens o coeficiente mais elevado foi entre 25 e 29 anos. Estudos, que se referem principalmente ao suicídio na adolescência, utilizam o termo “suicídio contagioso”, para definir um excessivo número de suicídios que ocorrem dentro de um espaço temporal curto ou em regiões geográficas próximas. Um suicídio facilitaria a ocorrência de outro, caracterizando uma imitação, esse contágio acontecer mediante o contato direto com a vítima, pela amizade com esta ou por comunicação midiática.

Assim, as publicações que envolvem essa temática demonstram que os grupos de adolescentes e adultos jovens parecem ser um dos mais vulneráveis dentre a população em geral, bem como foi visto nos perfis epidemiológicos, os homens adultos compõe o grupo de risco.

A Organização Mundial de saúde publicou um manual que auxilia professores e profissionais de escolar a prevenirem o suicídio, indicando que os adolescentes são uma preocupação. Outros manuais também foram publicados no sentido de prevenir o suicídio, estes foram direcionados para subgrupos como, sujeitos que buscam ajuda médica, presos e sobreviventes. Tais publicações apontam para a o delineamento de grupos que precisam de mais atenção.

De acordo com os dois grupos descritos anteriormente parece que homens com problemas financeiros e mulheres com problemas afetivos também se enquadram no campo que precisa de melhor avaliação. Bem como, as pessoas que possuem fatores de risco, como transtorno mental e histórico de abuso sexual. Assim, parece que toda a população em algum momento da vida irá se encaixar em algum grupo de risco (por exemplo, os adolescentes) e poderão precisar de uma avaliação mais detalhada, talvez todos os profissionais da saúde devam ter o risco como uma possibilidade, mantendo os olhos sempre abertos para qualquer indício que possivelmente surja.

Principais instrumentos disponíveis

Coletar os dados necessários para a formulação de um perfil de risco não é tarefa fácil, envolve não só o modo de recolher as informações, mas também como transformar em um julgamento clínico que permita a identificação rápida da intervenção mais adequada. Assim, será possível realizar um tratamento de prevenção mais eficaz (Kutcher & Chehil, 2007). A avaliação do risco de suicídio é um elemento primeiro no composto de ações que devem ser tomadas no sentido de prevenir e intervir. Porém, não há uma conduta única, é necessário que esse método envolva flexibilidade que englobe os inúmeros aspectos do suicídio. Como foi possível perceber os fatores de risco e proteção são muitos e não há uma fórmula que revela as combinações corretas, para que o sujeito seja compreendido é fundamental a análise de vários dados. A literatura aponta várias técnicas, entre elas está, principalmente, a entrevista clínica e o uso de instrumentos de auto-aplicação (testes, escalas).

A entrevista clínica é um conjunto de técnicas de investigação que faz parte de um processo amplo e complexo, possui um tempo delimitado para acontecer e um entrevistador treinado utiliza seus conhecimentos psicológicos para descrever e avaliar elementos não só individuais, mas também relacionais ou sistêmicos (Tavares, 2000). Essa técnica proporciona um acesso ao mundo interno do sujeito e do seu modo de se relacionar. A entrevista clínica é contextualizada, pois permite a coleta de dados detalhadamente a vida do sujeito e o aprofundamento de acordo com a peculiaridade e especificidade da situação. O clínico prioriza o individual, além de dados sociodemográficos, do diagnóstico psiquiátrico ou das circunstâncias de vida referentes à estatística de risco (Bisconer & Gross, 2007).

Uma grande vantagem da entrevista é a possibilidade de adaptação da linguagem para pacientes com baixa escolaridade. Por outro lado, demanda certo tempo de treinamento e formação por parte do clínico, bem como a própria duração do procedimento pode ser demorada. De acordo com Tavares (2000) a qualidade de uma boa entrevista depende em grande parte das habilidades do entrevistador, de modo que essa técnica pode ser facilitada caso haja por parte do clínico uma predisposição para estar disponível, boa tolerância a ansiedade e o domínio das técnicas. O autor trata também das classificações para a entrevista a partir da sua estrutura: estruturada, não-estruturada e semi-estruturada. A entrevista semi-estruturada possui um roteiro anteriormente elaborado, mas o entrevistador pode acrescentar perguntas se julgar necessário. Apesar de ser facilmente adaptável e flexível, atendendo as necessidades do psicólogo e do entrevistador, é ao mesmo tempo sistematizada. Essa parece ser satisfatória no contexto de risco de suicídio, pois algumas de suas características auxiliam na avaliação, como a sistematização da coleta e avaliação, investigação detalhada e individualizada, organiza as informações clínicas de maneira a facilitar a elaboração de laudos, auxilia na transposição de tabus e resistências que prejudicam a coleta de informações, beneficia a construção do vínculo e favorece o *insight*.

Desse modo, a entrevista semi-estruturada respalda o julgamento clínico e possibilita uma avaliação e intervenção mais eficaz e apropriada (Rodrigues, 2009).

Atualmente já existem algumas entrevistas semi-estruturadas, em seguida serão apontadas três internacionais e uma nacional:

- Chronological Assessment of Suicide Events – CASE (Shea, 1998): é uma estratégia, onde através de uma entrevista é possível destacar os pontos fundamentais com relação ao risco. A ordem é cronológica e envolve os seguintes passos: avaliação dos eventos suicidas apresentados, dos eventos suicidas recentes, dos eventos suicidas passados e dos eventos imediatos (ideação/planejamento de vida). Essa avaliação permite um encaminhamento posterior e as perguntas são elaboradas pelo próprio entrevistador.
- Guia de Avaliação do Risco de Suicídio- SRAG (Kutcher & Chehil, 2007): é um roteiro para direcionar a entrevista que passa pelos seguintes pontos: avaliação da tendência suicida (ideação, planos, acesso a meios), avaliação dos fatores de risco do suicídio, identificar o que está ocorrendo e identificar alvos para intervenção.
- Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI e MINI Plus (Amorim, 2000): O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria. Tanto ele como sua versão Plus são adaptados ao contexto clínico e à avaliação de pacientes mais graves, e representam uma alternativa econômica para a seleção de pacientes. Quanto ao risco de suicídio as perguntas envolvem: o desejo de estar morto, se já pensou, planejou ou tentou alguma vez na vida o suicídio. Os resultados são: risco baixo, moderado ou alto.
- História e Avaliação de Risco de Tentativa de Suicídio- HeARTS (Rodrigues, 2009): o objetivo desse procedimento é compreender e avaliar o contexto de risco de suicídio. Sua divisão em módulos engloba os seguintes elementos: principais tentativas de suicídio, determinantes internos e externos da tentativa mais recente, aspectos envolvidos na primeira e na pior tentativa (nos casos de múltiplas tentativas). São avaliadas também características internas precipitadoras da crise, considerando a capacidade de *insight*, e a natureza de pensamentos e ideação suicida. Por fim, há um aprofundamento no contexto pessoal, histórico de desenvolvimento pessoal e familiar mais delicados, entrando em temas como violência, abuso, negligência, transtorno mental e tentativas de suicídio na família.

Algumas escalas e questionários podem ser utilizados pelo clínico no momento da elaboração do julgamento. Serão apontadas alguns dos instrumentos mais utilizados na literatura:

- Suicidal Behaviors Questionnaire Revised (SBQR) –Osman, Downs e cols (1998): é um instrumento de auto-aplicação foca principalmente nos indicadores de risco, avaliando a frequência da ideação suicida, histórico de tentativas anteriores, probabilidade futura de

uma tentativa e se há história de ameaças de tentativas. É utilizado em sujeitos que apresentam ideação ou já tenham realizado uma tentativa.

- **Suicide Resilience Inventory (SRI)**(Osman & cols, 2004): Visa estudar a resiliência (força ou habilidade do sujeito para resistir a comportamento suicidas quando está em condições potenciais de risco) em adolescentes e jovens adultos. Avalia um amplo leque de estressores associados ao suicídio, focando principalmente em três aspectos: proteção interna, proteção externa e estabilidade emocional. De modo que, oferece informações para a elaboração de uma boa intervenção além de avaliar os fatores de proteção.
- **Positive and Negative Suicide Ideation Questionnaire (PANSI)** (Osman, Gutierrez & cols,1998): foi desenvolvido para avaliar não somente os fatores de risco ou proteção relacionados ao comportamento suicida, mas ambos. Avalia a frequência de pensamentos e sentimentos positivos e negativos relacionados ao comportamento suicida nas duas semanas anteriores à avaliação. O PANSI é composto por duas sub-escalas: Ideação Suicida Negativa e Ideação Suicida Positiva.

Importante notar que existem vários instrumentos disponíveis, então, o clínico deverá fazer uma seleção entre eles e escolher qual o se adéqua melhor ao contexto. As entrevistas em geral parecem ser mais amplas, envolvem vários conteúdos, possibilitam um contato mais direto, facilitando o *rapport* e uma coleta de dados contextualizada. Porém, pode demanda muito tempo e pode não ser adequada em situação que precisa de certa rapidez. Então, instrumentos de auto-relato pode ser uma avaliação mais pontual e transversal, encaixando-se bem em um contexto de emergência, por exemplo, ou de pacientes internados que não podem falar muito ou até mesmo não desejam fazer parte de uma entrevista longa. Porém, o clínico deverá saber que várias informações podem estar sendo perdidas ao se escolher somente esses instrumentos para realizar uma avaliação. Mesmo que se escolha somente um instrumento auto-aplicável devido as circunstâncias ou decisão do clínico é importante ressaltar que uma avaliação não é estática e pode ser complementada posteriormente. Entretanto, nem sempre é necessário fazer uma escolha, como já foi dito, uma avaliação pode juntar informações nomotécnicas e idiográficas, adequando-se a o sujeito em particular. Assim, uma avaliação mais completa poderia integrar a dinâmica daquele individuo específico em situações de entrevista e de instrumentos de auto-relato.

A contratransferência

A concepção de morte vem arraigada de outros conceitos, como de dor, finitude, desconhecimento e tristeza, além de explicitar para o homem a única certeza existencial, a sua própria morte. Porém, a morte por suicídio traz ainda algumas peculiaridades, é uma decisão por

parte do próprio sujeito de por fim a vida, não é ocasionada por um elemento externo ou inevitável, é uma ação do indivíduo contra si próprio (Cassorla, 1998). Para compreender o ato suicida é fundamental que o clínico compreenda os motivadores, portanto, o profissional precisa estar preparado para o desejo de morte e de impotência que pode despertar em si mesmo. Por vezes, os estigmas sociais e o preconceito podem levar o clínico a menosprezar a atitude do cliente ou até mesmo afetar seriamente sua saúde mental.

Mattioli (2004) trata do pensamento freudiano ao revelar que o contato com o paciente despertava no terapeuta sentimentos contratransferenciais que podem se exprimir de modo consciente ou inconscientemente no terapeuta. Em alguns casos, tais sentimentos podem acarretar alterações dos problemas relatados e uma atitude de descuido. O clínico deve estar sempre observando e resolvendo tais reações para que esta seja devidamente utilizada na compreensão do conteúdo inconsciente que está sendo analisado (Winicott, 1947). Ao reconhecer os elementos contratransferenciais o clínico pode estar abrindo mais um caminho para entender a dinâmica interna de funcionamento do paciente, além de se tornar mais presente emocionalmente para o cliente.

Para que essa postura se efetive é fundamental que o clínico sustente o compromisso ético e profissional, a partir de uma formação completa que englobe os três pilares: terapia pessoal, estudo teórico e supervisão. O primeiro é de suma importância quando se trata de reconhecimento em si mesmo de sentimentos fortes da contratransferência. Outro ponto relevante para a formação é a presença constante do debate teórico e tem como objetivo propiciar uma articulação, uma fusão entre teoria e prática, caracterizando-se como o ponto central da aprendizagem. O processo de supervisão visa à habilitação do candidato, assim, o supervisor deve estimular o desenvolvimento dessas aptidões. Bem como, estabelecer uma capacidade de perceber suas próprias dificuldades em um processo de aprendizagem (Schlesinger, 1981).

Conclusão

Para a elaboração de políticas públicas preventivas e do manejo da crise suicida é essencial uma avaliação de risco, porém a característica do evento suicida como multifacetado e multicausal também revela a dificuldade de fazer um julgamento abrangente e adequado. Existe uma combinação complexa entre perfis epidemiológicos e características individuais que devem ser vistos em conjunto no momento de fazer a avaliação e de elaborar políticas públicas.

Ao longo do trabalho foi discutido a complexidade de uma avaliação que engloba fatores de risco, de proteção, os sentimentos do clínico e grupos de risco. Bem como, foram apontadas algumas possibilidades de instrumentos que podem auxiliar no momento do julgamento, onde o clínico deve ponderar o uso da entrevista e dos instrumentos de auto-relato.

No caso do processo decisório em contexto de risco de suicídio, devido à complexidade do fenómeno, parece ser importante que o clínico não se prenda somente a informações como: intencionalidade e planeamento, faz-se necessário uma avaliação mais ampla de outros indicadores (por exemplo, coletar informações atuais e passadas mediante familiares). Afinal, é o processo de integração de vários fatores que revela a validade na clínica. Destarte, fica claro o papel de pesquisador do clínico, buscando sempre aliar os conceitos estudados teoricamente e a observação. Porém, no contexto de risco de suicídio onde parece que o ato investigar necessita de um diagnóstico eminente, não haveria tempo para o clínico fazer uma avaliação tão minuciosa, com todos os elementos aqui apontados. Talvez, nesse contexto seja necessária uma entrevista que englobe os inúmeros fatores indicados como de risco e proteção para que a terapêutica seja adequada. Além disso, o clínico pode contar também com testes, talvez não para formular um diagnóstico definitivo, mas para permitir que o tratamento mais apropriado se inicie. Importante ressaltar que a avaliação clínica é passível de falhar, de modo que nem sempre será possível prevenir um ato suicida.

Por fim, o elemento que parece alinhar todo esse processo é a subjetividade do clínico, que está para além da capacidade de conectar informações. A teoria e a técnica psicanalítica propõe uma posição ética de abstinência do clínico, em que sua escuta esteja sem pré-conceitos para uma fala que, geralmente, está encharcada de sofrimento e dor. O suicídio possui uma faceta de seu sofrimento no âmbito da mente, da psique, revelando também sua etiologia psíquica. Quando a esse tema Freud (1905) revela que “os leigos que gostam de rotular influências mentais desta espécie como ‘imaginação’, inclinam-se a demonstrar pouco respeito por dores devido à imaginação em contraste com as causadas por ferimentos, doença ou inflamação” (p.320), afinal mesmo que a causa esteja na suposta imaginação, afirma o autor, não deixam de ser menos reais ou violentas. Por muitas vezes o senso comum pode entrecortar essa escuta que deveria ser livre e voltada para o sujeito em questão.

O rigor metodológico exigido pelas ciências espera que o clínico-pesquisador apague sua subjetividade do processo e procure, objetivamente, dados que embasem o resultado final. Porém, a subjetividade do clínico está perpassando todo o processo, durante a coleta de informações e após, no momento de fechar o processo decisório. A contratransferência é a maneira mais evidente, afinal, trabalhando esse elemento o clínico pode se apresentar de modo disponível, uma disponibilidade emocional e subjetiva de ouvir o outro.

REFERÊNCIAS

Amorim, P. (2002) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 106-115.

Andrade, J.J.B.(1979) *Epidemiologia da Tentativa de Suicídio em Ribeirão Preto*. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Associação Psiquiátrica Americana (2003). *Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicide behavior*. Washington, DC: APA.

Barros, M.B.A. (1991) As mortes por suicídio no Brasil. Em: R. M. S. Cassorla (Orgs.), *O suicídio* (pp. 41-59). Campinas: Papyrus.

Bisconer, S. W. & Grosss, D. M. (2007). Assessment of suicide risk in a psychiatric Hospital. *Professional Psychology: Research and practice*, 38(2), 143-149.

Botega N.J., Barros M.A., Oliveira H.B., Dalgalarrodo P., Leon L.M. (2005) Suicidal behavior in the community: prevalence and factores associated with suicidal ideation. *Rev Bras Psiquiat*, 27(1):45-53.

Botega, N. J. (2000). Suicídio e tentativa de suicídio. Em: B. Lafer, O. P. Almeida, R. Fráguas Jr. & E. C. Miguel (Eds.), *Depressão no ciclo da vida* (pp. 156-165). Porto Alegre: Artes Médicas.

Botega, N. J.; Werlang, B. S. G.; Cais, C. F. S.; Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37 (3), 213-220.

Cassorla, R. M. S. (1987). Comportamentos suicidas na infância e adolescência. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36 (3), 137-144.

Cassorla, R. M. S.(1998) *Do suicídio: estudos brasileiros*. 2. ed. Campinas: Papyrus.

Clark, D. C., & Fawcett, J. (1992). An empiracally based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder. Em: D. Jacobs (Ed.). *Suicide and clinical practice* (pp. 55-73). Washington: Merican Psychiatric Press.

Ernst C, Lalovic A, Lesage A, Seguin M, Tousignant M, Turecki G.(2004) Suicídio e ausência de psicopatologia em eixo I. *Revista de Psiquiatria*, 6, 268-73

Etzersdorfer E, Piribauer F, Sonneck G. (1996) Sex differential for suicide among Austrian age cohorts. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 240-5.

Fawcett J., Scheftner W., Clark D., Hedeker D., Gibbons R., Coryell, W. (1987) Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorder: a controlled prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (1), 35-40.

Freud, S. (1905). Tratamento Psíquico ou Mental. Em: S. Freud. *Obras completas*. v. VII. Rio de Janeiro: Imago.

Hesketh, J. L.; Castro, A. G. de. (1978) Fatores correlacionados com a tentativa de suicídio. *Revista de Saúde Pública*, 12, 138-146.

Kovács, M. J. (1992) *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Krug, E. G. (2003). *Informe Mundial sobre la violencia y la salud*. Washington (DC): OPS/OMS.

Kutcher, S. & Chehil, S. (2007). *Manejo do risco de suicídio: um manual para profissionais de saúde*. Massachusetts, USA: Lundbeck Institut

Marín-Leon L. ; Barros M. B. A. (2003) Mortes por suicídio: diferenças de gênero e nível socioeconômico. *Revista de Saúde Pública* 37 (3): 357-63.

Mattioli, O.C.(2004) *Método psicanalítico e pesquisa científica*. Mimeo.

Mello, M.F.(2000). O Suicídio e suas relações com a psicopatologia: análise qualitativa de seis casos de suicídio racional. *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (1):163-170.

Montenegro, B. F. S. (2005). *Eventos de vida e risco de suicídio em estudantes de uma universidade brasileira*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

OMS (2000) Preventing suicide: a resource for general physicians. http://www.who.int/mental_health/media/en/56.pdf

Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, J. R., Besett, T. M. & Linehan, M. M. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A): development and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (8): 1063-1078.

Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. & Kopper, B. (2004). Suicide resilience inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports, 94* (3 Pt2): 1349-1360.

Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios & Chiros (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological Reports, 82*: 783-793.

Passos, A. de F.; Rocha, F. L.; Hara, C. & Paulino, N. (2009) Erro médico em psiquiatria: caso clínico. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 58* (1), 49-51 .

Prieto D, Tavares M. (2005) Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr., 54*(2),146-54.

Prieto, D. Y. C. (2007). *Indicadores de proteção e de risco para suicídio por meio de escalas de auto-relato*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.

Rapeli, C. B. , Botega, N.J. (1998) Tentativas de suicídio envolvendo risco de vida: internações em um hospital geral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria 47* (4): 157-162.

Fawcett J., Scheftner W., Clark D., Hedeker D., Gibbons R., Coryell, W. (1987) Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorder: a controlled prospective study. *The American Journal of Psychiatry, 144* (1): 35-40.

Prieto D, Tavares M. (2005) Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 54*(2),146-54.

Rodrigues, J. C. (2009) *A entrevista clínica no contexto do risco de suicídio*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Sánchez, H. G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology Research and Practice, 31* (4), 351-358.

Schlesinger; H. J. (1981) General Principles of Psychoanalytic Supervision. Em: Wallerstein R.S. (Ed.). *Becoming a Psychoanalyst*. New York: International University Press.

Schmitt, R.; Lang, M. G.; Quevedo, J. & Colombo, T. (2008) Perfil epidemiológico do suicídio no extremo oeste do estado de Santa Catarina, Brasil. *Revista de Psiquiatria, 30* (2), 115-123

Shea, S. C. (1998). The Chronological Assessment of Suicide Events: A Practical Interviewing Strategy for the Elicitation of Suicide Ideation. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 58-72.

Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. Em Jurema Alcides Cunha (Org.). *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Tavares, M. (2003). *Validade clínica*. *PsicoUSF*, 8 (2), 125-136.

WHO – World Health Organization. (1998). *Health XXI: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European region* (European health for all series n. 5).

Winnicott, D. W. (2000) O ódio na contratransferência. Em Winnicott, D. W. *Da pediatria à psicanálise* (D. Bogomoletz, Trad). Rio de Janeiro: Imago (Trabalho original publicado em 1947).