

FATORES DE RISCO PARA O COMPORTAMENTO SUICIDA: DIFICULDADES DE PREVENÇÃO

RISK FACTORS FOR SUICIDE BEHAVIOR: PREVENTION CHALLENGES

Juliana Aparecida Moreira Gueiros¹, Luciane De Rossi²

RESUMO

O comportamento suicida é um problema de saúde pública, os números são alarmantes e a ausência de informação e orientação da população está diretamente relacionado à dificuldade de prevenção. Ainda mais complexo é quando se tem esses dois fenômenos associados: comportamento suicida e transtorno psiquiátrico. A complexidade maior, pensando em ações preventivas, parece se dar pela necessidade da percepção dos comportamentos e manejo da situação, comportamentos esses que às vezes são muito sutis, mas que sinalizam tanto a eclosão de um transtorno psiquiátrico, quanto do comportamento suicida. O objetivo deste estudo foi descrever e discutir a respeito dos fatores de risco para a tentativa de suicídio a partir de um estudo de caso de uma paciente adulta hospitalizada em uma Unidade de Terapia Intensiva após tentativa de suicídio. Os dados dos atendimentos realizados com a paciente e seus familiares foram analisados a partir do referencial teórico psicanalítico. A paciente apresentou percepção delirante de um episódio no trabalho, que foi geradora de intensa angústia, levando à tentativa de suicídio. A angústia e a dor não encontraram via de expressão simbólica e foram transformadas em ato. Foram identificados fatores predisponentes ao suicídio, como a psicose, ambivalência e impulsividade. Evidenciou-se a importância do reconhecimento dos fatores de risco para a prevenção do suicídio.

Palavras-Chave: suicídio, tentativa de suicídio, prevenção do suicídio

ABSTRACT

Suicidal behavior is a public health problem, the numbers are alarming, and the lack of information and guidance for the population is directly related to the difficulty of prevention. It is even more complex when these two phenomena are associated: suicidal behavior and psychiatric disorder. The greatest complexity, when thinking about preventive actions, seems to be the need for the perception of behaviors and management of the situation, behaviors that are sometimes very subtle, but that signal both the onset of a psychiatric disorder and suicidal behavior. The objective of this study was to describe and discuss the risk factors for suicide attempt from a case study of an adult patient hospitalized in an Intensive Care Unit after a suicide attempt. The data from the interviews with the patient and her family members were analyzed based on psychoanalytic theoretical references. The patient presented a delirious perception of an episode at work, which generated intense anguish, leading to the suicide attempt. The anguish and pain found no way of symbolic expression and were transformed into action. Predisposing factors to suicide were identified, such as psychosis, ambivalence, and impulsiveness. The importance of recognizing risk factors for suicide prevention was evidenced.

Keywords: suicide, attempted suicide, suicide prevention

¹ Psicóloga Clínica e Hospitalar. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). E-mail: julianagueirospsi@gmail.com

² Psicóloga Encarregada da Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, atuando em Pronto-Socorro e Unidades de Terapia Intensiva. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo InCor (HCFMUSP) e Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da USP E-mail: luciane.rossi@hc.fm.usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o coeficiente de mortalidade por suicídio é consideravelmente baixo se comparado a outros países. Entretanto, os registros são expressivos e merecem atenção especial. Em 2012, segundo Botega (2015), houve 11.821 suicídios oficialmente registrados no Brasil, o que representa, em média, 32 mortes por dia. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) no ano de 2012 a taxa de suicídio foi de 800 mil mortes, o que representa uma morte por suicídio no mundo a cada 45 segundos, que também pode ser expresso pelo coeficiente de duas mil mortes por suicídio por dia.

Em termos globais, o suicídio é responsável por 1,4% do total de mortes. Ao fim de cada ano, constitui 50% das mortes violentas entre homens; 71% entre mulheres. O total de mortes por suicídio supera a soma de todas as mortes causadas por homicídios, acidentes de transporte, guerras e conflitos civis. Estima-se que as tentativas de suicídio sejam de 10 a 20 vezes mais frequentes do que o suicídio (Botega, 2015, p. 38).

Não há registros referentes às tentativas de suicídio no Brasil, nem no resto do mundo. As informações existentes em que são baseadas as estimativas são referenciadas, principalmente, por meio dos registros de serviços médicos.

De acordo com a epidemiologia apresentada é possível perceber não só a importância, mas a necessidade de se falar sobre o comportamento suicida (ideação suicida, tentativa e suicídio). Segundo Botega (2014), esse fenômeno é também um problema de saúde pública.

Edwin Shneidman, considerado pai da suicidologia, criou o neologismo *psychache* para denominar o estado psíquico do sujeito que está prestes a se matar. “Trata-se de uma dor intolerável, vivenciada como uma turbulência emocional interminável, uma sensação angustiante de estar preso em si mesmo, sem encontrar a saída” (Botega, 2015, p. 76). A *psychache* decorre de uma sensação de desespero, de não ter necessidades básicas psicológicas supridas, como a auto realização, a autonomia, o reconhecimento, o amparo, a evitação de humilhações, de vergonha e dor. Diante dessa condição de desespero e

desesperança, o sujeito sente a necessidade de um alívio rápido: a cessação da consciência que interrompe a dor psíquica – a morte. Numa crise suicida o sujeito não encontra outras alternativas para enfrentar os problemas (Botega, 2015).

Freud (1917/1996) descreve sobre os processos psíquicos dos estados de luto e melancolia e relaciona o suicídio ao estado melancólico. Compreende que na melancolia a agressividade direcionada a um objeto de amor perdido se volta contra o próprio sujeito, assim, o suicida busca atingir o objeto de amor perdido introjetado. Matando-se anula psiquicamente a perda do objeto e vinga-se do ambiente ou da pessoa que causou a sua angústia.

Botega (2015) salienta a respeito de um estudo com base em Freud e Ferenczi no qual chegam a conclusão que o ato suicida é um ato-dor, “circunscrito em uma dinâmica singular, na qual a força de conteúdos psíquicos irrepresentáveis leva ao predomínio do traumático, daquilo que escapa ao universo representacional do sujeito” (pg. 72).

Na psicanálise há duas maneiras de se compreender o ato suicida: a passagem ao ato e o acting-out. Calazans e Bastos (2010) referem que para Freud o acting-out (expressão derivada do *agieren* freudiano) é representado por aquilo que se furta à cadeia associativa para deixar-se mostrar em uma ação, ou seja, aquilo que o paciente não consegue simbolizar, pela via do psíquico, é expresso por meio do agir, por uma ação no mundo externo. Já Lacan entende que os atos e os sintomas são formas de resposta à angústia e faz uma diferenciação entre os dois termos, afirmando que o acting-out é fundamentalmente simbólico e possui um endereçamento ao Outro, enquanto que na passagem ao ato se tem um agir inconsciente, o sujeito sai de cena e não há um endereçamento ao Outro, é um ato fora do campo da simbolização. Para Lacan, o suicídio situa-se na vertente da passagem ao ato, como atesta a própria maneira de morrer, o sair de cena por uma morte violenta (Roudinesco & Plon, 1998).

Para compreender e atuar com prevenção é necessário conhecer os fatores de risco que determinada doença ou condição clínica apresenta. Botega (2015) afirma que alguns dos

fatores de risco para o suicídio são imutáveis, por se tratarem de características pessoais (como sexo, história de abuso sexual e tentativas de suicídio anteriores). Essas características não são passíveis de ações preventivas, mas são importantes sinalizadores de risco para o suicídio. Já outros fatores, como transtornos mentais, acesso a meios letais e estado emocional podem ser modificados e, portanto, constituem alvo de atenção clínica e de ações preventivas.

Na história do suicídio é possível notar, e importante incluir na análise dos casos, os fatores predisponentes, ou seja, fatores preexistentes que provocam a manifestação do quadro (transtornos psiquiátricos, tentativa prévia de suicídio, suicídio na família, abuso sexual na infância, impulsividade, agressividade, isolamento social, doenças incapacitantes, etc.) e fatores precipitantes, que ocorreram pouco antes do ato suicida (desilusão amorosa, separação conjugal, conflitos relacionais, perda do emprego, desonra, vergonha, embriaguez, fácil acesso a um meio letal, etc.). O comportamento suicida é multideterminado por um conjunto de fatores internos e externos ao sujeito e que possuem uma combinação complexa e variável. (Botega, 2015).

Segundo Santos et al. (2009), os fatores de risco para o suicídio são os fatores sócio demográficos, clínico-epidemiológicos, história de tentativa prévia de suicídio e transtornos mentais. Os transtornos psiquiátricos e o histórico de tentativas de suicídio são os principais fatores de risco para o suicídio. Dentre os transtornos psiquiátricos relacionados às tentativas de suicídio destacam-se a depressão; dependência de álcool; transtorno de estresse pós-traumático; esquizofrenia e personalidade antissocial.

Esses estudos documentam um elo consistente entre dois grupos de fenômenos: comportamento suicida e transtorno mental. Não se trata de afirmar que todo suicídio relaciona-se a uma doença mental, nem que toda pessoa acometida por uma doença mental vá se suicidar. Entretanto, não se pode fugir da constatação de que uma doença mental aumenta a vulnerabilidade e está presente na quase totalidade dos casos de suicídio (Botega, 2015, pg. 110).

Compreende-se, portanto, que indivíduos com transtorno psiquiátrico possuem risco aumentado de apresentarem comportamento suicida. Botega (2015) afirma que a ideação suicida pode ser consequência de um estado delirante.

Pacientes que se sentem aterrorizados por seus delírios persecutórios e por alucinações auditivas agressivas que comandam suas ações (incitando a agredir pessoas, ao homicídio, ao suicídio) têm risco aumentado para o suicídio. (...) Transtorno delirante, em pacientes que sofrem de transtorno delirante crônico (principalmente com delírios persecutórios e delírios somáticos), a porcentagem dos que manifestam comportamento suicida (ideação, tentativas e suicídios) aproxima-se do observado na esquizofrenia, entre 8 e 21% (Botega, 2015, pg. 127).

Castro e Vorcaro (2014) associam a passagem ao ato à psicose, indicando que o psicótico é mais propenso a transformar em ato suas angústias, pois na psicose a angústia é difusa, o sujeito encarna o objeto e há déficit na capacidade de simbolização e de referir ao desejo do Outro. O psicótico é lançado mais facilmente ao ato, pois não se tem o limite da fantasia, não há contenção à angústia. Já na neurose a angústia aparece ligada ao Outro, possui um contorno e uma simbolização que lhe sustenta, temos então a presença do acting-out, segundo a teorização lacaniana.

A psicose, termo mais abrangente e que nos textos sobre suicídio se encontra, em especial, a esquizofrenia como o transtorno psicótico relacionado ao risco de suicídio, é entendida pela psiquiatria como um estado psíquico caracterizado pela perda da realidade, podendo ocorrer episódios de alucinações, delírios, desorganização do pensamento, agitação psicomotora, sensação de angústia intensa, ausência de insight do indivíduo sobre a natureza dos sintomas e comprometimento do juízo crítico da realidade (Del-Bem et al., 2010).

Na psicanálise, Freud (1923/1987) caracteriza a psicose como um conflito entre o ego e o mundo externo, o ego na psicose passa a criar um novo mundo interno e externo. Esse mundo interno é constituído pelos impulsos desejosos do id e o mundo externo corresponde a alguma frustração muito séria de um desejo, por parte da realidade, frustração essa que parece intolerável. O efeito patogênico ocorre quando o ego não suporta uma tensão conflitual

desse tipo, não consegue permanecer fiel ao mundo externo e silenciar o id e diante disso é arrancado da realidade.

Louza Neto (2000) afirma que a psicose e sua deterioração tem início vários anos antes das manifestações positivas. “O longo período prodrômico que antecede a procura por tratamento caracteriza-se por sintomas inespecíficos, tais como dificuldade de atenção e concentração, insônia, ansiedade, isolamento social e irritabilidade” (Louza Neto, 2000, p. 45). A demora em iniciar a procura por tratamento tem importante influência no prognóstico do paciente, por isso o autor destaca o primeiro episódio psicótico como “oportunidade única no tratamento” (Louza Neto, 2000, p. 45). O início do tratamento farmacológico com antipsicótico é essencial para o controle dos sintomas. Giacon e Galera (2006) afirmam que a tolerância de resposta a esses medicamentos é de seis a oito semanas após o início do uso.

Segundo Carvalho e Costa (2008), a crise psicótica não se manifesta de forma aleatória e abrupta, há um momento anterior à eclosão em que é possível observar algumas alterações sutis na vivência do sujeito, essas alterações são entendidas como pródromos que se caracterizam por isolamento social, deterioração do funcionamento social, comportamento estranho, embotamento afetivo ou afeto inapropriado, alteração do discurso, crenças e pensamentos mágicos, percepção incomum das experiências e falta de iniciativa, interesse ou energia. Os pródromos não caracterizam o transtorno psicótico em si, mas sim um período que antecede o surgimento da psicose, e, uma vez possíveis de serem reconhecidos, podem auxiliar na interrupção da progressão da psicose ou facilitar no tratamento após o surgimento.

Na análise do início do adoecimento, observou-se que os pacientes começaram apresentando mudança de comportamento sutil, caracterizada por uma sensação de medo que levou a um gradual afastamento social. Esse medo inicial, quando ainda não havia nenhum sintoma psicótico, pode ser interpretado como pródromo. Porém, no momento em que este se exacerba e se conecta a uma crença engendrada e fantasiosa, passa a ser visto como sintoma negativo decorrente, por exemplo, de delírio (Carvalho & Costa, 2008, p. 162).

Em relação à assistência em saúde aos pacientes que sobrevivem a uma tentativa de suicídio, Gutierrez (2014) afirma que o cuidado ofertado pela equipe multiprofissional é

fundamental para ajudar o paciente a suportar o sofrimento e passar pelo momento de crise. Os pacientes após a tentativa de suicídio geralmente estão muito fragilizados e os seus familiares encontram-se assustados com o fato, preocupados com o paciente e em alerta para o que possa acontecer. Por isso, é fundamental a presença de um cuidado humanizado, de dedicação e empatia durante o convívio com esses pacientes e seus familiares.

Segundo Gutierrez (2014) as cinco maiores fontes de prevenção do suicídio estão relacionadas à educação e aos programas de conscientização do público em geral e profissionais; aos métodos de rastreamento para indivíduos que apresentem alto risco; ao tratamento para transtornos psiquiátricos; ao acesso restrito a métodos letais e ao papel da mídia. A assistência integral ao paciente, a consideração dos aspectos biopsicossociais, a educação continuada da equipe para que conheçam e se instrumentalizem no cuidado aos pacientes com comportamento suicida e ainda, e não menos importante, uma intervenção de política de saúde pode contribuir de forma essencial e eficaz para a prevenção do suicídio e recuperação desses pacientes.

Compreende-se, portanto, que o comportamento suicida é um fenômeno biopsicossocial que requer atenção pela sua expressividade, por causar danos físicos e emocionais aos sobreviventes e familiares que vivenciam algo que, apesar de pouco discutido na sociedade, é tão presente e expressa sofrimento e dificuldades de manejo de quem vivencia essa situação. Há ainda, a compreensão de que há uma maior dificuldade quando o comportamento suicida está associado à eclosão de uma psicose, pois demanda dos familiares e rede de apoio a percepção tanto dos pródromos da psicose, quanto do comportamento suicida para que se possa tomar alguma atitude preventiva efetiva.

O objetivo deste trabalho foi descrever e discutir a respeito dos fatores de risco para a tentativa de suicídio de uma paciente adulta hospitalizada em uma Unidade de Terapia Intensiva após tentativa de suicídio.

MÉTODO

Foi realizado um estudo de caso baseado em sete atendimentos psicológicos à paciente e dois atendimentos a familiares realizados durante a internação da paciente em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital geral terciário da cidade de São Paulo em maio de 2016. Os atendimentos de psicoterapia breve de orientação psicanalítica tiveram duração média de cinquenta minutos. Os dados dos atendimentos foram registrados e selecionados os trechos que interessam ao objetivo deste estudo. Os dados foram analisados a partir do referencial teórico psicanalítico.

Apresentação do Caso

A paciente, identificada com nome fictício de Fabiana, 39 anos, divorciada, dois filhos adolescentes, residia com os filhos e uma irmã. Técnica de enfermagem e recém-formada no curso de instrumentação cirúrgica.

Fabiana deu entrada no Pronto Socorro de um hospital geral terciário da cidade de São Paulo por tentativa de suicídio por meio de precipitação de altura (queda de 20 metros, 6º andar do prédio) em maio de 2016. Foi transferida para a UTI um dia após sua entrada, onde permaneceu por dez dias. Apresentou hemorragia subaracnóidea (HSA) leve, lesões de arcos costais, fratura complexa de pelve e tíbia à esquerda e estava com fixador externo da pelve, joelho e tornozelo esquerdo. O atendimento psicológico foi solicitado verbalmente por uma fisioterapeuta da equipe que justificou o pedido por ser uma paciente de tentativa de suicídio e por negar-se ao contato com a equipe após a extubação, o atendimento foi solicitado após três dias de internação na UTI.

RESULTADOS

Segundo relato dos familiares (sobrinho, prima e irmã), Fabiana teve um desentendimento com uma colega de trabalho e enviou uma mensagem que falava sobre esta

pessoa em um grupo de mensagens com os demais funcionários da clínica em que trabalhava, quando a intenção era ter enviado para uma só pessoa. Após este episódio, apresentou-se inquieta, dizia que seria presa, que havia cometido crimes, que perderia seu Coren (registro profissional de enfermagem) e que seria demitida por justa causa. Nos dias seguintes, Fabiana não foi trabalhar e manteve o comportamento alterado e discurso fixo nesse episódio. Os familiares ficaram com ela em seu apartamento, a pedido do filho mais velho que percebeu a alteração comportamental da mãe. Perceberam que, ao cozinhar, ela parecia que se cortaria com a faca, em outro momento Fabiana chamou o sobrinho no quarto e disse para ele cuidar dos filhos dela.

Os familiares a levaram para um serviço de pronto atendimento, contra a sua vontade, no qual foi atendida por um psiquiatra que a medicou e prescreveu um antipsicótico (risperidona) e a liberou para casa. Relataram que Fabiana não disse nada ao psiquiatra, ficou o tempo todo em silêncio. No dia seguinte, Fabiana ficou em seu apartamento acompanhada pelos familiares, em dado momento, foi para o quarto, trocou a roupa por uma combinação toda em preto, voltou para a companhia dos familiares, pediu para tirar uma foto com o sobrinho e solicitou que ele publicasse em uma rede social. Ele o fez e foi embora, ficando com ela a esposa desse sobrinho e o filho, os filhos dela e a irmã. Fabiana se jogou da janela da sala, onde estavam todos os familiares. Havia deixado um bilhete no bolso da calça, que usou no dia anterior à tentativa de suicídio, no qual pedia desculpa aos filhos, dizia que seria presa e que perderia seu registro profissional, por isso não tinha “como continuar” (sic).

Foi realizada entrevista psicológica com familiares da paciente que negaram tentativa de suicídio anterior e diagnóstico psiquiátrico prévio, afirmaram ter antecedentes psiquiátricos na família (familiares com depressão e esquizofrenia). O sobrinho falou que tentou conversar com Fabiana, tentou acalmá-la dizendo que nada daquilo aconteceria, tentou “tirar essas ideias da cabeça dela” (sic) e por ter percebido que ela estava muito diferente, agitada e com discurso incoerente a levaram ao pronto atendimento.

Na entrevista psicológica com a irmã que mora com Fabiana, ela mencionou que não entendia o que havia acontecido, disse que Fabiana sempre foi alegre, trabalhava muito e estava sempre disposta a ajudar as pessoas. Disse que o único episódio “estranho” (sic) havia acontecido há dez anos quando Fabiana “cismou que o vizinho iria invadir a sua casa, ela colocou isso na cabeça e não saía por nada, mas daí ela viajou e quando voltou, estava normal” (sic).

A chefe de Fabiana, dona da clínica na qual trabalhava, referiu que ela sempre “implicou” (sic) com a colega de trabalho, mas nunca tinham discutido. Disse que Fabiana apresentava discurso persecutório, dizia que achava que as pessoas a estavam seguindo na rua e que pessoas do trabalho queriam prejudicá-la. Afirmou que Fabiana sempre foi uma boa profissional, mas que após a discussão, “ela ficou transtornada, saiu dizendo que tinha cometido crimes, que tinha feito algo errado, mas ela não fez nada demais, foi só uma discussão com a outra técnica e o envio de uma fofoca no grupo do trabalho” (sic).

No primeiro atendimento psicológico Fabiana apresentou humor deprimido, discurso confuso e desorientação temporal. Chamava pelo nome da irmã (que não estava no local no momento), falou sobre o desejo de morrer e que pulou da janela por sentir inveja de uma colega de trabalho. Mencionou “ela é melhor que eu em tudo” (sic), disse ter cometido crimes, repetiu por diversas vezes “eu consegui acabar com a minha vida” (sic), parava de falar, fechava os olhos por vezes durante o atendimento e não respondia às perguntas que lhe eram feitas. Já no segundo atendimento, se apresentou mais calma, referiu que seu ato não tinha valido a pena e que quem estava sentindo dor era ela, que havia se arrependido, não sabia explicar o que pensou e sentiu no momento que antecedeu ao ato, negou ideias suicidas, repetiu a respeito da discussão no trabalho, disse que se sentiu ofendida, estava trabalhando muito, sem momento para o lazer e que pensava em mudar algumas coisas em sua vida, como trabalhar menos, ter mais tempo para os filhos e para ela mesma. Após esses dois atendimentos da psicologia, Fabiana foi atendida pelo serviço de psiquiatria do hospital e iniciou o tratamento medicamentoso com risperidona e quetiapina, ambos antipsicóticos.

No terceiro atendimento psicológico, Fabiana referiu que se sentia “distante da realidade” (sic), se sentia “estranha” (sic) e não conseguiu explicar essa estranheza. Mencionou que quando acordou pensou que estava com “roupa de presa” (sic), que pensava que o filho mais velho havia se jogado da janela também, que imaginava que ele estava na mesma situação que ela, que ouvia a voz dele, mas que naquele momento sabia que isso não tinha acontecido e que ele estava bem. Disse que às vezes enxergava uma “nuvem cinza” (sic) sobre ela. Ao falar sobre a briga no trabalho, chorou, e disse não entender porque isso motivou sua tentativa de suicídio. Fabiana versou sobre esses fenômenos com muita estranheza e demonstrou-se angustiada ao relatar o que aconteceu.

No quarto atendimento psicológico, a paciente oscilou novamente e referiu insônia, que estava se sentindo angustiada e a única coisa que conseguia pensar era em “acabar com tudo, desligar os aparelhos e dormir, dormir para sempre, sem sentir dor” (sic). Disse que não conseguia pensar em continuar a viver, em como poderia ser sua vida no futuro, que não conseguia se preocupar com seus filhos. Os familiares a visitavam, falavam sobre seus filhos e sobre seu desejo de visitá-la e ela dizia não sentir nada, nem pelos familiares, nem pelos filhos. Pedia para falarem para os filhos que ela estava bem, disse, “mas é mentira, eu não quero viver” (sic). Fabiana referiu não entender o que estava acontecendo com ela, porque não sentia nada por ninguém, porque só conseguia pensar em “dormir para sempre” (sic).

No quinto atendimento, a paciente referiu que não se preocupava com os filhos, não sentia amor por eles. Referiu não querer que os filhos fossem visitá-la e a vissem “assim, sem conseguir sentir nada, vou receber eles fria, sem emoção, eles esperam que eu esteja arrependida, triste, com saudades deles, mas eu não consigo” (sic). Num outro momento, depois do atendimento ser encerrado, a paciente chamou pela psicóloga e disse que recebeu a visita de um dos médicos que trabalhava com ela e disse, chorando, “eu senti, eu chorei, eu consegui sentir” (sic). Depois disse que viu na TV que estava com greve de ônibus e se preocupou com seus filhos, pensou em como eles chegariam em casa após saírem da escola. Mencionou “é muito ruim não sentir nada, não conseguir sentir emoção, não sentir amor pelas

pessoas” (sic), e referiu “não estou mais com o pensamento de desligar os aparelhos” (sic). Referiu preocupação pela alta da UTI e transferência para uma enfermaria em outro instituto, perguntou à psicóloga se ela continuaria sendo acompanhada por ela e, quando dito que seria acompanhada por outra profissional, Fabiana chorou. Referiu que se acostumou com a equipe da UTI e não gostaria de mudar, demonstrando afeto.

A paciente foi orientada que o atendimento psicológico poderia ser realizado na enfermaria por outro profissional e o atendimento psicológico na unidade foi encerrado em decorrência da transferência para outro instituto.

DISCUSSÃO

Diante da revisão bibliográfica realizada e da apresentação do caso deste estudo é possível perceber o quão complexo são esses dois fenômenos associados: comportamento suicida e transtorno psiquiátrico. A complexidade maior, pensando em ações preventivas, parece se dar pela necessidade da percepção dos comportamentos e manejo da situação, comportamentos esses que às vezes são muito sutis, mas que sinalizam tanto a eclosão de um transtorno psiquiátrico, quanto o comportamento suicida.

Segundo Carvalho e Costa (2008), a crise psicótica não se manifesta de forma aleatória e abrupta, mas há um momento anterior à eclosão em que é possível observar algumas alterações sutis na vivência do sujeito, assim como também acontece no comportamento suicida. A dificuldade, portanto, é em como manejar a situação com o sujeito diante dos fatores de risco a fim de prevenir a tentativa de suicídio.

A respeito dos fatores de risco para o suicídio, é possível identificar no caso o que Botega (2015) definiu como fatores predisponentes e precipitantes, como por exemplo, quando a irmã de Fabiana referiu sobre um quadro persecutório há dez anos (crença de que um vizinho tomara a sua casa) e a chefe que contou sobre Fabiana apresentar, por diversas

vezes, persecutoriedade relacionada aos colegas de trabalho e também com pessoas desconhecidas na rua, situações essas que indicam o transtorno mental como fator predisponente. Como fator precipitante tem-se a evidência da eclosão da psicose, o delírio desencadeado após a discussão e o envio incorreto da mensagem que suscitaram sentimentos de vergonha, humilhação, crença de que perderia o emprego, seria presa e que não havia, naquele momento, nenhuma outra saída e solução para seus problemas que não a morte.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000) descreve três características importantes do estado mental de pessoas com comportamento suicida: a ambivalência, a impulsividade e a rigidez. No caso estudado é possível perceber que a ambivalência foi característica marcante durante todo o acompanhamento psicológico, Fabiana oscilou entre o desejo de morrer e o de continuar e fazer diferente. A tentativa de suicídio em si, por meio da precipitação de altura na frente de todos os familiares, demonstrou impulsividade, Fabiana pensava sobre a morte, pediu para cuidarem dos seus filhos, escreveu um bilhete no dia anterior a queda, demonstrou planejar seu fim, mas o ato em si, diante do relato dos familiares e da dificuldade de Fabiana expressar o que pensou e sentiu nos momentos que antecederam a queda, indicam um ato impulsivo. Quanto à rigidez, Fabiana disse nos atendimentos sobre o seu pensamento de que a morte era sua única solução, naqueles dias após o episódio no trabalho, ela não conseguia pensar em nenhuma outra solução para o seu problema e para aliviar sua angústia.

No primeiro atendimento psicológico, Fabiana apresentou ideação suicida manifesta, ideia repetitiva de morte, sem sentimento de arrependimento e com pensamento com conteúdo de perseguição e culpa. Oscilou quanto aos pensamentos de morte e ideação suicida nos demais atendimentos, demonstrava ter crítica quanto ao seu ato e à sensação de embotamento afetivo. A paciente percebia o embotamento, relatava essa sensação com estranheza e demonstrava intenso incômodo por não compreender seu próprio comportamento suicida.

Em relação a eclosão do transtorno psiquiátrico é possível compreender o que Freud (1923/1987) caracterizou como psicose sendo o conflito entre o ego e o mundo externo, ou seja, o ego na psicose passa a criar um novo mundo interno e externo. O efeito patogênico ocorre quando o ego não suporta uma tensão conflitual desse tipo, não consegue permanecer fiel ao mundo externo e silenciar o id e diante disso é arrancado da realidade. Fabiana demonstrava estar numa batalha entre o mundo externo (a realidade: seu emprego, a discussão com a colega de trabalho e o envio equívoco da mensagem no grupo dos funcionários) e o mundo interno (a percepção delirante do que havia acontecido: convicção errônea de que seria presa, havia cometido crimes e de que não havia nenhuma outra solução que não a morte). Essa batalha conflitual entre mundo interno e externo também traduz o fenômeno da passagem ao ato, no qual Fabiana no momento de intensa angústia é arrancada da realidade por não suportar essa tensão e transforma sua dor em ato, assim como explicitado por Calazans e Bastos (2010) e Botega (2015).

Ainda na questão da ambivalência e do estranhamento de si que traz em seu discurso, Botega (2015) escreve que a partir de sua experiência clínica, pôde observar que os pacientes que sobrevivem a uma tentativa de suicídio quase letal comunicam-se como se estivessem alheios ou como se nada de muito importante houvesse ocorrido, o que apareceu nos atendimentos em que Fabiana contava sobre sua tentativa de suicídio e o desejo de morrer sem demonstrar emoção. O autor descreve ainda que esses pacientes não conseguem explicar o que aconteceu, demonstram dificuldade em se aproximarem das motivações mais profundas, não encontram palavras e transmitem um anestesiamiento emocional. Posteriormente, ao longo do tratamento, quando conseguem se expressar melhor, esses pacientes confirmam o sentimento de vazio e de se sentirem imersos a um universo invadido por excitação e desamparo. O que também apareceu nos atendimentos quando Fabiana mencionou não compreender suas motivações e demonstrou vivenciar a situação com sofrimento emocional por perceber que não se importava com seus filhos e familiares.

O fator de risco mais importante descrito nesse caso é o transtorno psiquiátrico – a psicose, que conduziu Fabiana a uma interpretação errônea da realidade, sua percepção delirante do ocorrido foi geradora de intensa angústia que se transformou em ato – a tentativa de suicídio. O que Freud e Ferenczi (citados por Botega, 2015) definiram por ato-dor, ou seja, as forças dos conteúdos psíquicos irrepresentáveis fogem à cadeia representacional do sujeito e por não encontrarem via de expressão pelo psíquico, a dor é transformada em ato. Neste sentido, compreende-se que “os elementos centrais do funcionamento psíquico que caracterizam algumas tentativas de suicídio apoiam-se na ausência de recursos psíquicos, a fim de dar figurabilidade e contenção à dor psíquica” (Macedo e colaboradores, citado por Botega, 2015). Isso ocorre em muitos casos de psicose por conta da ausência da capacidade de simbolização, ou seja, por não conseguir expressar suas angústias pela fala ou pela expressão de suas emoções, essa dor é expressa por meio do agir no mundo externo, não há recursos psíquicos suficientemente desenvolvidos e fortalecidos para que esse sujeito consiga conter sua angústia e dar-lhe outro contorno. Fenômeno este que também ocorre na neurose, a diferença é que na psicose o sujeito tem ainda menos recursos psíquicos para lidar com a situação.

No caso estudado, os familiares de Fabiana relataram situações comportamentais tidas como “estranhas” anteriores ao episódio da tentativa de suicídio, que podem ser reconhecidas como pródromos, assim definidos por Carvalho e Costa (2008). Os comportamentos estranhos são os pródromos que sinalizam a eclosão de uma psicose, são caracterizados por alterações sutis na vivência da pessoa, mas que geralmente causam uma estranheza em quem acompanha esse sujeito, pois são alterações que sinalizam uma quebra, ainda que sutil, com a realidade. Mas, apesar de causar estranhamento, é difícil para os familiares compreenderem esses sinais como possíveis desencadeadores de um transtorno mental, principalmente quando se trata de um sujeito que possui uma vida organizada, que tem família, que trabalha, estuda e tem bom contato social, como no caso descrito neste estudo. Há, portanto, a crença cultural da imagem do “louco”, que remete a desorganização,

alucinações e delírios extremados, o que sinaliza para um problema de saúde pública, de informação correta e necessária que precisa chegar até às pessoas para desmistificar essas crenças e poder contribuir na ajuda efetiva do sujeito em crise.

Assim como salienta Louza Neto (2000), a demora em procurar por tratamento tem importante influência no prognóstico do paciente, sendo o primeiro episódio psicótico uma oportunidade única de tratamento mais efetivo, pois o sujeito tende a responder melhor ao tratamento medicamentoso e previne o surgimento de demais sintomas positivos (delírios e alucinações) e negativos (embotamento afetivo, apatia, anedonia).

Já em relação ao comportamento suicida, os familiares de Fabiana relataram sobre suas percepções de que ela estivesse com ideação suicida, como quando referiu que parecia que ela se cortaria com a faca, quando chamou o sobrinho para conversar e pedir que cuidasse de seus filhos e quando falou sobre sua angústia e medo de perder o emprego, seu registro profissional e ser presa. Os familiares puderam expressar, nas entrevistas psicológicas, as suas angústias de perceberem esses sinais, tentarem acalmá-la, levá-la a um pronto atendimento médico e, mesmo assim, não terem conseguido prevenir a tentativa de suicídio.

Diante desses relatos é possível perceber o quanto esses dois fenômenos (comportamento suicida e psicose) são geradores de angústia e sofrimento emocional a quem vivencia essas situações e também aos familiares e pessoas próximas. Segundo a OMS (2000) cada suicídio gera sério impacto em pelo menos outras seis pessoas, e o impacto psicológico, social e financeiro do suicídio nos familiares, rede social e comunidade são imensuráveis. Há nesse cenário não só sofrimento da perda ou do acompanhamento crítico hospitalar do ente querido por violência auto infligida, mas também o sentimento de culpa por não ter conseguido ajudar e atuar na efetiva prevenção.

Os fatores de risco para o suicídio são importantes sinalizadores que podem contribuir para prevenção de muitas mortes autoprovocadas e de tentativas malsucedidas que podem

gerar graves sequelas físicas e emocionais para o sujeito. O grande impasse é que a população não tem acesso a essas informações de forma passiva, ou seja, a pessoa que notar algo diferente em alguém próximo, precisará pesquisar, se informar para depois pensar em como pode ajudar, tem-se aqui o impasse do tempo: o suicídio é uma questão urgente, é preciso abordar, conversar e identificar se determinado sujeito está em situação de risco para atuar de forma preventiva. A população não conhece os dados epidemiológicos, não se tem a noção da dimensão do problema, o suicídio é carregado de preconceito e tabu, é pouco divulgado e orientado pela mídia, é pouco investido por políticas de saúde. É, portanto, um importante problema de saúde pública.

A OMS (2000) criou um manual de prevenção ao suicídio para profissionais de saúde em atenção primária, que inclui dados sobre o suicídio, fatores de risco e como abordar, conversar e ajudar os pacientes que apresentam risco de autoagressão, além disso identificam a dificuldade de atuação neste sentido. Embora contenha informações importantes, bastante claras e numa linguagem acessível, o manual é dirigido aos profissionais de saúde e, normalmente, quem percebe os primeiros sinais de ideação suicida são os familiares. É preciso, portanto, que essas informações e orientações cheguem à população geral.

Assim como salienta Gutierrez (2014), as formas mais assertivas de prevenção do suicídio estão relacionadas à educação a aos programas de conscientização do público em geral e profissionais; aos métodos de rastreamento para indivíduos que apresentem alto risco; ao tratamento para transtornos psiquiátricos; ao acesso restrito a métodos letais e ao papel da mídia. A assistência integral ao paciente, a consideração dos aspectos biopsicossociais, a educação continuada da equipe para que conheçam e se instrumentalizem no cuidado aos pacientes com comportamento suicida e ainda, e não menos importante, uma intervenção de política de saúde pode contribuir de forma essencial e eficaz na prevenção do suicídio e na recuperação desses pacientes.

CONCLUSÃO

Observou-se que o fenômeno do suicídio é muito mais abrangente e urgente do que se pode imaginar e do que se tem tratado, de fato, na sociedade atual. Estamos falando de uma morte por suicídio, em algum lugar do mundo, a cada 45 segundos, em duas mil mortes a cada dia e em um número de tentativas de suicídio duas vezes maior que o de mortes efetivadas. Fenômeno este que é, essencialmente, carregado de fatores emocionais que não puderam ter vazão e serem tratados de forma adequada que contribuísse para que essas pessoas, em intenso sofrimento emocional, pudessem lidar com outras possibilidades e perspectivas diante da angústia que paralisa e fecha caminhos.

No estudo apresentado, conclui-se que o comportamento suicida é carregado de sinalizadores, são como pedidos de socorro que muitas vezes não são atendidos pela dificuldade de manejo da situação em decorrência da carência de informação e orientação. Fenômenos estes que são geradores de muito sofrimento emocional, sentimento de culpa e, ainda, de aumento de risco para o suicídio entre os sobreviventes – familiares e pessoas próximas. O conhecimento dos fatores de risco pela população geral é necessário e pode auxiliar na prevenção do suicídio. O tratamento dos fatores predisponentes e o reconhecimento do sofrimento desencadeado por estes fatores são importantes ferramentas para atuar na prevenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Botega, N. J. (2015). Crise suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed.

Botega, N. J. (2014). Comportamento suicida: epidemiologia. *Psicol. USP* [online]. vol.25, n.3, p.231-236. Recuperado em 07 de jun. de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-6564D20140004>.

Calazans, Roberto; Bastos, Angélica. (2010). Passagem ao ato e acting-out: duas respostas subjetivas. *Fractal, Rev. Psicol.*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 245-256. Recuperado em 07 de jun. de 2016: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922010000800002&lng=en&nrm=iso.

Carvalho, N. R. de & Costa, I. I. da. (2008). Primeiras crises psicóticas: identificação de pródromos por pacientes e familiares. *Psicol. clin.* [online]. vol.20, n.1, pp.153-164. Recuperado em 07 de jun de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652008000100010>.

Castro, G. R. M. de & Vorcaro, Â. M. R. (2014). A passagem ao ato na neurose e na psicose. *Rev.Mal-Estar Subj, Fortaleza*, v. 14, n. 3, p. 433-441. Recuperado em 06 de jun. de 2016: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482014000300007&lng=pt&nrm=iso.

Del-Ben, C. M.; Rufino, A. C. T. B. F.; Azevedo-Marques, J. M. de & Menezes, P. R. (2010). Diagnóstico diferencial de primeiro episódio psicótico: importância da abordagem otimizada nas emergências psiquiátricas. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.32, suppl.2, pp.S78-S86. Recuperado em 06 de jun. de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462010000600004>.

Freud, S. *Neurose e Psicose* (1923). *Obras Completas, Imago, Segunda Edição*, Rio de Janeiro, 1987.

Freud, S. *Luto e melancolia* (1917[1915]). *Obras Completas, Imago, Segunda Edição*, Rio de Janeiro, 1996.

Giacon, B. C. C. & Galera, S. A. F. (2006). Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. vol.40, n.2, pp.286-291. Recuperado em 06 de jun. de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342006000200019>.

Gutierrez, B. A. O. (2014). Assistência hospitalar na tentativa de suicídio. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 262-269. Recuperado em 02 de ago. de 2016: <http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/89788>.

Louza Neto, M. R. (2000). Manejo clínico do primeiro episódio psicótico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.22, suppl.1, pp.45-46. Recuperado em 02 de ago. de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000500015>.

Marquetti, F. C.; Vilarubia, G. & Milek, G. (2014). Percurso suicida: observação e análise de alterações no cotidiano do indivíduo com tentativas de suicídio. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. v. 25, n. 1, p. 18-26. Recuperado em 08 de jun. de 2016: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/64664>.

Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do suicídio: Um manual para profissionais da saúde em atenção primária*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Roudinesco, E. & Plon, M. (1998) Dicionário de Psicanálise. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Santos, S. A.; Lovisi, G.; Legay, L. & Abelha, L. (2009) Prevalência de transtornos mentais nas tentativas de suicídio em um hospital de emergência no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. vol.25, n.9, pp.2064-2074. Recuperado em 08 de jun. de 2016: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000900020>.