

Suicídio e comportamentos autolesivos: da comunidade ao cuidar

A Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) realiza todos os anos um Simpósio com a colaboração dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental locais. A sua última edição - o XVI Simpósio da SPS - resultou de uma parceria com a Universidade de Aveiro e com o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar do Baixo Vouga e teve lugar no Auditório da Reitoria da Universidade de Aveiro, em 31 de Março e 1 de Abril de 2017, com o tema "Da Comunidade ao Cuidar". Temas como a família, cuidados de saúde primários e serviços hospitalares, suicídio e comportamentos autolesivos no jovem, investigação em suicidologia, comunicação social e suicídio e trabalho deram origem à partilha de conhecimentos entre cerca de 400 participantes. À semelhança das anteriores edições, o evento reuniu profissionais de várias áreas com um propósito comum: dar a conhecer a investigação científica mais recente na área do suicídio e dos comportamentos autolesivos, partilhando saberes e experiências sobre a intervenção terapêutica nos quadros clínicos mais frequentemente associados a este fenómeno e procurando contribuir para a prevenção do suicídio.

Dependência aderiu ao desafio e entrevistou Fausto Amaro, Presidente da SPS e Jorge Costa Santos, membro do Conselho Científico da SPS



**FAUSTO AMARO,
PRESIDENTE DA SPS**

***“Em Portugal,
temos mais de
mil suicídios
por ano”***

Que importância assume a realização de eventos como este face à sensibilização para a problemática do suicídio?

Fausto Amaro (FA) – O suicídio é um tema da maior importância em saúde pública. Em Portugal, temos um pouco mais de mil suicídios por ano e, em todo o mundo, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são cerca de 800 mil. Temos em Portugal mais suicídios do que homicídios! Por isso, este e os demais simpósios que a Sociedade tem organizado, tem como objectivo apresentar estudos sobre as causas do suicídio e, principalmente, sobre a forma de o prevenir. Há que frisar que o suicídio não tem só o impacto da morte em si. O suicídio afecta as famílias durante gerações, muito

mais do que se a morte for de causa natural. A SPS é uma sociedade científica que estuda as causas do suicídio e a forma de o prevenir e, ao mesmo tempo, chama a atenção para este fenómeno, importantíssimo do ponto de vista da saúde pública.

Além desses cerca de mil casos anuais que referiu, ainda existem os chamados casos de suicídio não consumado, também muito esquecidos...

FA – Nós utilizamos a terminologia comportamentos autolesivos. As pessoas cometem por vezes actos de agressão a si próprios de várias espécies e que são, muitas vezes, suicídios falhados. Claro que as tentativas e os comportamentos autolesivos são em maior número ainda e, às vezes, são uma chamada de atenção para o problema que a pessoa tem e que, mais tarde, pode até acabar num suicídio. Por isso é que todos os profissionais de saúde atentos a essa questão tentam atender também aos comportamentos autolesivos.

É vulgar confundir-se hoje, numa sociedade hedonista, conceitos e sentimentos como tristeza, luto, depressão... Neste limbo entre a saúde e a doença mental, um diagnóstico errado poderá fazer a diferença?

FA – Hoje sabemos que existem muitas perturbações mentais, nomeadamente a depressão, a esquizofrenia e outras associadas ao suicídio, embora não sejam as únicas causas. Sabemos que existem igualmente causas de natureza social, sabemos que as crises económicas, o desemprego ou a exclusão social também são fenómenos potencialmente associados ao suicídio, como sabemos que, quando há crises económicas, as taxas de suicídio tendem a aumentar. Mas não há dúvida de que as perturbações mentais, nomeadamente as perturbações depressivas, estão associadas. Claro que existe confusão sobre o que é a depressão. Trata-se de uma perturbação de saúde mental mais ou menos grave, passível de tratamento. Existem, no entanto, situações que são perfeitamente normais na nossa cultura... Se morre um ente querido, é natural que a pessoa tenha que passar por um período de luto, que envolve tristeza, desânimo e, por vezes, revolta. Mas o luto não é, em si mesmo, uma perturbação mental... Agora, não ser capaz de vencer o luto já pode vir a ser um problema sério. A pessoa tem problemas na vida que fazem com que ande mais triste e em baixo e tal não significa necessariamente que esteja com uma depressão. Agora, devemos prevenir todos estes sintomas, desde logo para que não se caia numa perturbação como uma depressão e para não favorecermos o surgimento dos comportamentos suicidários ou autolesivos. Também por isso se reveste de fulcral importância termos serviços de saúde mental na comunidade com pessoal cada vez melhor preparado e a funcionarem bem e que não incluam apenas a especialidade de psiquiatria. A saúde mental é transversal à sociedade e a todos os serviços de saúde. O médico de família faz muito pela saúde mental no seu desempe-

nho, bem como o enfermeiro de família e outros profissionais. Esta atitude de queremos melhor saúde mental favorece não só a saúde em geral porque não temos um corpo separado da mente e, naturalmente, ajuda a prevenir o suicídio.

Existe hoje tratamento eficaz para esta perturbação?

FA – Não sendo médico, não tenho muita autoridade para falar sobre esse assunto mas, pelo que me é dado conhecer, os profissionais sabem hoje o que estão a fazer, têm mecanismos terapêuticos adequados e estamos muito melhores do que estávamos há anos. E continuaremos a estar porque tem-se avançado muito, quer em termos de novas estratégias terapêuticas, que de novos medicamentos. Claro que ainda não temos a solução definitiva mas essa melhoria evidenciada tem muito a ver com a organização dos serviços.

E onde entra aqui a prevenção?

FA – A prevenção tem que estar sempre presente. A prevenção faz-se ao nível da comunidade, dos responsáveis... Um autarca, por exemplo, através da sua acção no município, pode contribuir imenso para a prevenção das perturbações mentais e do suicídio. Bem como as organizações da comunidade, as IPSS e outro agente, que é fundamental mas de que por vezes nos esquecemos, a comunicação social. Após muitos anos de pesquisa, sabemos de fonte segura que o importante, em termos de prevenção, não é falar do suicídio mas a forma como se fala sobre o mesmo. Por isso, em todo o mundo se faz uma espécie de gentleman agreement, uma espécie de protocolo entre a comunicação social e os serviços de saúde mental, no sentido de os serviços de saúde darem atempadamente aos jornalistas toda a informação; e os jornalistas devem assumir a sua responsabilidade social de transmitirem a notícia de uma forma informativa mas não alarmante para o público e que não leve ao suicídio por imitação, por exemplo, de comportamentos adoptados por figuras mediáticas...

Finalmente, que avaliação faz desta realização da SPS?

FA – O Simpósio contou com a participação de cerca de 400 pessoas, o que foi sensacional e revela um crescendo interesse por parte de médicos, psicólogos, sociólogos, enfermeiros e outros profissionais da saúde e do sector social. Espero que tenha também alguma repercussão na sociedade e acentuo que a DGS esteve aqui representada através do Director do Programa Nacional de Saúde Mental, o Dr. Álvaro Carvalho, o que significa que o próprio ministério da saúde dá muita atenção a este tema.



**JORGE COSTA SANTOS,
CONSELHO CIENTIFICO
DA SPS**

**“O suicídio é
um problema
de saúde
pública”**

A Organização Mundial da Saúde afirma que mais de 90 por cento das pessoas com problemas relacionados com o suicídio não são tratadas... O que justificará este indicador?

Jorge Costa Santos (JCS) – Nós sabemos que a prevalência da depressão é muito grande nos países ocidentais, sobretudo no nosso país. A procura de cuidados assistenciais e o acesso ao seu tratamento depende de uma série de factores, que têm a ver com o nível cultural médio e com o grau de literacia em saúde das populações, sobretudo na área da saúde mental, onde o estigma da doença mental constitui ainda um pesado entrave a uma intervenção terapêutica precoce e eficaz. Mas também com os maiores ou menores constrangimentos de natureza política, social e financeira dos países, com o modo como os governantes e outros responsáveis encaram o investimento na área da saúde, com a organização dos serviços assistenciais, com os recursos humanos e a sua distribuição regional, onde continuam a verificar-se assimetrias assaz preocupantes. A prioridade reside na prevenção, na acessibilidade aos cuidados de saúde primários e no diagnóstico precoce de perturbações mentais, nomeadamente da depressão, que é tratável.

Apesar de constituir uma causa de morte com um significativo peso em termos mundiais, o suicídio parece não suscitar o mediatismo de outras causas com menor prevalência...

JCS – O suicídio tem oscilado entre a 10^a e a 13^a causa de morte no mundo. E constata-se que, em termos de perda de anos de vida com qualidade, as questões de saúde mental e de



suicídio assumem uma relevância maior do que acontece relativamente a doenças comuns de todos conhecidas, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, etc. De facto, o suicídio é um problema de saúde pública e a OMS di-lo desde há décadas. E tem vindo a registar variações significativas... Diria que, ao nível dos países ocidentais e da Comunidade Europeia, os números não têm sofrido grandes oscilações, embora se verifiquem diferenças consideráveis. A Espanha ou a Grécia, por exemplo, têm taxas de suicídio muito inferiores à nossa. Continuam a verificar-se disparidades que têm também a ver com procedimentos administrativos e registos estatísticos de mortes que, correspondendo com elevada probabilidade a suicídios, não são categorizadas como tal. A subnotificação do suicídio entre nós é, ainda, considerável, dificultando a definição de estratégias preventivas mais adequadas, pois só se consegue prevenir aquilo que se conhece.

Em que medida será a depressão o maior factor de risco para a origem do suicídio?

JCS – Quando falamos em suicídio, não podemos falar numa causa ou determinante única. O suicídio é multideterminado, é um fenómeno complexo e, naturalmente, existem factores de natureza biográfica, contextual, psicopatológica e, de entre os vários elementos, o que maior peso tem é justamente a depressão, existindo muita investigação nesse domínio. Nos estudos retrospectivos, constata-se que cerca de 90 por cento das pessoas que consumaram o suicídio sofriam de depressão. E essa depressão tinha sido identificada pelas pessoas que, com ela, se relacionavam mais proximamente, embora nem sempre tivesse sido devidamente valorada.

Como avalia a evolução registada ao nível do tratamento da depressão?

JCS – Não há dúvida nenhuma de que a depressão é hoje tratável e, em muitos casos, curável. Houve uma evolução muito grande, quer sob o ponto de vista da intervenção e acesso aos cuidados de saúde primários, quer sob o ponto de vista da psicofarmacologia. Existem antidepressivos de última geração com efeitos confirmados e com efeitos secundários melhor toleráveis do que acontecia no passado, simplesmente, a questão que se coloca é que as pessoas com perturbações depressivas, por força de desconhecimento ou do estigma associado à doença mental, do isolamento social ou por alguma inércia, não procuram os cuidados de saúde e, por vezes, os sinais e sinto-



mas da doença não são identificados. Noutros casos, tendo sido identificados, os doentes não cumprem o tratamento pelas mais diversas razões, que incluem as carências económicas e a falta de uma rede familiar de suporte.

E depois do acto... como fica a família?

JCS – A família, quase constantemente, fica numa situação de grande sofrimento. Há sentimentos de culpa, de vergonha, de revolta... E quantas vezes, depois de não terem valorado sintomas que identificaram, se culpabilizam face ao que poderiam ter feito para evitar aquela morte... Não é por acaso que um dos papas da suicidologia, Shneidman, criou a designação de sobreviventes aplicável aos familiares e às demais pessoas que faziam parte da teia relacional (amigos, colegas e outros próximos) daquele que se suicidou. E que têm, também elas, um risco aumentado para a depressão, para o luto patológico e para o suicídio.

E o profissional de saúde, também se questiona relativamente ao que falhou?

JCS – Sim, com certeza... É sempre um sentimento de perda e penso que serão poucos aqueles que não se confrontam, ao longo das suas vidas profissionais, com a perda de doentes por esta via. E leva-nos a pôr em causa a nossa intervenção. Será que poderíamos ter evitado esse desenlace? Não é por acaso que esses temas devem ser debatidos em equipa, até porque o técnico de saúde, seja médico, enfermeiro ou psicólogo, está também ele sujeito a situações de sobrecarga psicológica e psicopatológica, ao burnout e à depressão. Também não é por acaso que a profissão médica é das que regista maiores taxas de suicídio.

