

Suicídio: um Tema Pouco Conhecido na Formação Médica

Suicide: A Little-Known Topic in Medical Training

Isadora Nunes Barbosa Ramos¹
Eliane Brígida Morais Falcão^{II}

PALAVRAS-CHAVE

- Suicídio.
- Médicos Residentes.
- Formação Médica.
- Prevenção.

KEYWORDS

- Suicide.
- Resident Physicians.
- Medical Degree.
- Prevention.

RESUMO

Esta pesquisa foi realizada em instituição federal pública universitária com o objetivo de melhor conhecer visões, valores e atitudes dos médicos residentes em clínica médica em relação ao suicídio. Trabalhou-se com o conceito de representação social (Moscovici) e a metodologia quali quantitativa do discurso do sujeito coletivo (DSC) (Lefèvre e Lefèvre). Os discursos revelaram que os médicos residentes se apresentam sensibilizados com a questão do suicídio, entretanto não familiarizados com a bibliografia especializada e nem com os procedimentos de atendimento normatizados pelo Ministério da Saúde e pela OMS. Os pesquisados revelaram dificuldades para identificar e prestar atendimento a pacientes em risco de suicídio. Conclui-se que parece faltar à formação médica (graduação e residência) maior atenção ao tema suicídio.

ABSTRACT

This research was conducted at a federal university with the aim of understanding better the visions, values and attitudes of resident physicians at medical practices in relation to suicide. The study drew on the concept of social representation (Moscovici) and employed the mixed method of discourse of the collective subject (DCS) (Lefèvre and Lefèvre). The discussions revealed that, although aware of the suicide issue, residents were not familiar with the specialist literature or with the Ministry of Health and WHO standard procedures in such cases. The residents revealed difficulties in identifying and providing care for high suicide risk patients. It is concluded that both university and residency medical training require a greater emphasis on the topic of suicide.

Recebido em: 02/02/2011

Reencaminhado em: 15/08/2011

Aprovado em: 12/09/2011

¹ Clínica da Gávea S/A, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

^{II} Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa partiu do interesse pelos dados referentes ao aumento da incidência do suicídio no Brasil e no mundo. Valorizou-se a política de prevenção pontuada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde/Brasil (MS), que atualmente reconhece o suicídio como um problema de saúde pública. Os dados apresentados não deixam dúvidas quanto à gravidade do problema. Estima-se que no ano 2000 cerca de um milhão de pessoas tenham se suicidado, constituindo o suicídio uma das dez maiores causas de morte em todos os países e uma das três na faixa etária de 15 a 35 anos¹. Diante desse quadro, a OMS lançou, em 1999, o Supre (*Suicide Prevention Program*), iniciativa mundial de prevenção do suicídio com o objetivo de reduzir a morbidade e mortalidade associadas ao comportamento suicida.

Dados do MS² mostram que nos últimos anos as taxas de suicídio no País também têm aumentado, especialmente em determinadas populações, como idosos, jovens, trabalhadores rurais e populações indígenas. Apesar de estar entre os países com as taxas mais baixas de mortalidade por suicídio (4,5/100.000 habitantes), o Brasil ocupa o nono lugar em números absolutos. Pesquisas apontam um crescimento de mais de 20% nos últimos 20 anos no Brasil^{3,4} (s86). Ainda que seja necessário considerar os limites de tais dados, já que os registros de suicídio nem sempre são feitos, eles revelam a realidade preocupante que conduziu aos planos de prevenção orientados por organizações de saúde.

Em 2006, foi lançada oficialmente a estratégia nacional de prevenção do suicídio, que inclui, entre outras atividades, a qualificação dos profissionais de saúde para a abordagem de casos de risco de suicídio. Essa necessária qualificação articulou-se com o que tem antecedido muitos casos de suicídio e que levou à definição de um momento oportuno de atuação médica, ou seja, quando é possível prevenir o suicídio. Constatou-se que de 40% a 60% das pessoas que cometeram suicídio consultaram um médico, na maioria generalista e não psiquiatra, no mês anterior ao suicídio. Este dado conduziu ao reconhecimento do papel fundamental do médico generalista para os planos de prevenção, tendo sido destacado também pela OMS no manual de prevenção do suicídio dirigido especificamente a esses profissionais¹. Segundo tais orientações, no momento dos atendimentos realizados pelos médicos clínicos gerais, ocorrem grandes chances de detecção e prevenção de uma tentativa de suicídio, assim como, em casos mais graves, o encaminhamento a um especialista. Em vista deste dado e frente ao número crescente de suicídios, que já configura uma questão de saúde pública, tornou-se necessário ampliar o olhar médico para que os riscos do suicídio recebam a devida atenção.

A estratégia mundial e nacional de prevenção do suicídio enfatiza, portanto, o papel do clínico geral na identificação de sinais de comportamento suicida de seus pacientes, de forma a realizar abordagem que possa prevenir o ato. A literatura especializada mostra que este fenômeno tem um histórico de associação com a doença mental que o tornou praticamente objeto da psiquiatria, mas, atualmente, sabe-se que nem todos os suicídios são praticados por pacientes psiquiátricos. Estima-se que as tentativas de suicídio são dez vezes mais frequentes do que o suicídio efetivado e que de 15% a 25% daqueles que tentaram farão nova tentativa no ano seguinte e 10% terão êxito em dez anos⁵ (p. 214).

Considerando o conjunto descritivo atual do fenômeno do suicídio, percebem-se as razões que levaram as políticas internacionais e nacionais de saúde a argumentar tanto em favor da atuação do médico generalista, como da necessária qualificação desse profissional. Para atender esta qualificação, é preciso enfrentar pelo menos duas dificuldades: a não inclusão do tema como objeto de atenção regular nos cursos de formação médica e a tradição de enfoque psiquiátrico do suicídio, que o configura como um tema para especialistas em doença mental. Convém ressaltar que o presente artigo não pretende definir propostas para mudanças curriculares, mas, ao relatar os resultados da pesquisa realizada, busca oferecer dados e reflexões que sirvam como referências para intervenções na formação médica no que diz respeito a um fenômeno que merece, atualmente, a qualificação de alarmante tanto no Brasil como em outros países.

São notórios o desconforto e o sofrimento que atingem tanto familiares e pessoas próximas do suicida, como profissionais de saúde que lidam com esses casos. O objeto desta pesquisa concentra-se nos médicos, em especial em um grupo de médicos residentes da clínica médica. Estariam esses profissionais preparados para o atendimento a pessoas em risco de suicídio, contribuindo para a prevenção, conforme proposto pela política nacional de prevenção do Ministério da Saúde? A pesquisa aqui relatada apresentará alguns resultados. Antes de entrarmos neste relato, faremos um breve histórico da abordagem científica do suicídio.

O comportamento de finalizar a própria vida, ou o suicídio, encontra-se presente na história da humanidade e é reconhecido desde a Antiguidade. É marcado tanto pelo que se convencionou chamar, no meio médico, de fenômeno subnotificado, quanto, nas ciências sociais, de tabu. A subnotificação se relaciona com o *status* de tabu, que tanto limita o falar sobre o suicídio como o registro formal nos prontuários médicos e atestados de óbito. O tabu é fruto da história de penalização e condenação que cerca o suicídio ao longo dos tempos, nos sentidos tanto

político-jurídico, quanto filosófico-moral-religioso. A compreensão científica de sua ocorrência ainda apresenta desafios devido à complexidade das variáveis psicológicas, ambientais, sociais e médicas envolvidas na determinação desse fenômeno.

A teoria psiquiátrica teria sido a primeira a tentar explicar as causas do suicídio, no início do século XIX, com Pinel, e sistematizada, em 1927, por seu discípulo Esquirol. Este afirmava que o suicídio tinha as características das alienações mentais e que somente na vivência de um delírio o indivíduo cometeria tal ato. Partindo do pressuposto de que o suicídio seria algo involuntário, o suicida não deveria ser passível de punição, mas, sim, de compreensão para a prevenção⁶ (p. 37-38).

No século XX, Durkheim e Freud acrescentaram os pontos de vista sociológico e psicanalítico à visão médica do suicídio. Durkheim concebia o suicídio como um fenômeno social, algo exterior aos indivíduos, que tem lógica própria e que deveria ser conhecido externamente, na interação dos fatos sociais e não a partir de razões individuais internas. Segundo a definição durkheimiana, suicídio é “todo caso de morte provocado direta ou indiretamente por um ato positivo ou negativo realizado pela própria vítima e que ela sabia que devia provocar esse resultado”⁷ (p. 15). Seria um aspecto patológico característico das sociedades modernas. A visão sociológica ressalta as contingências sociais do suicídio, já que compreende a vida humana sob o ponto de vista do conjunto das relações sociais.

As abordagens psicológicas e psicanalíticas ressaltam a subjetividade do comportamento humano. No texto *Além do princípio do prazer*, Freud⁸ explica o conflito humano e o suicídio a partir da dinâmica psíquica individual. Para ele, todos possuiriam duas forças internas, Eros e Thanatos, ou pulsão de vida (que nos impulsiona a viver) e de morte (que impulsiona à autodestruição). O equilíbrio ou desequilíbrio entre essas duas forças nos faria seguir adiante ou nos impulsionaria à destruição, e o suicídio se tornaria uma possibilidade.

Ainda que as pesquisas sociais e psicanalíticas sobre o comportamento humano tenham avançado e influenciado a visão para além da ótica psiquiátrica do suicídio, a relação entre esse fenômeno e os transtornos mentais predomina⁹ (p. 26-27). A identificação de sinais e sintomas fortemente caracterizados pelo campo psiquiátrico revela esse predomínio, e as buscas no campo da prevenção seguem tal influência.

Botega, médico e psiquiatra, envolvido com o tema no Brasil, considera o suicídio “o desfecho de um fenômeno complexo e multidimensional e decorrente da interação de diversos fatores”¹⁰ (p. s19). Ele afirma que, apesar dos muitos estudos desenvolvidos na área, há limites nesses resultados, uma vez que o conhecimento na área de suicidologia é derivado de estudos realizados com pessoas que tentaram o suicídio ou que

estavam em tratamento psicológico/psiquiátrico e cometeram suicídio, o que não representa plenamente a totalidade dos casos. Além disso, Botega ressalta que são poucas as pesquisas epidemiológicas sobre o suicídio no Brasil, o que dificulta obter um panorama mais completo acerca do fenômeno. Por outro lado, há aspectos criticáveis na linha de pesquisa epidemiológica, cujos métodos têm conduzido a resultados redundantes, sem acrescentar elementos que enriqueçam as possibilidades de compreensão¹¹. Diferentes estudos têm contribuído para responder a tais críticas como apontam os estudos de Barbosa¹², Le Breton¹³, Werlang e Botega¹⁴, Cassorla¹⁵, Barrero e Correa⁶, entre outros. Ainda que limitados, já se dispõe de um acervo de conhecimentos que possibilitam ações consequentes em direção à prevenção do suicídio, e por isso foi possível tanto à OMS como ao MS do Brasil produzir documentos específicos.

METODOLOGIA

Esta pesquisa buscou investigar e discutir as representações de médicos residentes em clínica médica sobre a morte por suicídio, assim como os elementos que possam indicar possíveis repercussões dos objetivos de prevenção de suicídio em sua formação médica. Os sujeitos da pesquisa são 25 residentes médicos de um hospital universitário da rede federal de ensino no Rio de Janeiro que no ano de 2010 estavam plenamente envolvidos com as atividades do segundo ano de residência em clínica médica. Optou-se por estudar os médicos residentes por estarem, nesse momento, consolidando a sua formação profissional e colocando em prática o conhecimento adquirido na graduação. Uma vez que se pretendeu buscar as representações desses médicos residentes a partir de suas experiências profissionais e pessoais acerca do suicídio, a teoria das representações sociais, desenvolvida por Moscovici¹⁶, constitui um importante referencial teórico para a compreensão dessas representações, já que permite observar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia.

As representações sociais designam um tipo específico de conhecimento, cujos conteúdos manifestam uma forma de pensamento social relacionada às condições e aos contextos nos quais emergem e circulam. Sendo assim, entende-se que as representações sociais constituem um modo específico de compreensão e comunicação de determinado grupo. Considerando o suicídio como um fenômeno que pode ser compreendido por diferentes óticas – social, psicológica, médica, religiosa –, que influenciam na formação da concepção sobre o tema, as representações sociais possibilitam a busca não somente de conteúdos científicos, mas também de visões, impressões, valores pessoais e coletivos de um grupo específico. Na pesquisa aqui apresentada, compreender as representa-

ções sociais significa compreender o pensamento coletivo dos médicos residentes em relação ao suicídio. O referencial teórico de Moscovici orientou a escolha do procedimento metodológico específico desta pesquisa: a metodologia quali-quantitativa do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), proposta por Lefèvre e Lefèvre¹⁷, que tem por finalidade identificar as representações sociais de determinado tema, objeto ou grupo a partir de expressões orais ou escritas expressas individualmente em entrevistas ou questionários. De acordo com os autores, os pensamentos contidos em expressões individuais representam mais do que um indivíduo pensa sobre dado tema; eles revelam elementos do imaginário coletivo de um grupo, uma vez que, segundo o pensamento sociológico, grupos sociais específicos compartilham ideias, crenças e valores comuns (ou padrões ideológicos), ou seja, dispõem de um imaginário social, comum, coletivo, existente em dado momento.

A partir dos depoimentos (entrevistas ou questionários) de cada um do grupo pesquisado, são identificadas as expressões-chave, que são agrupadas a partir da semelhança de conteúdo. As expressões-chave são fragmentos dos depoimentos destacados pelo pesquisador e que configuram a essência do discurso. Cada conjunto de expressões-chave semelhantes tem seu sentido sintetizado em uma ideia central. Cada DSC remete a uma ideia central, e sua elaboração exige redação específica que articule as expressões-chave semelhantes. A partir de cada conjunto de expressões-chave semelhantes, articula-se de forma coerente um discurso-síntese, ou seja, um discurso do sujeito coletivo (DSC) que expressa uma face da representação social do tema ou objeto investigado.

Para a coleta de dados, foi elaborado um questionário, com questões abertas e fechadas, respondidas de forma individual e anônima no cenário de atuação profissional. Esse questionário é composto por questões objetivas, relativas a idade, sexo e interesse de atuação. Também compõem o questionário perguntas abertas, relacionadas ao tema em questão, que possibilitam respostas amplas, livres e espontâneas, englobando uma variedade de abordagens nas respostas, fundamentais à identificação das representações sociais dos residentes acerca do suicídio. O final do questionário é composto por perguntas a respeito das crenças religiosas dos residentes. Optamos por colher esses dados por considerar que podem ser úteis para traçar possíveis relações entre essas crenças e as representações sociais do suicídio.

Para a participação na pesquisa, os residentes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A aplicação dos questionários somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho.

RESULTADOS

Os dados mostram que os residentes pesquisados, em sua maioria, têm entre 25 e 29 anos de idade, sendo 13 do sexo masculino e 12 do sexo feminino. Nenhum deles realizou residência anterior. Entretanto, como a residência em clínica médica é pré-requisito de outras residências, verificamos que 13 residentes pretendem realizar outra residência considerada área de clínica médica, como cardiologia, endocrinologia, nefrologia e gastroenterologia. Onze deles afirmaram pretender seguir apenas a clínica médica e apenas um ainda não sabe qual área seguirá após a conclusão desta primeira residência. Foram diversas as universidades em que se graduaram em Medicina, sendo a maioria formada em universidades públicas. Apenas dois residentes declararam não acreditar em Deus, enquanto os outros 23 afirmaram que sim. Dos que acreditam em Deus, 3 não têm religião. Entre as religiões declaradas, 8 são adeptos da religião católica não praticante; 6 da católica praticante; 4 não têm religião; 2 da kardecista praticante; 2 da evangélica batista praticante; 1 da evangélica Nova Vida não praticante; 1 do judaísmo praticante. O perfil dos residentes está apresentado na Tabela 1.

TABELA 1

Perfil dos residentes em clínica médica pesquisados

PERFIL DOS RESIDENTES	QUANTIDADE
Sexo	13 – feminino 12 – masculino
Faixa etária	24 entre 25-29 anos 1 entre 30-34 anos
Realizou residência anterior	0
Vai exercer a profissão na área de clínica médica	13 – não 11 – sim 1 – não sabe
Universidade de formação em Medicina	12 (UFRJ); 4 (UGF); 3 (Unirio); 2 (Unigranrio); 1 (Souza Marques); 1 (Unesa); 1 (USS); 1 (Unig); 1 (UMC)
Tem religião e crê em Deus	20
Sem religião, mas crê em deus	3
Ateu	2
TOTAL	25

Os pesquisados, em sua grande maioria, afirmam acreditar em Deus, definindo-o independentemente de seguir uma religião. Dentre os que têm religião, quase todos se declararam católicos, ainda que a maioria não seja praticante. Suas definições pessoais de Deus indicam que a crença está bem estabelecida, como podemos perceber através dos dois discursos do sujeito coletivo (DSCs), excludentes entre si, expressos sobre a definição de Deus:

“Deus é uma força maior, espiritual, inesgotável, sobrenatural acima de tudo, que rege a nossa vida, que orienta o homem, nos guia e nos ampara. Um espírito de muita luz, uma força boa presente em todas as causas, que controla tudo, olha por mim e me guia”. (DSC1)

Incidência: 13 residentes (52%).

“Deus é meu criador e do universo, de todo o mundo material e espiritual, ele que nos concedeu a vida. [...] Para mim, Deus é o espírito perfeito, uma ideia confortadora de que após a morte há algo para aqueles que viveram na bondade e justiça, um ser onipresente, onipotente e misericordioso”. (DSC2)

Incidência: 8 residentes (32%).

A seguir, são apresentadas as ideias centrais e os discursos do sujeito coletivo (DSC) encontrados a partir da análise das respostas dos residentes em clínica médica em cada questão. Incluiu-se o número de expressões-chave encontradas para cada ideia central e sua porcentagem em relação ao número de investigados, o que permite melhor visualização da força de adesão a cada ideia central do grupo pesquisado.

Primeiramente, serão apresentados os discursos (DSC) referentes à representação que os residentes têm em relação à morte por suicídio (primeira questão). Em seguida, serão apresentados os discursos referentes ao papel do médico no atendimento ao paciente em risco de suicídio (segunda questão). E, finalmente, os discursos obtidos em relação à terceira e à quarta questões, que abordam a familiaridade dos residentes com dados e literatura especializada em relação ao suicídio.

Primeira questão

O que você pensa sobre a morte por suicídio (visões, valores, ideias, sentimentos)?

A análise das respostas permitiu identificar quatro ideias centrais não excludentes entre si, ou seja, alguns residentes expressaram mais de uma ideia central em suas respostas.

Discurso 1

Ideia central: O suicídio está associado a muito sofrimento e desesperança.

Incidência: 15 residentes (60%).

“[...] Acredito que é uma forma de fuga de uma realidade adversa, utilizada por determinadas pessoas em situações extremas e insustentáveis, sejam elas fruto de questões sociais, morais ou médicas. Estas pessoas têm dificuldade em lidar

com problemas mais difíceis, não têm apoio familiar ou de amigo e chegam a um ponto onde não encontram outra saída. [...] Em muitos casos, é uma tentativa de sanar um problema, muitas vezes um ato impensado, impulsivo; outras vezes, meticulosamente planejado, como a visualização da solução de problemas ‘sem cura’ para doenças ‘incuráveis’. Reflete uma situação extrema de desgaste emocional ou frustração com relação à vida pessoal ou profissional, em um indivíduo predisposto, com graves problemas pessoais e que não consegue enfrentar as dificuldades [...]”.

Discurso 2

Ideia central: O suicídio está associado a doenças psiquiátricas.

Incidência: 8 residentes (32%).

“Acredito tratar-se da mais grave consequência dos diversos transtornos psiquiátricos tratáveis, como uma manifestação clínica de alguma doença. [...] Penso que muitos casos são relacionados à depressão não tratada, acometendo pacientes já com determinado nível de depressão ou em estágio avançado da doença”.

Discurso 3

Ideia central: O suicídio é inaceitável, nem as religiões aceitam.

Incidência: 7 residentes (28%).

“Acho que é uma maneira covarde de lidar com os problemas, por não conseguir enfrentar e simplesmente desistir, mas também corajosa, pela iniciativa de acabar com a própria vida sem ter certeza do que o espera. Segundo meus valores, é algo inaceitável, não aprovo e sou totalmente contra [...]. Religiosamente é condenado, acho que muitas pessoas não o cometem por razões religiosas, já que muitas religiões não o praticam”.

Discurso 4

Ideia central: O suicídio pode ser evitado.

Incidência: 3 residentes (12%).

“Morte de causa evitável, porém pouco valorizada. As queixas geralmente são vagas, e poucas vezes se pergunta diretamente sobre a intenção. Fico extremamente triste quando alguém comete o suicídio, pois com certeza a pessoa estava sofrendo muito para cometer o ato, e muitas vezes poderíamos ter feito algo para impedir. Em todos estes casos, é provável que as pessoas morram sem ter conseguido ajuda real para os seus problemas, o que é muito triste, já que poderiam ser questões reversíveis ou remediáveis”.

A representação do grupo para o suicídio o associa de forma expressiva ao sofrimento psíquico e existencial. O suicida estaria nessa condição, envolvido em situações existenciais percebidas como de grande dificuldade de enfrentamento:

“Acredito que é uma forma de fuga de uma realidade adversa, utilizada por determinadas pessoas em situações extremas e insustentáveis, sejam elas fruto de questões sociais, morais ou médicas” (DSC1).

De forma menos expressiva, há a percepção de que aspectos patológicos ou psiquiátricos estariam relacionados à decisão de se suicidar:

“Acredito tratar-se da mais grave consequência dos diversos transtornos psiquiátricos tratáveis, como uma manifestação clínica de alguma doença [...]” (DSC2).

Há ainda uma crítica de cunho religioso:

“Segundo meus valores, é algo inaceitável, não aprovo e sou totalmente contra. [...] Religiosamente é condenada, acho que muitas pessoas não o cometem por razões religiosas, já que muitas religiões não o praticam” (DSC3).

É interessante observar que, neste grupo, não prevalece a visão de que o suicídio ocorre por distúrbios psiquiátricos, o que, como visto na bibliografia, configura uma tendência no meio médico. Ao contrário, prevaleceu entre os residentes a sensibilização pelo sofrimento psíquico subjetivo.

Segunda questão

A seguir, são apresentadas as quatro ideias centrais referentes à segunda questão, que aborda o papel do médico no atendimento a pacientes em risco de suicídio. As ideias centrais não são excludentes entre si, já que alguns residentes expressaram mais de uma ideia central em suas respostas.

Na sua percepção, o que pode um médico fazer, no exercício de sua profissão, em relação a pacientes com possibilidade de suicídio?

Discurso 5

Ideia central: O médico deve saber identificar os pacientes em risco e tratar contando com profissionais especializados, psiquiatra e psicólogo.

Incidência: 22 residentes (88%).

“O médico deve tentar, o máximo possível, identificar pacientes de risco para o suicídio, com avaliação psiquiátrica, avaliar quanto ao aspecto médico em si (necessidade de medicação,

internação, etc.) [...]. O médico deve saber identificar aqueles pacientes com transtornos depressivos e ideações suicidas e saber encaminhá-los, sempre buscando apoio e orientação de equipe multidisciplinar (psicólogo e psiquiatra), mais habituada a lidar com este problema. Não liberar o paciente, tratar o mais rápido possível, intervir de forma a prevenir o suicídio, tentando utilizar as armas da medicina para tentar mudar aquele pensamento e sanar os problemas que estiverem ao seu alcance. [...]. A imensa maioria dos problemas tem alguma solução, e, se a decisão é tomada em contexto de depressão ou algum transtorno de adaptação, ele pode receber algum tratamento ou suporte e mudar de ideia”.

Discurso 6

Ideia central: O médico deve dar apoio emocional tão logo identifique o risco de suicídio.

Incidência: 11 residentes (44%).

“O médico, no exercício de sua profissão, deve ouvir os pacientes e conhecer as suas necessidades, dando atenção e apoio emocional no que diz respeito a evitar o suicídio, fornecendo as orientações cabíveis [...]. Aumentar o vínculo médico-paciente com maior diálogo entre as duas partes, entender as causas que levaram o paciente a aumentar a possibilidade, para tentar solucioná-las. Mostrar-se disponível para ouvir, motivar os pacientes quanto a sua importância enquanto ser humano [...]. O mais importante é o paciente ser indagado de forma subjetiva, sentir-se apoiado, valorizado como ser humano, saber que tem alguém com quem pode contar”.

Discurso 7

Ideia central: O médico deve conversar com a família.

Incidência: 3 residentes (12%).

“O médico deve buscar ajuda familiar. Conversar com seus familiares sobre situação financeira, familiar, social. Tentar identificar esta possibilidade e informá-la aos parentes/acompanhantes do risco”.

Discurso 8

Ideia central: O médico deve considerar a religião do paciente.

Incidência: 1 residente (4%).

Identificar as causas levando-se em consideração sua religião (do paciente)”.

O conjunto dos médicos residentes expressou a percepção de que o médico pode e deve prestar atendimento aos pacientes em risco de suicídio:

“O médico deve tentar o máximo possível identificar pacientes de risco para o suicídio, avaliar quanto ao aspecto médico em si (necessidade de medicação, internação, etc.) e solicitar avaliação com urgência de profissional com especialização na área de saúde mental (psicólogo e psiquiatra)” (DSC 5).

Embora não se possa dizer que revelam condutas sistematizadas de acordo com as orientações presentes nos manuais da OMS e do MS, os discursos identificam e diferenciam condutas de comportamento para o atendimento a pacientes em risco de suicídio, como ouvir com atenção e cuidado os relatos e dar prosseguimento ao atendimento indicando outros profissionais mais familiarizados com a área (psiquiatras e psicólogos). Nota-se a pouca atenção do grupo à investigação de possíveis crenças religiosas dos pacientes, uma vez que tanto a cultura brasileira quanto o perfil do grupo pesquisado incluem tais crenças, e entre os entrevistados houve menção e mesmo crítica religiosa aos suicidas.

A seguir, são apresentados os seis discursos obtidos em relação à terceira e à quarta questões, que investigam o conhecimento dos residentes sobre dados objetivos e da literatura existente sobre o tema.

Terceira questão

O que você pode dizer acerca do panorama das mortes por suicídio no Brasil?

Foram identificadas quatro ideias centrais excludentes entre si, ou seja, nenhum residente expressou mais de uma ideia central em suas respostas.

Discurso 9

Ideia central: Desconheço.

Incidência: 10 residentes (40%).

“Desconheço, não estou atualizado com o tema, não tenho conhecimento de dados específicos”.

Discurso 10

Ideia central: Não estou certo, mas tenho algumas suposições.

Incidência: 8 residentes (32%).

“Não estudei recentemente sobre o assunto, não tenho conhecimento preciso. Não sei informar com detalhes sobre dados quantitativos e se são corretos. Confesso não ter muito conhecimento sobre o tema, porém acredito que seja mais comum em faixas etárias jovens (20-30 anos), na adolescência ou idosos, em pessoas do sexo masculino ou feminino. Creio (também) ser inferior à de outros países desenvolvidos em termos

de prevalência, no entanto parece ser mais comum em alguns grupos ou profissões, incluindo a área médica”.

Discurso 11

Ideia central: Dados se relacionam com a presença de transtornos mentais ou dependência química.

Incidência: 5 residentes (20%).

“Imagino que seja mais frequente nas doenças psiquiátricas. Alta prevalência em pacientes com história de transtornos depressivos, alcoolismo, vício em drogas ilícitas e outras doenças psiquiátricas. Em todos os casos de que tive conhecimento, foram secundárias a doenças psiquiátricas: depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar”.

Discurso 12

Ideia central: Tem relação com problemas sociais.

Incidência: 2 residentes (8%).

“Acredito que a incidência venha aumentando em virtude do estilo de vida encontrado hoje em nosso meio, com estímulo à competição e necessidade de se adequar a um modelo estabelecido pela sociedade. Elevação principalmente em países desenvolvidos em decorrência de pressão”.

Quarta questão

Você já teve acesso a documentos, artigos, livros que abordassem o tema suicídio?

Não () Sim () Em que momento?

Poderia dar alguns exemplos?

A análise permitiu identificar duas ideias centrais excludentes entre si, ou seja, nenhum residente expressou mais de uma ideia central em suas respostas.

Discurso 13

Ideia central: Não.

Incidência: 20 residentes (80%).

Discurso 14

Ideia central: Sim, no contexto de psiquiatria.

Incidência: 5 residentes (20%).

“Sim, durante a graduação na faculdade de Medicina, apenas no curso de psiquiatria e no contexto de algumas doenças”.

Os discursos encontrados nas duas últimas questões revelam que prevalece o limitado acesso do grupo aos dados objetivos e à literatura sobre o suicídio. Expressões como “não

sei”, “confesso não ter conhecimento”, “creio que” e “imagino” antecedem as diferentes afirmações sobre o suicídio. Esse aspecto é exemplificado nos fragmentos dos discursos:

“[...] Confesso não ter muito conhecimento sobre o tema” (DSC10).

“[...] Imagino que seja mais frequente nas doenças psiquiátricas [...]” (DSC11).

“Acredito que a incidência venha aumentando em virtude do estilo de vida encontrado hoje em nosso meio [...]” (DSC12).

A única menção a algum acesso a conteúdos objetivos sobre o suicídio se refere a conteúdos de psiquiatria vistos em alguns momentos da graduação.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tanto a compreensão sociológica quanto as de ordem psicológica e psicanalítica do suicídio permitem ampliar a compreensão médica desse fato, historicamente marcada pela ótica da psiquiatria, como abordado na introdução deste artigo. Foram notadas repercussões de tais influências no grupo pesquisado, no qual prevaleceu a percepção de múltiplos determinantes do comportamento humano no caso do suicídio. Embora pareçam mais insinuados do que propriamente elaborados como conhecimento tecnicamente dominado, tais resultados são animadores. Alguns fragmentos dos discursos, que incluem aspectos emocionais, sociais e psiquiátricos, são exemplos:

“[...] o suicídio é uma forma de fuga de uma realidade adversa, utilizada por determinadas pessoas em situações extremas e insustentáveis, sejam elas fruto de questões sociais, morais ou médicas”; “[...] o suicídio reflete uma situação extrema de desgaste emocional [...]” (DSC1);

“Acredito tratar-se da mais grave consequência dos diversos transtornos psiquiátricos tratáveis, como uma manifestação clínica de alguma doença [...]” (DSC2).

Por outro lado, foi possível identificar uma tendência religiosa de condenação ou reprovação do suicídio, o que é um dado preocupante, uma vez que no contexto médico o objetivo não seria reprovar ou condenar o paciente, mas, sim, diagnosticar e tratar. O fragmento do discurso “o suicídio, segundo meus valores, é algo inaceitável, não aprovo e sou totalmente contra [...]” está exposto no DSC 3. Esse discurso rememora a história das percepções do suicídio ancoradas na reprovação sob o ponto de vista político-jurídico ou filosófico-moral-religioso.

A partir deste conjunto de discursos, percebe-se a diversidade de ancoragens – as ciências sociais, a psiquiatria, as

ideologias morais ou religiosas. Estas ancoragens convivem, revelando que a percepção do suicídio incorpora valores e visões que oscilam entre a objetividade na abordagem de um fenômeno conhecido e a subjetividade de apreciações influenciadas por óticas distantes do repertório que a ciência e a experiência em lidar com o suicídio oferecem. São ambivalências de raízes sociais, religiosas e filosóficas que não são facilmente modificadas. Isto pode ser visto como um alerta para a necessidade de incluir, no meio acadêmico da formação, discussões sobre limites e alcances das crenças religiosas no exercício profissional e para a importância de examinar o suicídio à luz de análises cientificamente atualizadas.

O discurso “O suicídio pode ser evitado” foi de fraca adesão, conforme o DSC 4 indica, e pode estar relacionado à pouca familiaridade que o grupo declarou ter com a literatura especializada sobre o assunto. O grupo, por exemplo, mostrou desconhecer o protocolo a adotar nessas situações e que pode ser encontrado nos manuais da OMS e do MS. Esse desconhecimento pode ser um limite à atuação desses médicos na identificação de sinais de riscos de suicídio e de encaminhamentos corretos. Como apontado neste relato, o grupo adotou muitas expressões de dúvida ou insegurança em relação ao tema suicídio, como, por exemplo, “não sei”, “confesso não ter conhecimento”, “creio que”, “imagino”.

O conjunto dos discursos mostra que os médicos residentes estão sensibilizados para o fenômeno do suicídio, mas carecem de maior elaboração para a compreensão e abordagem dos pacientes em risco de suicídio. Essa carência pode estar relacionada aos modelos socialmente dominantes da formação médica, que têm sido construídos à luz dos paradigmas racionalista e mecanicista, que não integram a dimensão subjetiva, social e histórica dos sujeitos. Trata-se de um repertório institucionalizado de convicções, conhecimentos e práticas que resiste e se reproduz no ambiente da escola médica. É no âmbito dos esforços da superação de tal repertório que um fenômeno como o do suicídio pode ser corretamente abordado. Otero Ribeiro¹⁸ destaca um pressuposto fundamental para o encaminhamento dessas mudanças: os processos de formação só podem ser eficazes se estiverem comprometidos com a transformação das práticas em saúde, tanto quanto com o fortalecimento de enfoques multidisciplinares na abordagem dos problemas da saúde e a integração da formação com a assistência. Esse posicionamento vai ao encontro da demanda atual de ação médica para a prevenção do suicídio (OMS, MS), pois enfoca o olhar da assistência médica generalista para os riscos do suicídio expressos pelos pacientes. Além disso, há também a demanda associada a uma formação que integre o fenômeno do suicídio numa ótica que não seja apenas psiquiátrica, mas

multidisciplinar. Trata-se de um conjunto de demandas que requer, para a prevenção do suicídio, uma ação articulada dos serviços médicos com a renovação do enfoque do suicídio, isto é, não mais como apenas especialidade psiquiátrica. Ou seja, conteúdos e atitudes em relação ao suicídio precisam de renovação no contexto da formação.

CONCLUSÃO

O suicídio é hoje compreendido por meio da identificação de uma série de fatores, o que permitiu sistematizar um quadro de fatores de risco e comportamentos médicos adequados à prevenção, segundo proposto em documentos como os da OMS e do MS. A pesquisa relatada visou conhecer as representações dos médicos residentes em clínica médica acerca do suicídio, e os resultados revelaram um grupo ao mesmo tempo sensibilizado e com dificuldades para lidar com a situação. Os pesquisados mostraram ter tido pouco acesso ao longo da graduação e da residência médica aos conteúdos que abordam dados objetivos acerca do suicídio e orientações sobre a identificação de pacientes em risco e seu atendimento.

Em outras palavras, os residentes reconhecem o papel do médico na atenção ao risco de suicídio, mas não expressam segurança para exercer esse papel. Esses médicos, que se encontram em nível avançado de especialização profissional e em faixa etária de início de carreira, revelaram não ter familiaridade com a produção especializada de conteúdos e manuais técnicos que os oriente para lidar com a demanda de prevenção ao suicídio. O envolvimento dos médicos clínicos na estratégia de prevenção de suicídio exige o acesso sistematizado, ao longo de sua formação, a informações acerca do panorama do suicídio no mundo e no Brasil, a estudos, documentos e práticas normatizadores que permitam identificar fatores de risco e atuar tecnicamente em direção à prevenção.

Pode parecer óbvia a conclusão de que os cursos de Medicina não preparam adequadamente os indivíduos para lidar com pacientes em situações de risco de suicídio, o que pode ser reflexo do *status* de tabu em relação ao suicídio que atravessa diferentes setores da sociedade, como alertado na literatura. Entretanto, há um acervo disponível que poderá ser mais divulgado entre os médicos e estudantes de Medicina, ainda que não baste apenas dar-lhes acesso à bibliografia especializada. De nada servirá este acesso se eles não estiverem abertos a assimilar aspectos subjetivos, históricos e sociais em que estão envolvidos os elementos que cercam o fenômeno do suicídio.

Desta forma, este tema não constitui uma disciplina a ser aplicada isoladamente, num modelo de formação médica em que as especializações limitem a ótica interdisciplinar. Não se

trata, apenas, de divulgar os manuais de conduta para o suicídio, mas, também, de favorecer que os médicos sejam capazes de pensar o suicídio por uma ótica interdisciplinar, com a interlocução de saberes, para que a prática seja pautada de forma integrada, considerando os diferentes elementos que constituem o quadro do suicida em potencial em seus complexos elementos biopsicossociais. É o que está sugerido nos resultados da presente pesquisa, realizada em uma das mais importantes instituições de formação médica do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde. Prevenção do suicídio: um manual para médicos clínicos gerais [online]. Genebra: OMS; 2000. [acesso em 27 jan. 2011]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf
2. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. [S.l]:MS; 2006. [acesso em 27 jan. 2011]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf.
3. Mello-Santos C, Bertolote JM, Wang YP. Epidemiology of suicide in Brazil (1980 – 2000): characterization of age and gender rates of suicide. Rev Bras Psiquiatr [periódico na internet]. 2005 [acesso 27 jan. 2011];27(2):131-4. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n2/a11v27n2.pdf>
4. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. Rev Bras Psiquiatr. [periódico na internet] 2009 [acesso 27 jan. 2011];31(Supl. 2):S86-93. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>.
5. Botega NJ, Werlang BSG, Macedo MMK. Prevenção do comportamento suicida. Psico [periódico na internet] 2006 [acesso em 27 jan.2011];37(3):213-20. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>.
6. Barrero SP, Corrêa H, ed. Suicídio: uma morte evitável. São Paulo: Atheneu; 2006.
7. Durkheim E. O suicídio. São Paulo: [s.n];2002.
8. Freud S. Além do princípio do prazer. In: Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Trad. de Jayme Salomão *et al.* Rio de Janeiro: Imago, 1980. 24 v., v. XVIII, pp. 17-85.
9. Lopes FH. Suicídio e saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Apicuri; 2008.
10. Botega NJ, Chachamovich E, Stefanello S, Turecki G. Quais são os recentes achados clínicos sobre a associação entre

- depressão e suicídio? *Rev Bras Psiquiatria* [periódico na internet] 2009 [acesso em 27 jan. 2011];31(1):S18-25 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a04v31s1.pdf>.
11. Cassorla MSR. Debate sobre o artigo de Everardo Duarte Nunes. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet] 1998 [acesso em 27 jan. 2011];14(1):27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0199g.pdf>
 12. Barbosa CFAM. Contribuições psicanalíticas para uma política de prevenção do suicídio. *Pensamento Reichiano em Revista*. 2008; 3(3):25-49.
 13. Le Breton D. *Condutas de risco: dos jogos de morte ao jogo de viver*. Campinas, SP: Autores Associados; 2009.
 14. Werlang BG, Botega NJ. *Comportamento suicida*. Porto Alegre: Artmed; 2004
 15. Cassorla MSR, coord. *Do suicídio: estudos brasileiros*. Campinas, SP: Papyrus; 1991.
 16. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes; 2003.
 17. Lefèvre F, Lefrèvre AMC. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova opção em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*. Caxias do sul: EDUCS; 2003.
 18. Ribeiro ECO. *Representações de alunos e docentes sobre as práticas de cuidado e de formação: uma avaliação de experiências de mudança em escolas médicas*. Rio de Janeiro; 2003. Doutorado [Tese] - Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Isadora Nunes Barbosa Ramos e Eliane Brígida Morais Falcão planejaram o estudo, analisaram e interpretaram os resultados e redigiram o artigo. Os questionários foram aplicados pela primeira autora.

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Eliane Brígida Morais Falcão
Rua Marechal Ramon Castilha, n. 265, aptº 703
Urca – Rio de Janeiro
CEP 22290-175 – RJ
E-mail: elianebrigida@uol.com.br