

UM ESTUDO DO SUICÍDIO (2) *

CARLOS GRADIZ **

Recensão crítica dos conceitos do suicídio e dos métodos de estudo

a) Recensão dos conceitos

Da noção de suicídio do século XVIII então definida como *"morte de si mesmo até aos dias de hoje muitos paradigmas foram divulgados a respeito da sua definição. Do mesmo modo que na etiologia, são também as correntes psicológicas (incluimos nelas as psiquiátricas) e sociológicas as que mais se distinguem na preocupação em formular um conceito que permita a sua operacionalidade em estudos epidemiológicos.*

Entretanto Durkheim começou por utilizar o conceito de suicídio dominante no século XVIII e, a partir daqui o seu raciocínio expressa-se com clareza em *"o Suicídio"*. Na primeira fórmula Durkheim define o suicídio como toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um acto positivo ou negativo realizado pela própria vítima. Na segunda fórmula refere que neste acto de que resulta a própria morte é preciso que a vítima tenha em vista esse resultado. Finalmente Durkheim define o suicídio com *"todo o caso de morte que resul-*

ta directa ou indirectamente de um acto positivo ou negativo praticado pela própria vítima, acto que a vítima sabia dever produzir este resultado" (DURKHEIM 1897. ob. cit. p.10).

Já HALBWACHS (1930) critica a noção de Durkheim por não contemplar a intenção da vítima, isto é, por não referir que o acto suicida é voluntário, ou para expiar ou para vingar a revolta contra a sociedade.

Para Halbwachs o suicídio é *"todo o caso de morte que resulta de um acto cometido pela própria vítima com intenção de se matar e que não é um sacrifício, não tem fim altruísta e que não é exigido ou aprovado pela sociedade"* (HALBWACHS 1930, ob.cit. p.479 e 480). Entende Halbwachs que no suicídio por sacrifício a morte do indivíduo provém da decisão do grupo ou da sociedade (ex: morrer pela pátria) ao passo que no suicídio verdadeiro a morte é voluntária. Dentro do seu espaço crítico este autor critica a Igreja que, se por um lado condena o suicídio por outro impõe-no como sacrifício, argumentando que *"o bom pastor dá a vida pelas suas ovelhas"* (ob. cit. p. 454).

Outro autor, DELMAS (1932) critica as posições sociológicas ao argumentar que o determinismo do suicídio é um determinismo essencialmente individual,

* O segundo de uma série

** Psicólogo do Centro de Saúde Mental de Beja

uma vez que o homem só é tudo e faz tudo e que portanto o que interessa estudar é a vontade de desaparecer e as razões que a explicam. Este dado novo não era considerado por Durkheim ou Halbwachs uma vez que ambos omitem na definição do suicídio o termo vontade, "*intenção de se dar à morte sem constrangimento e com lucidez e sabendo que dependia do suicidado escolher entre viver e morrer*" (Delmas 1932, ob. cit., p. 102).

Na sequência do seu raciocínio Delmas define o suicídio como sendo o "acto pelo qual se dá a morte todo o homem lúcido que, podendo escolher viver, escolheu entretanto a morte sem nenhuma obrigação moral para morrer" (ob. cit. p. 105).

Contudo vemos na sua definição uma contradição com o facto de atribuir uma etiologia orgânica ao suicídio, uma constituição ciclotímica hereditária, de que resulta um estado maníaco-depressivo e de hipertensão, o que retiraria qualquer lucidez ao indivíduo no momento da crise.

Entretanto SNHEIDMAN (1968) define o suicídio como sendo o acto humano/de interrupção do ser/ contra si mesmo e intencionalmente.

A definição de suicídio de SNHEIDMAN (1968) centra-se sobre o conceito de cessação da vida, e em que o objectivo da acção é a morte. Ao mesmo tempo o conceito amplo do acto humano pressuporia tanto o desejo consciente de morrer como as acções por meio das quais realiza esse desejo.

Assim SNHEIDMAN (1968) considera igualmente que toda a tentativa do suicídio que tem como resultado a morte, também, deve ser considerado suicídio. Argumenta para tal facto de que na acção suicida é menos relevante o método utilizado. O que é relevante sim é o facto de a pessoa se encontrar na fase letal na etapa actual, de a sua existência estar perturbada e essa perturbação orientá-la para a morte. Face a isso não deveríamos fazer confusão entre métodos e objectivos ou intenções sendo estes na altura da crise fruto de estados de ambivalência, de indecisão, de fantasia de libertação.

Para o mesmo autor o suicídio é uma

morte intencionada uma vez que o defunto desempenha o papel directo e consciente na sua morte.

Já BAECHLER (1975) define o suicídio como "*tudo o comportamento que procura e encontra solução para um problema existencial atentando contra a vida do sujeito*" (ob. cit. p. 11).

Decompondo a sua definição, o conceito admite que se um acto está circunscrito a um momento determinado, um comportamento fatal é precedido de uma evolução (depressão, perturbações mentais). O comportamento suicida seria a resposta de um problema que obriga o sujeito a tomar uma posição e a encontrar uma saída. Esse problema seria externo ou interno, real ou imaginário e existencial dado que ninguém se mata por uma ideia ou por uma razão abstracta.

O atentar contra a vida pode ser efectivo ou simbólico absoluto ou relativo, total ou parcial e pode ser deliberado ou voluntário e escolhido ou imposto, planejado ou arriscado (Baechler 1975).

Pensamos que a definição de Baechler, por abranger a tentativa de suicídio não ajuda a precisar operacionalmente o estudo científico do suicídio. Há outros autores como por exemplo Farmer (1985) que considera a necessidade de percorrer três estágios no processo de certificação da morte:

- a morte deve ser reconhecida como não natural;
- a iniciação da acção que conduziu à morte deve ter partido do próprio falecido;
- o motivo de auto-destruição ter sido estabelecido.

Para além disso FARMER (1985) refere igualmente que a definição de suicídio estabelecida pelos órgãos de polícia, pelos tribunais e pelos legistas não é coincidente contribuindo para que os dados sejam diferentes entre si, o que também constatamos no nosso trabalho.

O grupo de trabalho para a preven-

ção de prática de suicídio e tentativa de suicídio da O.M.S. no sentido de dar maior clareza quanto à nomenclatura e definição para evitar perturbações na pesquisa comparativa de suicídio propõe então a definição de suicídio e parasuicídio, que é a que adoptamos no nosso trabalho.

O suicídio é então definido como sendo um "acto com um resultado fatal, o qual foi deliberadamente iniciado e preparado, com prévio conhecimento do seu resultado fatal através do qual a pessoa a morrer pensou fazer o que desejava" (p.5)

Já a noção de parasuicídio foi definida como "um acto não fatal, no qual o indivíduo inicia deliberadamente um comportamento não habitual que, sem intervenção de outros, causará dano a si próprio ou ingere em excesso uma substância com uma dosagem, o qual tem por fim produzir mudanças, por ele ou ela desejadas, via as consequências daí resultantes" (p.5).

Definição operacional do suicídio.

Colocadas as argumentações sobre a definição de suicídio adoptamos a seguinte definição operacional:

Suicídio implica uma relação directa entre:

- a intenção da morte;
- a sua acção destrutiva;
- consequente morte (LITMAN, CURPHNEY, SNHEIDMAN, FARBEROW E TABACHNICK 1963).

Na generalidade consideramos também suicídio quando alguém morre numa tentativa de suicídio porque falhou a ajuda prevista de alguém segundo o papel que lhe foi atribuído.

b) Recensão dos Métodos. A Autópsia Psicológica

Consideramos 3 métodos de estudo do suicídio:

- o método das estatísticas oficiais;
- o estudo das tentativas de suicídio;
- o estudo retrospectivo dos casos - a autópsia psicológica.

B.1 - O método das estatísticas oficiais

Este método introduzido por Durkheim é bastante contestado por DOUGLAS (1965) e BAECHLER (1975) por a própria noção de suicídio não estar uniformizada em todos os países, por o grau de preparação dos legistas ser variado, assim como o dos encarregados de certificar as causas de morte, pelo tipo de critério interpretativo em relação aos métodos utilizados (por exemplo suicídio por barbitúricos ou envenenamento sem morte imediata, o suicídio por gaz, são confundidos com mortes por acidente), a simulação (o suicídio ser avaliado como morte natural para conseguir enterro religioso).

Pensamos no entanto que o estudo das estatísticas oficiais é determinante, no mínimo para termos uma ideia geral da sua apresentação através das variáveis independentes a estudar (sexo, idade). Além disso, o Grupo de Trabalho para a Prevenção e Práticas de Suicídio é de opinião de que as estatísticas oficiais são suficientemente claras para serem usadas como tendência (embora reconheça que em certos países os suicídios compilados de diversas fontes não coincidem).

B.2 - Método das tentativas de suicídio

O método de estudo das tentativas de suicídio permite inferir que há certa "sobreposição" entre o parasuicídio e suicídio sob o "ponto de vista psicopatológico" (SAMPAIO 1985, p.47) e no isolamento e ti-

ming.

Contudo há diferenças significativas quer no que respeita à população suicida (mais mulheres, maior número de casos e indivíduos mais jovens nas tentativas de suicídio) quer no modo de comunicar ou intentar a morte (BECK e LESTER 1975).

Neste domínio MICHEL (1986) comparou 50 casos de tentativas de suicídio (alta e baixa intenção) com 50 casos de suicídio completo e não encontrou diferenças significativas entre alta intenção dos que tentaram o suicídio e os que o consumaram. Outros autores como PAYKEL e RAS-SABY (1977) sugerem a existência de grupos de sujeitos entre os que cometem tentativas de suicídio, desde os que tomam overdoses e que teriam menos distúrbios psíquicos e menor risco de vida, os que têm maior motivação autodestrutiva e utilizam meios mais violentos, e os que têm histórias prévias de tentativas de suicídio ou gestos de gravidade média e que se caracterizam por uma hostilidade mais aberta que os restantes.

Extrapolações realizadas por LESTER e BECK (1975) a partir de 3 grupos de homens e mulheres que tentaram o suicídio e que diferem no grau de intenção, permitiu de facto aos mesmos autores descobrir que a proporção dos homens aumenta, à medida que aumenta a intenção suicida e concluem que é possível produzir inferências acerca dos suicídios consumados a partir de estudos de tentativas de suicídio.

De facto os mesmos autores (1979) usando medidas de depressão e de desespero aplicadas a parasuicidas que posteriormente se suicidaram encontraram resultados semelhantes nestas dimensões aos que fizeram tentativas mais sérias de suicídio. Como resumo das várias extrapolaciones dos autores acabados de mencionar eles inferem que além de a intenção de morte crescer com a idade, há menor abuso de drogas à medida que aumenta a seriedade da tentativa e, as tentativas de suicídio de alta intenção autodestrutiva estão relacionadas com perturbações psiquiátricas, depressão, idade avançada e fraca saúde física.

B.3 - O estudo retrospectivo

O estudo retrospectivo a que daremos autópsia psicológica foi o método qualitativo mais apropriado que a psicologia encontrou para determinar as intenções de morte e os factores suicidogénos mais determinantes no suicídio consumado e que é o adaptado no nosso trabalho.

a) História Metodológica

Inicialmente o seu objectivo foi averiguar casos de morte em que a intencionalidade do sujeito estaria pouco clara. Através da reconstrução do background do quadro existencial do falecido, das relações, hábitos, traços de personalidade e de carácter, seria possível averiguar a origem da responsabilidade da morte equívoca.

O procedimento usado era uma entrevista que continha questões como história médica e familiar do suicidado, patterns de reacção ao stress, papel das drogas e do álcool, etc., e dirigida às pessoas que mais envolveriam o suicidado em vida.

Segundo DILLER (1979) foi LITMAN (1958) quem, a pedido de um médico legista (T. Curphey) faz a primeira autópsia psicológica sendo o objectivo na altura encontrar uma maior certeza num modo de morte que, segundo a autópsia somática se poderia atribuir a acidente ou suicídio.

As fases da primeira autópsia psicológica foram as seguintes:

1º passo - Telefonar para o familiar próximo que tivesse testemunhado a ocorrência (reconhecer o corpo) e combinar uma entrevista face a face 2 a 4 meses após a morte.

2º passo - A entrevista que duraria em média 45 minutos e seria realizada face a face. Foram realizadas outras entrevistas com pessoas que pudessem esclarecer alguma coisa sobre o comportamento do

suicidado.

3º passo - Constituía o relatório final que conteria:

- informação acerca das circunstâncias da morte e estilo de vida do suicidado;
- uma avaliação do tipo de morte (intencional ou não);
- valor terapêutico da entrevista e a revelação de problemas comunitários.

Posteriormente, houve grandes avanços na metodologia da pesquisa de que salientámos os seguintes pontos:

- 1 - alargamento da actividade da pesquisa o que originou modificações na autópsia psicológica que, sem perder a preocupação em destacar a fase terminal da vida do suicidado, começou a preocupar-se também pelo estudo profundo do seu estilo de vida.
- 2 - esta alteração provocou mudanças no próprio formato e estrutura do seu principal procedimento - a entrevista - que passou a incluir *"toda a observação disponível, num esforço para perceber as componentes psicossociais da morte, tão bem como as da vida"* (SANBORN e SANBORN 1976, ob.cit., p.4). Deixou de se dar também ênfase exclusiva aos dados da pesquisa e a autópsia psicológica passou a ser também uma ferramenta terapêutica, junto dos familiares dos suicidados, ultrapassando-se assim os limites da epidemiologia.
- 3 - Alterações nos procedimentos desde a ausência de aviso prévio para a entrevista aos familiares e maior período de tempo entre a morte e a entrevista ao familiar sem perda de sucesso (BARRACLOUGH e SHEPHERD 1977 e BARRACLOUGH e alg. 1973) participação de maior número de entrevistadores para dar maior validade aos questionários, e alargamento neste domínio de interven-

ção a equipas multidisciplinares no sentido de proporcionar maior consistência nos resultados (SAMPAIO 1987). Finalmente experiências recentes fizeram incluir nos procedimentos além do questionário, escalas clínicas ou métodos inferenciais de que destacamos a escala SIS de Beck e a C.A.S. de ZUNG (GARZA e SALTIGERAL 1983).

b) Problemas que se colocam nas autópsias psicológicas

Para além dos problemas paradigmáticos e de design estrutural, característicos dos métodos qualitativos e naturalísticos há os que têm a haver com os próprios instrumentos e com a objectividade dos dados e que analisaremos de seguida.

As falhas mais importantes encontradas no decorrer das primeiras autópsias psicológicas foram as seguintes:

- familiares mais importantes mudarem de local de residência;
- nenhuma resposta depois de várias tentativas de entrevista;
- recusa;
- ausência de parentes.

Aliás COLIN et alg. (1973) ao analisarem as atitudes de resistência aos inquéritos epidemiológicos apontam-nos algumas de forma sistematizada e ratificam as de BARRACLOUGH (1973). Assim, as principais resistências encontradas por COLIN (1973) foram as seguintes:

- resistências ao inquérito como meio de investigação (fazer um inquérito não vai impedir as pessoas de se suicidarem e daí a sua inutilidade);
- as resistências perante o inquiridor (o inquiridor é visto como mensageiro de infelicidade e "croque-mort";

aquele que pune, o indivíduo que já sabe tudo, o terapeuta);

- as resistências face ao suicídio por parte da psiquiatria (o suicídio em hospital psiquiátrico é indicador institucional) os dos próprios serviços de tratamento do suicídio (que tendem a banalizá-lo, o que é equivalente à sua própria rejeição).

Finalmente, as escalas de predição do suicídio utilizadas complementarmente ao questionário psicossocial e muito utilizadas em Centros de Prevenção do Suicídio parece não revelarem a eficácia que se esperaria delas. Efectivamente, o valor preditivo das escalas clínicas (S.I.S. de Beck, I.P.S. de Zung e S.D.P.S. de Lettieri) é significativamente baixo devido ao facto de constituírem instrumentos de classificação diagnóstica a nível psiquiátrico e não terem portanto valor preditivo (BIRO e LAZIC

1988), sendo proposto como alternativa o método de controlo estatístico das variações de certos parâmetros relevantes chamados factores "suicidógenos" (análise múltipla regressiva).

Não admiram estas constatações pois, apesar da maciça utilização das escalas de intenção suicidária por clínicos gerais e centros de prevenção de suicídio dos meios urbanos, não tem havido qualquer diminuição nas taxas de suicídio (Bridge, Potkin e alg. 1977) ⁽¹⁾.

NOTA :

(1) - No entanto a intervenção dos núcleos samaritanos em G.B. tem permitido a prazo uma diminuição da taxa de suicídio.

REPRESENTAÇÕES LANÇA COELHO, LDA.

MATERIAIS DE CONSTRUÇÃO E DECORAÇÃO

TODA A GAMA DE FRIO

CONCESSIONÁRIOS

DISTRITAIS:



ROBBIALAC - FÁBRICA PORTUGAL,
HOOVER E. P. LDA - MÓVEIS LEVIRA
SIAF, S.A.R.L. - JUNKERS (BOSCH)
MOLAFLEX, S.A.R.L. - SONAE, S.A.R.L.
ARISTON PORTUGUESA - PLATEX
BLACK & DECKER

7800 BEJA

Stands - Rua Gomes Palma, 13 A e 13 B - Telef. (084) 25041/2
Armazéns - Rua Luís de Camões, 35 - 39 - 41 - 43
Travessa Almeida Garrett, 16