

MARINHA DO BRASIL
HOSPITAL NAVAL MARCÍLIO DIAS
ESCOLA DE SAÚDE

VANESSA MARIA TAVARES LOBATO

SUICÍDIO E O TRABALHO

RIO DE JANEIRO

2022

VANESSA MARIA TAVARES LOBATO

SUICÍDIO E O TRABALHO

Monografia apresentada à Escola de Saúde da Marinha do Brasil, como requisito parcial para obtenção do Certificado de Conclusão do Curso de Aperfeiçoamento em Psiquiatria.

ORIENTADOR: DANIEL AMARAL SILVA

RIO DE JANEIRO

2022

RESUMO

Introdução: Este trabalho busca realizar uma revisão bibliográfica sobre o comportamento suicida relacionado ao ambiente laborativo. Mais de 700.000 pessoas cometem suicídio todos os anos e, desde a década de 1990, crescem os casos em que a desestruturação do ambiente de trabalho é apontada como principal motivador. Algumas profissões são mais susceptíveis, como a dos profissionais de saúde, em especial, os médicos e até mesmo os estudantes de medicina (1,2,3). Entre os bancários também há um alto índice de suicídio (4). A partir dos anos 2000, o assunto ganhou mais destaque com a onda de suicídios em empresas de grande porte como a France Telecom, Carrefour, Peugeot, Renault, Électricité de France (5). Em 2015, o copiloto de uma companhia aérea, de forma intencional, derrubou o avião nos Alpes Franceses. Urge discutir sobre o suicídio, medidas preventivas e ficarmos alerta como sociedade e profissionais no campo da Psiquiatria. Objetivo: Revisar alguns aspectos do comportamento suicida, relacionando-os com o ambiente laboral. Metodologia: A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa, utilizando-se revisão de literatura: livros, artigos, teses, dissertações e a base de dados do Portal de Periódicos Capes/MEC, PUBMED (US National Library of Medicine), Google Scholar, SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Foram utilizadas somente bibliografia nas línguas portuguesa e inglesa e excluídos artigos em que não se obteve acesso na íntegra.

Palavras chave: suicídio - ambiente de trabalho - suicídio entre médicos - suicídios entre estudantes de medicina - assédio moral

ABSTRACT

Introduction: This work seeks to carry out a bibliographic review on suicidal behavior related to the work environment. More than 700,000 people commit suicide every year and, since the

1990s, there has been an increase in cases in which the breakdown of the work environment is identified as the main motivator. Some professions are more susceptible, such as health professionals, especially physicians and even medical students (1,2,3). There is also a high suicide rate among bank workers (4). From the 2000s, the subject gained more prominence with the wave of suicides in large companies such as France Telecom, Carrefour, Peugeot, Renault, Électricité de France (5). In 2015, an airline co-pilot intentionally crashed the plane in the French Alps. It is urgent to discuss suicide, preventive measures and stay alert as a society and professionals in the field of Psychiatry. Objective: To review some aspects of suicidal behavior, relating them to the work environment. Methodology: The research carried out was of a qualitative nature, using a literature review: books, articles, theses, dissertations and the database of the Portal de Periódicos Capes/MEC, PUBMED (US National Library of Medicine), Google Scholar, SCIELO (Scientific Electronic Library Online). Only bibliography in Portuguese and English were used and articles to which full access was not obtained were excluded.

Keywords: suicide – work environment – suicide among physician – suicide among medical students – moral harassment

BREVE HISTÓRICO

Constatamos que o suicídio é estudado do ponto de vista de várias especialidades como sociologia, psicologia, psicanálise, literatura, medicina. No mundo ocidental, até o século XVII, o assunto foi focado por um viés filosófico-moral-religioso e, somente no século XIX, a abordagem tornou-se mais científica. Foi nesse momento que se procurou entender os aspectos diferentes que permeiam o ato da morte voluntária. O questionamento mudou, uma vez que

deixou de se indagar se era aceitável, honroso, prejudicial à sociedade, proibido e punido. As perguntas passaram a ser: quem se mata, por que faz isso, em que condições.

Barrero e Correa (6) traçam um breve histórico, afirmando que os suicídios existem desde a pré-história, pois há relatos também no Egito, antes de 2000 a.C. Em relação aos suicídios bíblicos (1000 a 500 a.C.), eles eram vistos de forma neutra e, às vezes, até gloriosa. Em 400 a.C., Hipócrates atribui o suicídio à melancolia e, em 240 d.C., Ptolomeu proíbe escritos que possam estimular o suicídio. De 354 a 430 d.C., os escritos de Santo Agostinho apontam o suicídio como grande pecado, oferecendo uma nova explicação ao sexto mandamento: Não matarás, nem a outro nem a si próprio. A partir daí, as autoridades eclesiásticas condenam o suicídio em 452, no Concílio de Arles, quando determinam: o suicídio é crime, pois é resultado de uma fúria demoníaca. Em 563, o Concílio de Praga recusa os ritos cristãos aos suicidas e o Concílio de Toledo, em 593, excomunga o suicida. Igualmente, as autoridades seculares seguem a doutrina da Igreja. Podemos citar o rei Edgar da Inglaterra, no século X, aplicando a lei civil, em que o suicídio se torna um crime. E mais tarde, no século XIV, na Inglaterra, criam-se punições públicas e seculares para a vítima e seus familiares, pois as leis passam a permitir a confiscação de propriedades e execração do corpo dos suicidas.

Somente com o advento do Iluminismo, no século XVII, é que as crenças religiosas começam a ser modificadas. Spinoza atribui o suicídio às dificuldades físicas ou psicológicas. Em 1628, Burton publica “Anatomy of Melancholia” retratando a visão e atitude clínica sobre o tema. Em 1647, é publicado postumamente “Biathanatos”, uma defesa da vítima do suicídio, do capelão do rei e teólogo John Donne que intuía sobre o terreno que estava pisando, isto é, infringia um tabu, por isso solicitou que só fosse publicado após sua morte. O viés psiquiátrico aparece com Esquirol, discípulo de Philippe Pinel, ao publicar “Sur la Monomanie”, em 1827 (6,10).

Os escritores românticos do século XVIII e início do século XIX vão além, e procuram glorificar o suicídio como ato heroico do homem livre. O romântico tem um olhar janusiano, ora se refugia no passado, ora se volta para um futuro utópico. É uma cosmovisão marcada pelo choque com o cotidiano imediato, vivendo as contradições próprias da Revolução Industrial e da burguesia ascendente. Esse subjetivismo faz com que a realidade seja revelada pela atitude pessoal e o poeta foge para o mundo imaginário, idealizado a partir dos sonhos e emoções. Ao surgir um choque entre o mundo sonhado e o mundo real, a solução é o evadir-se para a solidão, desespero e para a evasão das evasões: o suicídio, a morte, que é tema predileto do movimento romântico. O livro de Goethe “As Amarguras do Jovem Werther” escrito em 1774 foi encontrado ao lado de vários jovens suicidas, sendo proibido em Leipzig e a edição italiana foi destruída pela Igreja Católica de Milão, por se acreditar que contagiava os jovens. Esse fato na suicidologia e na área da comunicação ficou conhecido como *efeito Werther* (6,10).

Em 1897, Durkheim publica “Le Suicide”, um estudo sociológico, muito bem documentado, com estatísticas da época. Revelando causas sociais, Durkheim divide o suicídio em quatro categorias: suicídio egoísta, altruísta, anômico e fatalista. No egoísta, indivíduos menos ligados a grupos familiares, religiosos e políticos; no altruísta, o sacrifício pelo grupo; no anômico, devido à falta de regras sociais, que não asseguram a satisfação das necessidades mais elementares e, no fatalista, por haver excesso de regulamentação e repressão das paixões, por disciplina opressiva.

Em 1920, Freud faz a abordagem psicológica do suicídio em seu livro “Além do Princípio do Prazer”, apresentando a teoria de que existe um instinto de morte em cada pessoa que se opõe ao instinto da vida e da reprodução, diferentemente da explicação dada por ele em 1905 de que o suicídio era um retorno da agressividade contra o próprio eu (6).

Em 1976, Asberg et al publicaram um estudo sobre serotonina e suicídio, acrescentando, assim, uma abordagem biológica ao tema. A concentração de um metabólito da serotonina, o ácido 5-hidroxi-indolacético, estava em níveis mais baixos no líquido cefalorraquidiano dos indivíduos que haviam tentado se matar. Estudos posteriores mostraram deficiência serotoninérgica no córtex cingulado anterior e córtex pré-frontal ventromedial dos suicidas. Essas regiões estão relacionadas à inibição do comportamento e à tomada de decisões (6).

CONCEITUAÇÃO

“Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia. O resto, se o mundo tem três dimensões, se o espírito tem nove ou doze categorias, vem depois.” Esta é a abertura magistral da obra de Albert Camus “O Mito de Sísifo”, na qual o autor resume bem o desafio do tema, já que os seres humanos se diferenciam pela consciência da finitude e da morte, suas crenças e mitos (7).

Na mitologia grega, Sísifo foi condenado pelos deuses a rolar ininterruptamente uma pedra até o cume de uma montanha, de onde o rochedo caía de novo com seu próprio peso, atividade que exigia um enorme esforço físico. Não haveria punição mais terrível que um trabalho inútil, sem esperança e não podendo ser completado. Nada mais tedioso e insuportável que o trabalho sem sentido. Nada é mais torturante para o homem do que o absurdo. A atividade de Sísifo, na realidade, é uma inatividade, uma tarefa para o nada, uma tortura tendo em vista que ele leva a rocha até o ponto mais alto da montanha e ela torna a cair, estando preso nesse *looping* sem fim. O dia do trabalho é insuportavelmente longo, enquanto que a vida é intoleravelmente curta (8). O momento da tomada de consciência é o momento da liberdade, quando Sísifo consegue pensar no que está fazendo. Em determinado instante, a pedra desce e ele fica no cume da montanha contemplativo (7).

E, para iniciarmos falando de um tema, é necessário defini-lo e, como dito na introdução do livro “O Suicídio” (9):

Seria de se supor universalmente conhecido o sentido da palavra suicídio (...) portanto, seria de se supor supérfluo defini-lo. Na realidade, porém, as palavras da linguagem corrente, tal como os conceitos por elas expressos, são sempre ambíguas, e o seu emprego científico, partindo do uso do senso comum, sem as submeter a nenhuma transformação, causaria as mais graves confusões. E não só o sentido dessas palavras está mal definido a ponto de variar de um caso para o outro, ao sabor das necessidades, mas mesmo, visto que a classificação de que são resultantes não procede de uma análise metódica e se limita a traduzir as impressões confusas das pessoas, o que sempre acontece são categorias de fatos muito diversos serem indistintamente reunidas sob uma mesma rubrica ou realidades da mesma natureza receberem designações muito diferentes. Portanto, se se aceita a acepção vulgar, corre-se o risco de distinguir o que deve ser confundido ou de confundir o que deve ser distinguido, ignorando-se com isso o real parentesco das coisas e, conseqüentemente, sua respectiva natureza. Comparar é o único meio de explicar (Durkheim, 1897).

E, mais adiante, Émile Durkheim (1897) chega à primeira formulação:

O suicídio é toda a morte que resulta mediata ou imediatamente de um ato positivo ou negativo, realizado pela própria vítima. Mas essa definição é incompleta por não fazer distinção entre duas espécies de mortes bastante distintas. Não podemos alinhar na mesma classe e abordar da mesma forma a morte do alucinado que se precipita de uma janela alta porque a julga próxima do solo e do homem, de espírito são, que atenta contra a sua vida estando consciente disso. Diremos então que só existe suicídio se o ato de que a morte resulta tiver sido perpetrado pela vítima com vistas a esse resultado? Que só se mata verdadeiramente aquele que se deseja a morte e que o suicídio é um homicídio intencional de si próprio? Isso corresponderia a definir o suicídio por uma característica que, não obstante o interesse e a importância que pudesse ter, possuiria ao menos a desvantagem de não ser facilmente reconhecível, porque difícil de observar. Como saber que móbil determinou o agente, como saber se, ao tomar a sua resolução, desejava efetivamente a morte, ou tinha outro fim em vista? (...) Quantas vezes não caímos em erro sobre as verdadeiras razões que nos levam a agir?! Quantas vezes não explicamos por generosas paixões ou por considerações elevadas atitudes que nos foram suscitadas por sentimentos mesquinhos ou por uma rotina cega?! (Durkheim, 1897).

O autor completa:

O soldado que avança para uma morte certa a fim de salvar o seu pelotão não deseja perecer; e, no entanto, não será ele o autor de sua própria morte na mesma medida que é o industrial ou comerciante que se mata

para se poupar à vergonha da falência? O mesmo se pode dizer do mártir que dá a vida pela fé, da mãe que morre para salvar o filho (Durkheim, 1897).

E Émile Durkheim conclui:

Sem dúvida, o suicídio é vulgarmente e antes de mais nada o ato de desespero de um indivíduo a quem a vida já não interessa. Mas, na realidade, porque ainda se está ligado à vida no momento de a deixar, nem por isso o indivíduo se abstém de abandoná-la e, dentre todos os atos pelos quais um ser vivo abandona assim o mais precioso de seus bens, existem traços comuns que são evidentemente essenciais. (...) Definitivamente, diremos, pois: chama-se suicídio todo o caso de morte que resulta direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo praticado pela própria vítima, ato que a vítima sabia dever produzir o resultado. A tentativa de suicídio é o ato assim definido, mas interrompido antes que dele resulte a morte (Durkheim, 1897)

Além de Émile Durkheim, outros autores tentaram responder ao que é o suicídio. Para Sêneca era “...um ato de heroísmo”, já no outro oposto, para Dante, era “...um ato de desespero”. Segundo Kant, era “a destruição arbitrária e premeditada que o homem faz da sua natureza animal.”, enquanto que, para Rosseau, era “uma violação ao dever de ser útil ao próximo homem e aos outros.” Nietzsche afirma que era “admitir a morte no tempo certo e com liberdade”, enquanto que, para Sartre, era “...uma fuga ou um fracasso” (6).

Vimos que Durkheim inclui no rol dos suicidas as pessoas que fazem um sacrifício de sua vida, como os mártires, soldados; contudo, outros autores (6) não o fazem, pois suicídio seria “todo caso de morte que resulta de um ato realizado pela própria vítima, com a intenção de, ou visando se matar, e que não é um sacrifício.”

Para Karl Menninger, o suicídio é um assassinato voltado para o próprio indivíduo, um homicídio invertido, resultado da raiva do paciente por outra pessoa, voltada para o íntimo ou usado como desculpa para a punição. Haveria três componentes de hostilidade do suicídio: o desejo de matar, o desejo de ser morto e o desejo de morrer (6, 10).

Na suicidologia, usa-se intencionalidade como a intensidade do sujeito em terminar com sua vida e letalidade as consequências do ato em termos da gravidade médica. Cassorla utilizando esses conceitos observa como um espectro e tendo: 1) veleidade suicida, falar de forma vaga; 2) ideia ou pensamento suicida, em que ato existe virtualmente; 3) ameaça suicida, quando a pessoa deixa explícito o desejo de se matar; 4) gesto suicida; 5) tentativa de suicídio ambivalente; 6) tentativa de suicídio deliberada; 7) suicídio exitoso ou completo. Os gestos suicidas têm um proposto comunicativo e muitas vezes manipulativo em que a intencionalidade suicida é praticamente inexistente (11).

Várias figuras importantes na História optaram por terminar suas vidas através do suicídio. Entre elas, podemos citar: Alberto Santos Dumont, Getúlio Vargas, Adolf Hitler.

O suicídio é um problema complexo, para o qual não existe uma única causa ou uma única razão. Resulta de uma complexa interação de fatores biológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais e ambientais. É difícil explicar por que algumas pessoas decidem cometer suicídio, enquanto outras, em situação similar ou pior, não o fazem. Contudo, a maioria dos suicídios pode ser prevenida (12).

Conceito de Crise

Durante a vida, todos passam por períodos difíceis, e algumas pessoas passam por períodos relatados como insuportáveis. Os problemas de cada um são diferentes e específicos, e a maneira como cada um interpreta tais eventos é fundamental para explicar o que se chama de crise. O suicídio é, por si só, caracterizado como consequência de uma situação de crise (13).

Crise psicológica e inabilidade individual de resolver os problemas, associadas a um estado de desequilíbrio emocional, geralmente proporcionado por grandes mudanças, que podem ser, inclusive, positivas, fazem com que o indivíduo encare os problemas como impossíveis de serem resolvidos. Isso ocorre, mesmo utilizando as estratégias de resolução de problemas do passado, que, no entanto, poderiam ser eficazes na situação atual. O resultado desse impasse é, geralmente, o aumento de ansiedade e o aumento da percepção da insolubilidade do problema. Quando a situação estressante e a interpretação anterior permanecem, o indivíduo tende a experimentar desamparo e tristeza, que o impedem de pensar em formas alternativas ou de tomar atitudes que modifiquem o curso da situação (13).

EPIDEMIOLOGIA

Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, no ano 2019, mais de 700 mil pessoas morreram por suicídio (14). Isso corresponde a uma morte a cada 45 segundos, uma tentativa a cada 3 segundos e, em um dia, um total de duas mil pessoas que tiram suas vidas. Estima-se que, para cada caso de suicídio com êxito, haja de 10 a 20 tentativas de suicídio e que 0,4% a 5% das pessoas tentem suicídio em algum momento da vida (10). Nos últimos 45 anos, a mortalidade global por suicídio vem migrando, em participação percentual, do grupo dos mais idosos para o de indivíduos mais jovens (15 a 45 anos). O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre com pessoas com 15 e 35 anos, sendo a segunda causa mais frequente entre 19 e 25 anos idade e a sexta causa de incapacitação entre os indivíduos de 15 e 44 anos. Cada suicídio tem um sério impacto em, pelo menos, seis pessoas e o impacto

psicológico, social e financeiro do suicídio em uma família e comunidade é imensurável. No ano de 2002, 1,4% do ônus global ocasionado por doenças foi devido a tentativas de suicídio (10). Em 2016, 1,4% das mortes em todo mundo foi por suicídio (16).

Inquérito populacional realizado em Campinas apurou que 17% das pessoas haviam pensado, ao longo da vida, seriamente em se matar, 5% chegaram a elaborar um plano e 3% haviam tentado (10).

O coeficiente de mortalidade por suicídio no Brasil, entre os anos de 2004 e 2010, foi de 5,7 por 100.000 habitantes. Houve 11821 suicídios oficialmente registrados em 2012, dando um coeficiente médio de mortalidade de 5,8, o que representa mais de uma morte a cada hora e 32, diariamente. Em 2017 foram 12495 óbitos por suicídio e 9799 com intenção indeterminada. Deixando-se à margem o problema da subnotificação, o suicídio responde por 0,8% de todos os óbitos da população brasileira (15).

O Brasil é um país que vai no inverso da tendência mundial de queda nas taxas de suicídio. No mundo, no ano 2000 um milhão de pessoas morreram por suicídio, em 2012 foram mais de 800 mil mortes por suicídio versus 703 mil em 2019. No início dos anos 2000, a OMS estimava que se continuasse seguindo as tendências observadas, em 2020 se chegaria ao alarmante número de 1.530.000 óbitos por suicídio. Entre 1979 e 2016, a taxa brasileira aumentou de 2,95 para 6,1 por 100 mil habitantes (6, 15). É necessário ressaltar o problema da subnotificação, pois muitas vezes não vem definido corretamente no atestado de óbito, além de não se saber se houve ou não a intencionalidade. E dos 172 membros da OMS, só 60 têm registros considerados de boa qualidade (15).

Em uma estatística da OMS, em 56 países, a taxa agregada e padronizada de suicídio em 1996 foi de 15,1 por 100.000 habitantes. A taxa de suicídio é quase universalmente mais alta entre homens em comparação com mulheres, por um coeficiente agregado de 3,5:1.

Sabe-se que os óbitos por suicídio são maiores em homens, já as mulheres lideram as taxas de tentativa de suicídio. Alguns atribuem isso ao fato que, em geral, os homens usam métodos com menor possibilidade de erro (armas de fogo, enforcamento), enquanto as mulheres usam métodos menos letais. No entanto, há críticas em relação a essa visão, uma vez que, nos Estados Unidos, as mulheres têm o mesmo acesso a armas de fogo e, mesmo assim, elas não superaram os homens. A menor ocorrência no sexo feminino pode ser atribuída ao fato de elas procurarem ajuda e tratamento com menos resistência que o sexo oposto, bem como à religiosidade, atitudes mais flexíveis, desempenho dos papéis sociais, baixa prevalência de alcoolismo (10). A estimativa é que os óbitos por suicídio, em indivíduos do sexo masculino, são de três a quatro vezes maiores do que entre as mulheres. A exceção desses dados são as mulheres médicas e os registros chineses, principalmente na zona rural, que mostram um número de mortes por suicídio superior em mulheres.

Algumas pesquisas demonstraram que as tentativas de suicídio são duas a três vezes superiores, durante toda a vida, entre os homens homossexuais em relação aos heterossexuais. Já um estudo comunitário neozelandês encontrou risco seis vezes maior de tentativas de suicídio em jovens homo e bissexuais (6).

Apesar da importância do suicídio nos jovens, o suicídio entre os idosos constitui uma significativa causa de morte. As taxas aumentam proporcionalmente com o envelhecimento: de 1,2/100.000 na faixa de 5 aos 14 anos a 55, na faixa de 75 anos ou mais, no sexo masculino, embora com taxas bem menores, este crescimento também é observado no sexo feminino, com taxas de 0,5 a 18,8 suicídios por 100.000 (6).

No Brasil, refletindo a vulnerabilidade mundial de suicídios entre os idosos, em 1979, os suicídios representavam 6,7% das mortes por causas externas, com elevação para 7,8% em 1999. No ano de 2001, segundo tabela do DATASUS, houve 7.729 mortes por suicídio no Brasil; destas 13,84% ocorreram em idosos, ou seja, 1.070 idosos cometeram suicídio,

distribuídos da seguinte maneira: 585 mortes na faixa de 60 a 69 anos; 336 mortes na faixa de 70 a 79 anos e 149 mortes na faixa de 80 anos ou mais, com a concentração de óbitos nas regiões Sul e Sudeste (6).

TIPOS DE SUICÍDIO

Não se pode falar em suicídio sem falar em Émile Durkheim, que publicou o livro “*Le Suicide: étude sociologique*”, em 1897, tornando-se um dos autores mais estudados das ciências sociais e um dos autores mais citados em suicidologia. O autor divide o suicídio em quatro tipos: Suicídio Egoísta, Suicídio Altruísta, Suicídio Anômico e Suicídio Fatalista.

O suicídio egoísta ocorre quando existe um excesso de individualização da pessoa, pois o indivíduo carece de vínculos sociais que sirvam de rede de apoio e o mantenham preso à vida.

Quanto mais se enfraqueçam os grupos sociais a que ele pertence, menos ele dependerá deles, e cada vez mais, por conseguinte, dependerá apenas de si mesmo para reconhecer como regras de conduta tão somente as que se calquem nos seus interesses particulares. Se, pois, concordamos em chamar de egoísmo essa situação em que o eu individual se afirma com excesso diante do eu social e em detrimento desde último, podemos designar de egoísta o tipo particular de suicídio que resulta de uma individuação descomedida (Émile Durkheim, 1897).

O suicídio altruísta é o oposto do suicídio egoísta. Há uma alta integração à sociedade e o eu não pertence ao indivíduo, por estar exclusivamente integrado à sociedade. É, literalmente,

um pedido da sociedade, pois não se suicidar é uma desonra ou traria prejuízos, para o indivíduo ou sua família.

Se uma individuação excessiva leva ao suicídio, a individuação insuficiente produz os mesmos efeitos. Quando desligado da sociedade, o homem se mata facilmente, e se mata também quando está por demais integrado nela (Émile Durkheim, 1897).

O suicídio anômico depende da ruptura do equilíbrio entre a sociedade e o indivíduo. O deslocamento dos valores sociais leva à desorientação individual e a um sentimento de falta de significação da vida. A pessoa não consegue lançar mão de mecanismos adaptativos frente a uma situação inesperada e acaba optando pelo suicídio.

O suicídio fatalista ocorre por excessiva regulação, um estado de controle excessivo e insuportável, e os indivíduos que o cometem têm o futuro implacavelmente limitado. Para Durkheim, o suicídio fatalista se opõe ao anômico “pois resultaria de um excesso de regulamentação, cometido por indivíduos cujo futuro é uma incógnita completa e cujas paixões são reprimidas por disciplina opressiva”.

Além de Émile Durkheim, outros autores tentaram caracterizar subtipos de motivação para o suicídio. Estes autores separaram em: 1) suicídio desesperado - marcado pela intolerabilidade e falta de esperança na situação na qual a pessoa se encontra, sendo a fuga a maneira que o sujeito julga mais acertada para solucionar os problemas; 2) suicídio psicótico – em pacientes que têm alucinações como os esquizofrênicos; 3) suicídios racionais – pessoas que sofrem de doenças progressivas ou terminais e sentem necessidade de aliviar os sintomas

físicos e incapacidade, além do quadro de depressão associado à doença; 4) suicídio histriônico/ compulsivo/ manipulador – maior força motriz seria o desejo de atenção ou vingança (13).

Neurocircuitaria

As principais áreas do cérebro que pesquisadores identificaram associadas a pensamentos e comportamentos suicidas foram o córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, ínsula, região temporal mesial (amígdala e hipocampo), região subcortical (tálamo e estriado) e regiões posteriores (córtex cingulado posterior, lobos temporais laterais e cerebelo) (15). Uma metanálise mostrou que paciente com transtorno depressivo maior com planos e tentativas de suicídio apresentavam volume cerebral intracraniano menor que controles saudáveis. O córtex pré-frontal, principalmente o ventral incluindo ventrolateral e ventromedial, tem sido frequentemente associado a anormalidades estruturais associadas a pensamentos e comportamentos suicidas (15). Estas regiões estão implicadas no controle cognitivo, em especial regulação emocional, controle de impulso, autorreflexão, avaliação de emoções, recompensa, punição e planejamento do futuro. Estudos mostram o córtex pré-frontal ventral com espessura cortical mais baixa em pessoas com pensamentos de morte. Também foi demonstrado menor volume e espessura cortical nos córtex pré-frontal dorsolateral e dorsomedial em pessoas que tentaram o autoextermínio, essas regiões estão envolvidas no processo decisório, memória do trabalho, controle cognitivo de pensamento e comportamento assim como regulação das emoções (15).

Avaliação de Risco

A entrevista clínica psiquiátrica continua sendo o principal meio para avaliação no campo da psiquiatria. Na avaliação de um paciente com pensamentos suicidas o psiquiatra deve avaliar o risco de suicídio, avaliar a propensão ao suicídio e implementar medidas preventivas. Na avaliação do risco o médico deve identificar fatores predisponentes como ocupação, acesso

a meios letais, presença de transtornos psiquiátricos, tentativas prévias de suicídio, fatores precipitantes popularmente conhecidos como gatilhos, término de relacionamento amoroso, mudança do estado econômico, gravidez indesejada e deve identificar fatores protetores como suporte social, ausência de transtorno mental, religiosidade, sentido de vida, suporte social. Na avaliação da propensão deve-se estabelecer um vínculo com o paciente e utilizar as queixas dele como caminho para explorar ideação suicida (15).

A morte é uma busca para escapar do sofrimento insuportável. O desejo de morrer e viver coexistem de forma confusa como que se digladiando (11). Para Cassorla quem se mata não quer necessariamente morrer, tendo em vista que desconhece o que é isso. Na realidade estaria desejando uma outra forma de viver, fantasiada em sua mente encontrando amor, proteção e se vingando dos seus inimigos (16). Contudo, a reação do ambiente costuma ser complexa e raramente a tentativa de suicídio modifica algo. A relação indivíduo-ambiente é estruturada de tal maneira que modificações são fugazes e pouco tempo depois a vida volta a ser o que era antes (16). Cassorla ressalta também que é bem possível que a reação do ambiente seja agressiva e a ameaça ou mesmo a tentativa de suicídio não é levada a sério e o autor é ainda mais rejeitado e castigado (16).

Edwin Shneidman considerado pai da suicidologia baseou-se nos referenciais psicodinâmico e cognitivo cunhando o termo *psychache* para denominar o estado psíquico de alguém prestes ao autoextermínio. Refere-se a uma dor intolerável, vivida por uma turbulência emocional interminável, sensação de estar preso a si mesmo sem saída. A questão central do suicídio não seria sobre morte ou se matar e sim a cessação da consciência para evitar uma dor psíquica insuportável. A palavra-chave no suicídio para Shneidman não seria morte e sim *psychache* (dor psíquica) (10).

De início, geralmente o paciente tem ideias passivas de morte como morrer de uma doença. É importante lembrar que na depressão existe um autoabandono decorrente da hipobulia, anedonia, apatia. Não sendo uma ideia ativa de se matar e sim de deixar-se morrer, já que não há mais motivação e satisfação para viver. Depois há o estágio da ideação suicida egodistônica quando ideias suicidas trazem desconforto, parecem alheias ao indivíduo causando ansiedade. A ideação suicida egossintônica aparece com o aumento da intensidade e a continuidade de uma crise sentida como intolerável fazendo com o indivíduo veja o autoextermínio como uma saída, um alívio. Geralmente a pessoa tem pouca flexibilidade e propensão à impulsividade (10).

Para Shneidman, cada suicídio é um evento único, idiossincrático e ele elaborou o que chamou de 10 generalidades psicológicas do ato suicida:

- O propósito comum é a busca da solução para a dor psíquica
- O objetivo comum é cessar o fluxo da consciência
- O estímulo comum é uma dor psíquica insuportável
- O estressor comum são as necessidades psíquicas frustradas
- A emoção comum compreende desesperança e desamparo
- O estado afetivo comum é ambivalência
- O estado cognitivo comum é de rigidez e constrição
- A ação comum é o escape, fuga
- O ato interpessoal comum é a comunicação de sua intenção
- A consistência comum é com o padrão de enfrentamento existencial (10).

A seguir, estão relacionados alguns mitos e fatos em relação ao suicídio retirados do Manual Dirigido Profissionais da Saúde da Atenção Básica e Manual para Médicos Clínicos Gerais.

MITOS	FATO
<i>“Se eu perguntar sobre suicídio, poderei induzir o paciente a isso”.</i>	Questionar sobre ideias de suicídio, fazendo-o de modo sensato e franco, aumenta o vínculo com o paciente. Este se sente acolhido por um profissional cuidadoso, que se interessa pela extensão de seu sofrimento.
<i>“Quem quer se matar, se mata mesmo”.</i>	Essa ideia pode conduzir ao imobilismo terapêutico, ou ao descuido no manejo das pessoas sob risco. Não se trata de evitar todos os suicídios, mas sim os que podem ser evitados.
<i>“Quem quer se matar não avisa”.</i>	Pelo menos dois terços das pessoas que tentam ou que se matam, haviam comunicado de alguma maneira sua intenção para amigos, familiares ou conhecidos.
<i>“O suicídio é um ato de covardia (ou de coragem)”.</i>	O que dirige a ação autoinflingida é uma dor psíquica insuportável e não uma atitude de covardia ou coragem.

<p><i>“No lugar dele, eu também me mataria”.</i></p>	<p>Há sempre o risco de o profissional identificar-se profundamente com aspectos de desamparo, depressão e desesperança de seus pacientes, sentindo-se impotente para a tarefa assistencial. Há também o perigo de se valer de um julgamento pessoal subjetivo para decidir as ações que fará ou deixará de fazer.</p>
<p><i>“Veja se da próxima vez você se mata mesmo”.</i></p>	<p>O comportamento suicida exerce um impacto emocional sobre a equipe de saúde, podendo provocar sentimentos de franca hostilidade e de rejeição. Isso é capaz de impedi-la de encarar a tentativa de suicídio como um possível marco em uma trajetória pessoal acidentada, a partir do qual se podem mobilizar forças para uma mudança de vida.</p>
<p><i>“Quem se mata é bem diferente de quem apenas tenta”.</i></p>	<p>Diversos estudos epidemiológicos demonstraram que, vistas em conjunto, as pessoas que tentam o suicídio apresentam características diferentes daquelas que chegam a um desenlace fatal. No entanto, esses achados não deveriam funcionar como alibi para a pouca atenção</p>

	dispensada aos que tentam o suicídio, mas não morrem.
<i>“Após uma tentativa de suicídio, uma melhora rápida das condições mentais significa que o perigo passou”.</i>	Uma melhora rápida exige atenção redobrada, não significa que a crise acabou. Vale lembrar que muitos suicídios se efetivam pouco tempo após uma tentativa prévia.
<i>“Ele está ameaçando suicídio apenas para manipular.”</i>	A ameaça de suicídio sempre deve ser levada a sério. Chegar a este tipo de recurso indica que a pessoa está sofrendo e que necessita de ajuda.
<i>“Os pacientes que falam em suicídio raramente o cometem.”</i>	Os pacientes que cometem suicídio normalmente dão alguma pista ou aviso antecipadamente. As ameaças devem ser levadas a sério.
<i>“Perguntar sobre suicídio pode provocar atos suicidas.”</i>	Perguntar sobre suicídio frequentemente reduzirá a ansiedade a respeito desse tema; o paciente pode sentir-se aliviado e melhor compreendido.

Retirado de Manual Dirigido Profissionais da Saúde da Atenção Básica, MS. (10,17,18)

Como Identificar Uma Pessoa Sob Risco de Suicídio

Sinais para procurar na história de vida e no comportamento das pessoas: comportamento retraído, inabilidade para se relacionar com a família e amigos; doença psiquiátrica; alcoolismo; ansiedade; mudança na personalidade, irritabilidade, pessimismo,

depressão, apatia; mudança no hábito alimentar e de sono; tentativa de suicídio anterior; sentimento de culpa, de se sentir sem valor ou com vergonha; perda recente importante como morte, divórcio; história familiar de suicídio; desejo súbito de concluir os afazeres pessoais, organizar documentos, escrever um testamento; sentimentos de solidão, impotência, desesperança; cartas de despedida; doença física; menção repetida de morte ou suicídio (17,18).

Como Abordar o Paciente

Quando se suspeita de que existe a possibilidade de um comportamento suicida, os seguintes aspectos necessitam ser avaliados: estado mental atual e pensamentos sobre morte e suicídio; plano suicida atual – quão preparada a pessoa está, e quão cedo o ato está para ser realizado; sistema de apoio social da pessoa (família, amigos).

A melhor maneira de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntar para ela. Ao contrário da crença popular, falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas. Elas podem ficar agradecidas e aliviadas de poder falar abertamente sobre os assuntos e questões com as quais estão se debatendo (17,18).

O médico pode ser confrontado com uma variedade de condições e situações associadas ao comportamento suicida. Um idoso do sexo masculino, viúvo há pouco tempo, em tratamento para depressão, que mora sozinho, com histórico de tentativas de suicídio anteriores, e uma jovem com alguns arranhões no antebraço, que foi abandonada pelo namorado recentemente, são dois exemplos contrastantes (17,18).

Quando os médicos têm indicativos razoáveis de que o paciente pode ser um suicida, encontram o dilema de como proceder. Alguns médicos sentem-se desconfortáveis com pacientes suicidas. É importante para os médicos estarem conscientes desse sentimento e procurarem ajuda de colegas e possivelmente de profissionais de saúde mental, quando confrontados com esse tipo de paciente. É essencial não ignorar ou negar o risco (17,18).

O passo mais imediato é reservar mentalmente um tempo adequado para o paciente, mesmo que muitos outros possam estar aguardando na sala de espera. Mostrando a vontade de compreender, o médico começa a estabelecer um relacionamento positivo com o paciente. Questões fechadas e diretas no começo da entrevista não são muito úteis. E escutar com empatia é, em si, o passo mais importante na redução do nível do desespero suicida (17,18).

Se o paciente está emocionalmente perturbado, com pensamentos suicidas vagos, a oportunidade de falar sobre estes pensamentos e sentimentos com um médico que mostre preocupação pode ser suficiente. No entanto, uma oportunidade para seguimento deve ser dada, particularmente se o paciente tem suporte social inadequado. Seja qual for o problema, os sentimentos de uma pessoa suicida normalmente são uma tríade de desesperança, desamparo e desespero. Os três estados mais comuns são:

1. Ambivalência: A maioria dos pacientes suicidas são ambivalentes. Existe uma batalha entre o desejo de viver e o desejo de morrer. Se a ambivalência for usada para aumentar o desejo de viver, o risco de suicídio pode ser reduzido.

2. Impulsividade: O suicídio é um fenômeno impulsivo e o impulso é, por natureza, transitório. Se a ajuda é fornecida no momento do impulso, a crise pode ser combatida.

3. Rigidez. As pessoas suicidas têm pensamento, afeto e ações restritos, seu raciocínio é dicotomizado. Explorando as várias alternativas de morte possíveis com o paciente suicida, o médico pode fazer o paciente perceber que existem outras opções, mesmo que não sejam as ideais (17).

Como perguntar

Deve-se chegar ao tópico gradualmente e tentar estabelecer um vínculo que garanta a confiança e colaboração do paciente, pois este pode ser um momento em que ele se encontra enfraquecido, hostil e nem sempre está disposto a colaborar. Deve-se respeitar a condição emocional e a situação de vida que o levou a pensar sobre o suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento. Algumas questões úteis são se a pessoa se sente triste, que ninguém se preocupa com ela, se sente que a vida não vale a pena ser vivida, se já pensou que seria melhor estar morto ou tem vontade de morrer.

Quando perguntar?

- Quando a pessoa tem o sentimento de estar sendo compreendida;
- Quando a pessoa está confortável falando sobre seus sentimentos;
- Quando a pessoa está falando sobre sentimentos negativos de solidão, desamparo.

O que perguntar?

Descobrir se a pessoa tem um plano definido para cometer suicídio, se fez algum plano para acabar com sua vida e se tem ideia de como vai fazê-lo. Descobrir se a pessoa tem os meios para se matar e se estão facilmente disponíveis além de investigar se a pessoa já fixou uma data.

Precauções

- *Melhora falsa ou enganosa:* Quando um paciente agitado de repente fica calmo, ele pode ter tomado a decisão de cometer suicídio e por isso a calma após a decisão.
- *Negação:* Pacientes que tem intenções muito sérias de suicidar-se podem deliberadamente negar a ideação suicida. (17).

Contrato

Estabelecer um “contrato de não-suicídio” é uma técnica na prevenção do suicídio. Pessoas próximas ao paciente podem ser incluídas na negociação de tal contrato. A negociação deve promover a discussão de vários aspectos relevantes. O paciente deve apresentar estabilidade emocional, capacidade de julgamento e autocontrole. O acordo dá ao médico e aos familiares uma falsa sensação de segurança e que tranquiliza mais o profissional do que o próprio paciente. Além disso, o médico pode ficar menos atento às condições clínicas do paciente. A eficácia desse tipo de contrato é duvidosa, tendo em vista que é imprudente atribuir tanto poder à robustez da aliança terapêutica e o profissional pode julgar que o paciente se transformou em uma pessoa à prova de suicídio (10).

SUICÍDIO NO AMBIENTE DE TRABALHO

Assim como o tema suicídio é escamoteado, quando ele ocorre no ambiente de trabalho, há uma ânsia maior ainda em abafá-lo. A empresa quer se isentar de qualquer forma de responsabilidade e procura atribuir o fato como um quadro depressivo ou psicopatológico próprios do empregado, desenvolvido na esfera da vida privada. Os colegas evitam comentar e a ausência de reação semantiza que o risco perdura, uma vez que a causa não é trabalhada e a organização do trabalho permanece intocável. Essa apatia após o suicídio não pode ser considerada como neutra, muito pelo contrário, amplia o desespero, os sentimentos de resignação e impotência. Fica o questionamento de quem será o próximo. Como os outros podem retomar, normalmente, o trabalho, depois de tal espetáculo? E quando há uma investigação, ela termina antes mesmo de começar, várias barreiras aparecem e, geralmente, as pessoas envolvidas são despreparadas (5).

Deverá a sociedade considerar o gesto suicidário como um ato corriqueiro, banal? Algo a ser considerado como risco inerente do mundo do trabalho assim como pneumoconiose, asbestose, lesão por esforço repetitiva, perda auditiva induzida por ruído?

Inicialmente o tema era restrito a trabalhadores rurais que se matavam com pesticidas e agrotóxicos. Da década de 90 para cá, o tema ganhou algum destaque com suicídios em massa de bancários e em empresas francesas, como na de telefonia France Télécom, em que 60 empregados se mataram entre os anos de 2006 a 2009 e na Renault francesa, 5 empregados tiraram suas vidas em um espaço de 6 meses entre 2006 e 2007. Entre os bancários brasileiros, foram 253 casos entre 1993 e 2005 (19). Em março de 2015, chamou atenção o caso do jovem copiloto de 28 anos, da empresa Germanwings, Andreas Lubitz, que deliberadamente derrubou o avião ao se trancar dentro da cabine quando o piloto saiu para ir ao banheiro. Além de se suicidar, ele levou consigo as outras 150 pessoas a bordo que não tinham essa mesma intenção. O caso de Lubitz chamou a atenção para a importância do tema suicídio no trabalho e da atenção que se deve ter aos funcionários e à sua saúde mental.

Para Christophe Dejours, quando a pessoa se suicida no ambiente de trabalho, não restam dúvidas de que o trabalho é a causa, uma vez que toda conduta do homem está sempre endereçada. Assim como quando a pessoa deixa uma carta, um bilhete ou qualquer outro tipo de registro explicando suas motivações e incriminando o trabalho como agente dinamizador. E há uma mensagem gritante por trás desse ato para os colegas, subalternos, chefes, ou seja, para a empresa como um todo e para toda a expressão de sofrimento no trabalho. Ele lembra que esse ato não é uma chantagem, não haverá benefícios secundários, tendo em vista que o suicida nada leva ao fim a sua vida. E urge decodificar tal mensagem (5).

O suicídio no trabalho está bastante ligado ao assédio que, apesar de não ser novo, segundo Dejours antigamente havia a solidariedade, fosse chamando o colega para almoçar,

falar sobre o problema, na cumplicidade do olhar, ajuda ou testemunho contra o assediador. Quando ocorre um ato suicidário no ambiente do trabalho, fica claro que todas essas condutas de solidariedade, companheirismo e ajuda mútua encontram-se completamente degradadas. Os outros empregados, quando solicitados, recusam-se a testemunhar a favor do assediado. O perfil deste, em geral, é aquele bastante comprometido e envolvido com a empresa, e até um pouco ingênuo (5).

Ao contrário do que pode pensar o senso comum, não são os trabalhadores acostumados aos atestados médicos que se matam. A maioria é empenhada no trabalho, eles são queridos pelos colegas, têm estabilidade afetiva, amigos, sabem se integrar ao coletivo e superam as metas. O suicídio sobrevém, de uma maneira geral, após uma desqualificação da contribuição desse empregado, do não reconhecimento do seu mérito. Isso pode se configurar de várias maneiras, seja com a mudança da chefia, recusa em mudar de cidade ou uma promoção. Passamos a ver, então, manobras para desacreditar aquele funcionário não submisso, fazendo com que perca prestígio ou o assediando moralmente, até que ele esteja desestabilizado e cometa erros importantes (5).

É mister ressaltar que a justiça francesa considerou a Renault culpada pela morte de um funcionário, considerando que a empresa tinha ciência das péssimas condições de trabalho e não tomou as medidas cabíveis (20).

O Tribunal Superior da Galícia considerou o suicídio como acidente de trabalho no caso de um empregado que trabalhava como lubrificador em um navio pesqueiro, em alto mar, e se enforcou em fevereiro de 1999. Uma semana antes do ocorrido, ele havia dito que “não se sentia dono de si”. No fatídico dia, ele tentou ligar para sua família, mas não conseguiu sinal e ao solicitar para usar o rádio do navio, teve seu pedido negado pelo patrão (21).

Um inquérito realizado na França em 3 divisões administrativas encontrou uma média de 50 suicídios em 5 anos. Extrapolando para todas as divisões, chega-se ao alarmante número de 300-400 suicídios por ano relacionados ao trabalho. A discussão francesa interessa a muitos, mas gera medo (5).

Dejours (2010) cita os dois tipos de retribuição que o trabalhador recebe, uma material ou financeira e a simbólica ou moral. Ele diz que o impacto psicológico depende mais da distinção simbólica do que da material e cita o exemplo de professores franceses do século XIX que recebiam salários muito baixos e só conseguiam alimentar suas famílias com os alimentos doados pelos pais dos alunos. Eles tinham prestígio na sociedade e tinham reconhecimento. Já nos dias atuais, os professores desse mesmo país recebem salários maiores, no entanto, não têm reconhecimento social. Ele fala também dos altos executivos que recebem remuneração astronômica e, ao se depararem com uma simples redução do bônus sobre o resultado de um ano para outro, isso pode deflagrar uma crise psicopatológica, tendo em vista que significa o fim da carreira, a derrocada. Como se pode perceber, a materialidade da bonificação encontra-se em segundo plano, o que realmente tem valor é sentido moral, psicológico, e não o financeiro (5).

O risco de o indivíduo descompensar é maior quanto maior for o seu engajamento no trabalho. Segundo Dejours (2010), a perda do reconhecimento pode desestabilizar psicologicamente o empregado, principalmente esse extremamente empenhado e que veste a camisa da empresa, de uma forma tão intensa, que há o risco de que ele perca as referências e cometa suicídio (5).

A avaliação individual do desempenho como novo método de organização do trabalho acaba por degenerar ainda mais as relações no ambiente laborativo. Não é possível mensurar o trabalho propriamente dito, mas sim medir o resultado do trabalho. Basta vermos o esforço de

um médico no tratamento com múltiplas comorbidades, e no de um paciente jovem e saudável. Certamente, apesar do empenho maior do profissional no primeiro doente, o segundo tem muito mais chance de ter resultados positivos e mais rapidamente. Assim como quando comparamos o desempenho de duas agências bancárias, uma situada em área nobre, com clientes endinheirados e outra em uma zona pobre. A primeira apresentará um faturamento maior, o que não significa que os bancários da segunda se esforcem menos. Portanto, o método de avaliação quantitativa não é verdadeiro, como pode parecer inicialmente.

E não podemos nos esquecer dos efeitos nocivos desse método sobre o trabalho coletivo, na cooperação. Essa nova organização traz a concorrência entre departamentos, setores e, obviamente, entre os próprios assalariados. Quando se acrescentam aos resultados ameaças de isolamento, transferência, demissão, além de ficar cada um por si, começa a sabotagem aos colegas, boatos, rasteiras. Minam qualquer tipo de confiança, amabilidade, cooperação, lealdade que existissem antes e todos passam a se vigiar e a desconfiar uns dos outros. As pessoas passam a adotar comportamentos que elas próprias consideram reprováveis. A dissimulação, má-fé e o jogo duplo passam a imperar; Diante de tal cenário, o indivíduo encontra-se solitário no ambiente hostil do mundo do trabalho. Ele fica isolado, sente-se abandonado e todos esses fatores alteram negativamente a relação subjetiva para enfrentar o trabalho e a saúde mental (5).

O assédio moral é antigo, no entanto, as vítimas dele aumentaram exponencialmente por conta dessa solidão. Diante das injustiças e dificuldades encontradas em qualquer atividade, o assalariado não encontra apoio dos colegas. Por isso, para Dejours, o aumento dos casos de autoextermínio no trabalho decorre do silêncio diante das injustiças, do sentimento de abandono, recusa em testemunhar a favor da vítima. Para ele, ser traído pelas pessoas que estão na mesma condição é pior que o assédio moral em si. Quando há sinal de solidariedade, a capacidade de suportar os abusos aumenta porque há a interpretação que o coletivo considera

uma agressão, de que está havendo abuso, uma injustiça. Já quando se encontra sozinho e sofrendo um julgamento negativo dos colegas, o trabalhador é tomado por dúvidas de suas qualidades, seus esforços, seu valor. Ele perde a autoestima e passa a se considerar culpado pelo o que está acontecendo. Instalar-se-ia sintomas depressivos como sentimentos de desesperança, derrocada, podendo fazer com o indivíduo resolva acabar com sua vida (5).

O aumento de casos de depressão estaria relacionado à perda do compromisso, banalidade e complacência em relação ao trabalho, para atingir as metas e produtividade. Além da sobrecarga de trabalho, para conseguir certificação precisa-se maquiar o real do trabalho, alterar números e dados, tudo com anuência da gerência, para manter a imagem da empresa. Essa distorção da realidade e quebra da ética profissional levariam os funcionários a terem sintomas depressivos (5).

É fundamental questionar os métodos de trabalho introduzidos nas últimas décadas, uma vez que constatamos a degradação do tecido social e, até em situações banais do trabalho, tem ocorrido o autoextermínio. Obviamente não há como retroceder e voltar aos métodos arcaicos. No entanto, é necessário pensar e reconstruir condições favoráveis à reintrodução de valores no trabalho. Urge elaborar novas rotinas para analisar e avaliar, de modo que seja resgatada a cooperação. E essa deve ser nos planos horizontal (entre colegas), vertical (hierarquia) e transversal (com os clientes). (5).

Não pode imperar a lei do silêncio, uma vez que existe essa etapa intermediária a ser pensada como possibilidade de transformação, baseada no raciocínio e na reelaboração de um novo pensamento para mudança. A empresa tem obrigação de recuperar a capacidade laborativa dos trabalhadores através dessa experiência, para transformar positivamente o ambiente e a organização do trabalho.

Dejours (2010) deixa claro que não é possível obter um protocolo para a intervenção, tendo em vista que o clínico jamais irá deparar com duas situações de suicídio idênticas, além de o processo não ser o mesmo nas diferentes empresas. Ele lembra que o caminho para a intervenção é repleto de armadilhas, tendo em vista tanto a resistência da diretoria quanto dos trabalhadores. O condutor deve ser tenaz e dar visibilidade à busca do significado do autoextermínio no ambiente de trabalho, pois esse é o primeiro gesto de ação e o primeiro princípio da intervenção.

Os empregados mostram-se ambíguos a princípio, por um lado são também violentados e não aguentam mais se calar, mas, do outro, não podem verbalizar, têm medo da palavra. Para Dejours (2010), essa ambivalência de não suportar mais ficar em silêncio e não poder falar é o sintoma mais visível do mal-estar, porque deixa em foco o sofrimento e, como todo sofrimento, faz surgir uma demanda.

Dejours relata também que muitos procuram o clínico com queixas sobre sua saúde, no entanto, não desejam cuidados e sim denunciar, através dos sinais e sintomas, os possíveis efeitos nefastos da organização corporativa.

Quando a intervenção ocorre após mais de um caso de suicídio, não há a necessidade da investigação direta e orientada para análise desse ou daquele autoextermínio. Ficaria claro o nexo causal da desestruturação do ambiente do trabalho e a violência a que os funcionários estão submetidos nos eventos ocorridos. Quando somente um funcionário tira sua própria vida, deve-se esclarecer os motivos que o levaram a atitude tão extremada e se os outros assalariados vão trilhar caminho idêntico ou chegarão à conclusão de que somente aquele colega foi afetado pelo desmonte da organização do trabalho e aquilo não os afeta da mesma forma (5).

De modo a desfazer os entraves de uma organização do trabalho, que se transformou em maléfica para a saúde dos trabalhadores, é mister desenvolver a capacidade dos funcionários

em raciocinar e dialogar no espaço deliberativo da empresa. Essa é uma função da intervenção baseada no princípio da ação compreensiva. Não há dúvidas de que essa metodologia apresenta dificuldades decorrentes não do próprio método, e sim da degradação das relações de trabalho que estão na causa do autoextermínio. A vontade de compreensão tem que prevalecer sobre o fortuito do destino (5).

SUICÍDIO NO MEIO MÉDICO

Médicos apresentam taxas de suicídio cinco vezes maiores que a população geral (10). Entre as razões apontadas para a elevada taxa de suicídio entre médicos, encontram-se: médicos tendem a negar o estresse de natureza pessoal e o desconforto psicológico; inclinações suicidas são acobertadas (tratamento mais difícil); médicos elaboram mais frequentemente esquemas defensivos (fecham-se para qualquer intervenção terapêutica eficaz); negligência da família e dos colegas (ele é médico, sabe se cuidar); os médicos têm o meio do suicídio ao alcance das mãos (métodos mais eficazes para o êxito). (3,10).

O médico por ser, na maioria das vezes, ativo, ambicioso, competitivo, compulsivo, entusiasta e individualista, é facilmente frustrado em suas necessidades de realização e reconhecimento (3). Isto pode ser suficiente para produzir ansiedade, depressão e necessidade de cuidados psiquiátricos. Mas se houver preconceitos com a Psiquiatria, o médico buscará outras opções, como a somatização, abuso de álcool e drogas e o suicídio (3).

Meleiro aponta que, para alguns estudiosos como Wekstein, os elevados índices de suicídio encontrados nos estudantes de medicina e nos médicos estão relacionados com a perda da onipotência, onisciência e virilidade idealizadas por muitos aspirantes à carreira médica durante o curso e a vida profissional, e a crescente ansiedade pelo temor em falhar (3).

Entre os médicos que cometeram suicídio, colegas próximos referem mudança de comportamento e aumento de indecisão, desorganização e depressão por dois ou quatro meses

precedendo o suicídio (3). O conhecimento farmacológico que o médico possui é apontado como um fator relevante, tornando qualquer tentativa de suicídio altamente letal.

Comportamentos suicidas no meio médico estão fortemente relacionados com a percepção de erro médico (22). Resultados de não cura são encarados por muitos médicos como falha pessoal (15). Estudos mostram que depressão é prevalente durante a residência médica e que sintomas depressivos como anedonia e falta de satisfação com o trabalho estão associados a maior risco de ideação e tentativas suicidas (22).

Diferentemente da população geral, o suicídio entre as médicas é mais frequente que entre médicos (3, 23); a taxa de suicídio entre as médicas é quatro vezes maior que nas mulheres da população geral com mais de 25 anos. A incidência de morbidade psiquiátrica, alcoolismo e uso de drogas é alta nos médicos suicidas, assim como a disponibilidade e oportunidade de acesso a drogas são maiores que na população geral. Médicas morreram, em média, dez anos mais jovens que médicos homens e acidentes automobilísticos contribuíram com 40% das mortes por causas externas em médicos paulistas entre os anos 2000 a 2009 sendo mais frequente nas mulheres (24). O assédio moral e a desigualdade enfrentadas por mulheres médicas podem ser causas importantes para ideação suicida (22).

Estudos têm sugerido que determinadas especialidades médicas podem ser mais vulneráveis como: anestesistas, psiquiatras, oftalmologistas e patologistas (3, 25). Metanálise mostrou que médicos generalistas, clínicos gerais e psiquiatras teriam taxas maiores de suicídios que cirurgiões (23). Das especialidades cirúrgicas têm maior risco para o autoextermínio cirurgiões gerais, depois obstetras, seguidos de ortopedistas, oftalmologistas e cirurgiões plásticos (23). Anestesiologistas, psiquiatras, médicos generalistas e cirurgiões gerais são os que os estudos mostram ter maior risco de suicídio (23).

O alto risco dos anesthesiologistas pode ser explicado pelo acesso fácil a diversas medicações potencialmente letais, alta carga de trabalho com imensa responsabilidade, pouca autonomia, conflito com colegas. Já os psiquiatras por lidar com experiências traumáticas e estressantes, suicídio de pacientes.

Um estudo com médicos americanos mostrou diminuição da satisfação nos últimos 10 anos pela diminuição do tempo disponível para cada paciente e menor tempo para a vida privada. Além disso há o estresse pois a terceira maior causa de mortes nos Estados Unidos é por erro médico em um contexto de pressão econômica e da indústria farmacêutica e vários processos judiciais contra médicos fazendo com que a prática da medicina seja defensiva. Já na Europa houve redução da carga horária dos médicos no mesmo período fazendo com houvesse diminuição do risco de suicídio (23).

Segundo Meleiro (3), publicação da AMA-Council on Scientific Affairs apresentou algumas hipóteses em relação aos médicos que cometem suicídio: 1) manifestam especial vulnerabilidade ou experiências de eventos circunstanciais diferentes (recente perda profissional ou pessoal, problemas financeiros ou de licença) que os outros médicos; 2) tendem a trabalhar mais horas que os outros colegas; 3) tendem a abusar do álcool e outras drogas; 4) são mais insatisfeitos com suas carreiras que outros colegas médicos; 5) dão sinais de aviso a outros; 6) desordem mental e emocional são mais frequentes; 7) dificuldades na infância e problemas familiares são comuns; 8) têm hábito de automedicação mais que outros colegas.

A escolha do método para cometer o suicídio está relacionada com sua disponibilidade e letalidade. Assim, a letalidade dos métodos e a disponibilidade destes são fatores determinantes do resultado (êxito ou não) e da frequência dos autoenvenenamentos, respectivamente. Um controle rigoroso sobre a prescrição e distribuição de medicamentos, principalmente psicofármacos, torna-se fundamental na prevenção de diminuir as taxas de

autoenvenenamento. Os médicos acabam tendo acesso livre através dos hospitais ou ainda, pelo próprio uso errôneo de seus receituários, isto é, prescrevendo para familiares ou si mesmos (automedicação). (3).

Os médicos emocionalmente desajustados revelam adaptações claudicantes que se expressam através de algumas características comportamentais, das quais De Marco (2009) destaca as seguintes (1):

- Construção de uma couraça impermeável às emoções e sentimentos, expressando-se por um embotamento emocional traduzido por uma aparente frieza no contato com os pacientes e as pessoas em geral. Manifesta-se através de um progressivo emocional da vida familiar justificado em função dos chamados e a da agenda profissional; plantões frequentes e visitas hospitalares aos finais de semana e feriados.
- Isolamento social. Esse isolamento, que permeia a graduação e cristaliza-se na Residência Médica, faz com que o profissional se afaste do mundo não médico.
- Negação ou minimização dos problemas inerentes à profissão, ou seja, das dificuldades, incertezas, limitações e complexidades da tarefa médica. A evitação de se aproximar e refletir sobre as limitações do exercício profissional leva o médico a alimentar expectativas irrealísticas, que complementam os anseios dos pacientes e da sociedade.
- O desenvolvimento crescente de um humor negro, em que predominam rótulos depreciativos, revela uma incapacidade de lidar com as frustrações, tristezas e vicissitudes da tarefa profissional, traduzindo a ausência de um repertório de recursos mais amadurecido para lidar com os sentimentos de vulnerabilidade e impotência.
- Atitude do profissional frente aos cuidados com a própria saúde (1).

Segundo De Marco, tornar-se médico inclui: duvidar e acreditar em si mesmo; acreditar no que se aprendeu e continuar descobrindo para aprender mais; não temer prosseguir mudando, sendo flexível consigo mesmo; afirmar-se profissional e pessoalmente, sem perder a esperança de ser ainda melhor (1).

Apesar de terem maior conhecimento sobre questões psicológicas e fácil acesso a serviços de saúde mental, os médicos resistem em procurar ajuda quando comparado à população geral principalmente com temor que possa impactar na licença médica. No exterior, muitos Conselhos de Medicina desencorajam seus profissionais a procurar ajuda nos serviços de saúde mental (22). Estudos mostram que somente um terço a metade dos médicos procuram tratamento quando desenvolvem transtornos mentais (26).

Apesar do fácil acesso ao tratamento, quando submetidos a exames toxicológicos, médicos não estavam em tratamento farmacológico para depressão. Estudantes de medicina também apresentam baixas taxas de tratamento para depressão ou ideação suicida (26).

Em palestra promovida pelo Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (CREMEPE), em 2018, a professora Alexandrina Meleiro apresentou os dados que mais de 1 milhão de pacientes americanos perdiam seus médicos para o suicídio pois mais de 400 médicos e mais de 150 estudantes de medicina nos EUA tiram suas vidas anualmente (27).

O Acadêmico

É um contrassenso sabermos que os estudantes de medicina aprendem e trabalham nas melhores faculdades do país, com as melhores equipes, e a sensibilidade geral da equipe hospitalar negligencia a saúde do estudante, principalmente com atitudes pejorativas em relação à doença mental. Os esforços das faculdades de medicina em dar assistência psicológica ao aluno ainda é incipiente (2).

Em 1956, na primeira Conferência Internacional sobre Saúde Mental do Estudante, realizada em Princeton, foi divulgado que, a cada ano, em torno de 8% do corpo discente nas universidades necessitava de ajuda psiquiátrica (28). Na Europa, nesse mesmo período, os relatos indicaram incidência semelhante, chamando a atenção para o fato de quem, em 1951, devido ao elevado índice de suicídios entre os alunos da graduação de Oxford – onze vezes maior que na população geral da mesma faixa etária -, passou-se, então, a dar mais atenção aos problemas dessa população (29).

Um estudo retrospectivo, realizado em 62 escolas médicas norte-americanas e três canadenses, conclui que o suicídio é a segunda causa de morte entre os estudantes de medicina, perdendo, apenas, para os acidentes (3).

No Brasil, o primeiro serviço de higiene mental e psicologia clínica voltado ao atendimento de estudantes universitários foi criado em 1957, junto à cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife (28).

O problema do suicídio entre alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) foi uma das motivações para a criação do Grupo de Assistência Psicológica ao Aluno (GRAPAL) nessa faculdade. Uma investigação retrospectiva acerca do número de suicídios ocorridos entre os alunos da FMUSP no período de 1965 a 1985 mostrou uma taxa entre os alunos quatro vezes maior do que na população geral (30). Nessa pesquisa, a taxa de prevalência para o risco de suicídio foi de 9,6% dos alunos entrevistados.

Os alunos de Medicina com melhor desempenho acadêmico encontram-se em um grupo de alto risco de suicídio, por serem mais exigentes, estando mais propensos a sofrer as pressões impostas diante de qualquer falha. O estudante passa a ter culpa pelo que não sabe e, com isso, sente-se paralisado pelo medo de errar. Esses quadros caracterizam-se por sentimentos de

desvalia e impotência, que, muitas vezes, são responsáveis por ideias de abandono de curso, depressão e suicídio (30).

Estudantes de Medicina têm maior chance de desenvolver depressão que universitários dos outros cursos. Pesquisadores entrevistaram acadêmicos de medicina dos primeiro e segundo anos da Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF) e descobriram que um quarto tinha depressão (31). Apesar de a taxa de depressão entre os estudantes que estão entrando na faculdade de Medicina ser semelhante ao das pessoas da mesma idade, a prevalência aumenta desproporcionalmente durante o curso médico (31).

Muitos estudantes de medicina e até mesmo médicos referiram medo dos possíveis efeitos adversos das medicações psiquiátricas apesar do estudo de farmacologia na grade da faculdade, além das possíveis reações jocosas de colegas e superiores hierárquicos, além da percepção errônea que o adoecimento mental é uma falha de caráter ou falta de vontade do indivíduo. Há também o estigma do curso do adoecimento psiquiátrico associado aos casos clássicos, com a percepção que os pacientes evoluem para cronificação e não exibem melhoras. A percepção do estigma é exacerbada pelo grau de sintomatologia, sendo que os discentes com maiores escores depressivos apresentam maior resistência ao tratamento e uma percepção majorada do estigma (15).

Para Angela Nuzzarello (2005), psiquiatra e decana dos estudantes em Northwestern University's Feinberg School of Medicine em Chicago, *"It's hard to ask about depression in medical students, because you ask about sleep, and all medical students aren't sleeping. They are so overwhelmed, they are working hard, and they aren't having fun socially."* (Tradução livre: É difícil perguntar sobre depressão em estudantes de medicina, porque, se questionados sobre o sono, todos os estudantes estarão defasados de sono. Eles são muito atarefados, estão trabalhando bastante e não têm vida social) (31).

Os desafios emocionais e acadêmicos em se tornar médico mexem com os estudantes e o encontro com a doença e morte podem desmascarar vulnerabilidades psicológicas (31).

Os estudantes podem desenvolver depressão em qualquer momento do curso médico. Para alguns, o período de maior estresse ocorre durante o terceiro e quarto anos da faculdade, quando os estudantes rodam em hospitais e clínicas, havendo aumento da exigência de dedicação do aluno. Os estudantes são separados dos amigos e colegas de classe e têm que trabalhar com a mudança constante da equipe de saúde, contribuindo, assim, para o sentimento de isolamento (31).

Outros autores caracterizam o início e o fim do curso como períodos de maior estresse para o estudante de medicina, devido ao impacto do volume de informações e carga horária exigida e à insegurança com relação à própria competência e ao mercado de trabalho que começa a se descortinar (30).

No primeiro ano, os alunos vivenciam um momento de extrema duplicidade de sentimentos: por um lado, por terem sido aprovados, de estarem caminhando para a realização de um sonho e, por outro, deparam com a realidade que não esperavam: estão diante de um curso eminentemente teórico, em muito semelhante ao colégio de onde vieram, enfrentando aulas longas, cansativas, ricas em conteúdo, mas vazias de significado (32).

Uma angústia típica do formando está representada pelo modo de dizer acerca de si mesmo: “não sou nada”. Ele justifica sua asserção com o fato de que, não sendo mais estudante e achando-se desqualificado como profissional, sem especialização e sem experiência, vive numa espécie de limbo emocional. Na verdade, sabendo que nunca estará pronto, pode fazer desse fato uma vantagem, no sentido de que aprenderá continuamente e poderá ser melhor ajudando-se. Não é o médico perfeito, mas pode ser sempre melhor (1).

Outro fator de risco é a associação que o bom profissional é aquele que não valoriza o autocuidado, não busca atendimento clínico ou em saúde mental para si, não realiza atividade física nem possui rotina de sono adequada. A importância desses aspectos é pobremente abordada durante a graduação, na residência e até mesmo na rotina profissional, seja em um contexto de grupo ou individual (15).

Para De Marco (2009) não conseguir ultrapassar a expectativa da perfeição dos primeiros tempos pode abalar a autoestima do novo médico. O eu desse novo médico terá enorme dificuldade, pois não conseguirá esconder seus problemas. O eu fica desorganizado e a pessoa sofre. Caso a pressão aumente, o eu fica massacrado e se verificam, frequentemente, quadros depressivos que impedem que a pessoa se conquiste em relação a ela mesma e que seja mais e mais quem realmente ela é. Querer saber tudo e tudo fazer é uma situação em que todos perdem, pois a atitude do médico é desmedida, sem limites, na tentativa de ajudar o paciente. Surge, assim, uma atitude impulsiva de querer salvar ou fazer tudo pelo outro, em detrimento de si mesmo, em vez de procurar ajuda psicológica. Quando o eu é fraco, o impulso tem mais força e o eu não consegue inibi-lo, de forma que defesas são ativadas, procurando proteção para esse eu (1).

Segundo Nogueira-Martins (2003), o estresse atinge o seu ápice na Residência Médica, que semantiza o período de transição aluno-médico: a responsabilidade profissional, o isolamento social, a fadiga, privação do sono, sobrecarga de trabalho, pavor de cometer erros estão associados a diversas expressões psicológicas, psicopatológicas e comportamentais que incluem: estados depressivos com ideação suicida, consumo excessivo de álcool, drogadição, raiva crônica e desenvolvimento de um amargo ceticismo e irônico humor negro. Em um estudo prospectivo realizado por Nogueira-Martins, na Escola Paulista de Medicina, com residentes de 12 programas de Residência Médica, os resultados mostraram que as principais dificuldades encontradas pelos residentes na tarefa foram (33):

- Quantidade de pacientes;
- Comunicação com pacientes de baixo nível socioeconômico e cultural;
- Pacientes hostis, reivindicadores;
- Pacientes que vêm a falecer;
- Pacientes com alteração de comportamento;
- As comunicações dolorosas (comunicar ao pacientes e/ou família situações graves ou de morte);
- Dilemas éticos;
- Medo de contrair infecções durante a realização de atos médicos (33).

Nesse mesmo estudo, as principais fontes de estresse apontadas pelos residentes foram:

- Medo de cometer erros;
- Fadiga;
- Falta de orientação;
- Estar constantemente sob pressão;
- Plantão noturno;
- Lidar com as exigências internas (“ser um médico que não falha”);
- Falta de tempo para lazer, família, amigos, necessidades pessoais (33).

Entre os estudantes há a preocupação de que admitir a existência de um problema psicológico ou psiquiátrico possa prejudicar sua carreira. Tal fato não é infundado, visto que

pesquisas mostraram que diretores de residência estão menos inclinados a chamarem para entrevista candidatos com histórico de aconselhamento psicológico (31).

Experiência na Faculdade de Medicina da USP

O GRAPAL da Faculdade de Medicina da USP (FM-USP) começou a funcionar em 1986. Entre as diretrizes do serviço estavam: deveria estar vinculado à diretoria; os profissionais que atendessem aos alunos não dariam aulas, tampouco exerceriam função pericial, com a finalidade de selecionar quais alunos estariam aptos para frequentar o curso; o serviço deveria estar localizado no prédio e garantir o sigilo de seus prontuários, em que não constariam os nomes dos alunos, identificados, apenas, por códigos. Assim, ficaria claro para os alunos que a função do GRAPAL seria unicamente a de oferecer assistência psicológica, não confundindo, jamais, três funções que são incompatíveis: seletiva, didática e terapêutica (MILLAN, 2008).

No artigo publicado em 2008, sobre os 21 anos de experiência do GRAPAL, os autores relatam que os maiores motivos de consulta são transtornos de humor, com maior incidência de quadros depressivos, destacando-se os episódios depressivos, seguidos de transtornos depressivos recorrentes, transtornos distímicos e transtorno bipolar. As perdas com que os alunos deparam no transcorrer do curso, com a redução das horas de lazer e do contato com antigos amigos, a menor disponibilidade para estar com namorado ou namorada, o fim da idealização do curso e a crescente conscientização dos problemas existentes na profissão médica, somados a uma personalidade que costuma ser exigente, podem, em parte, dar sentido à alta incidência de quadros depressivos. A seguir, aparecem os transtornos de ansiedade, que podem estar ligados à intensa competição existente entre os alunos pelas melhores notas e por vagas em Ligas Extracurriculares, estágios no exterior e na residência médica. Casos de psicose e dependência de drogas são raros, porém, quando ocorrem, as repercussões tanto no campo pessoal quanto acadêmico para o aluno e a instituição são gravíssimas. Os autores observaram

aumento, também, nos transtornos alimentares. O restante dos alunos procura o serviço por dificuldades nas relações amorosas, na convivência com colegas, professores, família, além de dificuldades de adaptação à faculdade (tipo de aulas, volume de matéria, método de estudo), de adaptação à cidade de São Paulo, dúvidas vocacionais ou problemas no internato, como os plantões, o relacionamento com seu grupo de trabalho ou com a equipe de estágio. (MILLAN et al, 2008).

Entre as dificuldades encontradas e relatadas pelos responsáveis pelo GRAPAL encontram-se:

a) por parte da instituição - a forte pressão da comunidade da FMUSP e do Hospital das Clínicas da FMUSP para que o grupo desempenhasse função pericial, no sentido de determinar se o aluno estaria apto ou não a estudar medicina, apesar de, desde o início das atividades do GRAPAL, estar claro que essa função não seria exercida pelo serviço, visto que, caso o grupo realizasse tal função, nenhum aluno procuraria o serviço. Com o tempo, o impasse foi resolvido e, nos dias de hoje, quando há necessidade de perícia psiquiátrica, a comissão de Graduação convoca uma Comissão Pericial, formada por médicos de outras equipes e outras instituições, que não têm acesso aos prontuários do GRAPAL;

b) por parte da equipe- por ser um grupo pequeno, é fundamental manter um clima de trabalho harmonioso, as discordâncias e discussões existem, mas devem ser construtivas e visando à melhora da qualidade do trabalho. Situações de extrema gravidade, como tentativas de suicídio, agressões físicas a colegas ou familiares, internações involuntárias ou problemas graves dos alunos com pacientes são estressantes para a equipe, além de não haver infraestrutura por parte do GRAPAL para atendimentos de emergência, não há pronto-socorro psiquiátrico no HC. Lidar com a família dos alunos também é complicado, pois, em geral, há negação da gravidade da doença do aluno, que, por vezes, é idealizado por seus familiares. Outra grande

dificuldade do grupo é encontrar o equilíbrio entre as atividades assistenciais, científicas e institucionais. A instituição cobra a realização de pesquisas e publicações, mas, quando essas acontecem, os alunos acusam a instituição de “só pensar em pesquisa” e de utilizá-los para este fim.

c) por parte dos alunos – ainda há, entre os estudantes o preconceito com a doença psiquiátrica e dificuldades psicológicas, o que faz com que muitos deixem de procurar o serviço ou se envergonhem de terem ido. Outros caçoam dos colegas que foram, chamando-os de loucos. Com isto, diversos alunos que necessitam de auxílio psicológico não procuram o grupo. Por outro lado, muitos esperam que o GRAPAL atue como um pronto-atendimento, atendendo a qualquer hora e dia, apesar de os responsáveis pelo grupo esclarecerem, nas entrevistas, as limitações do serviço. No entanto, os telefones, incluindo os números residenciais, de todos os integrantes do GRAPAL são colocados à disposição dos estudantes. Outro problema é a grande indisciplina, por parte dos estudantes, quanto aos horários agendados, com atrasos e faltas frequentes, dificultando muito a rotina do serviço. Além disso, os alunos mais necessitados são os que menos procuram o GRAPAL. Outra dificuldade encontrada são os boatos e a facilidade com que os alunos creem como, por exemplo, “quem é atendido pelo GRAPAL não passa na seleção para a residência médica” e utilizam esses argumentos para não procurarem o serviço e auxílio psicológico. Esse fenômeno pode ser interpretado como resistência psicológica em buscar ajudar. Porém, o mesmo ocorre diante de questões acadêmicas. (MILLAN, 2008)

Resultados do GRAPAL

Como já explicitado, o GRAPAL foi criado devido aos problemas de suicídio entre os estudantes da FMUSP. Quando o serviço foi criado, os responsáveis pelo grupo encontraram oito casos de suicídio, entre os anos de 1965 e 1985 e concluiu-se que, enquanto na população do município de São Paulo o coeficiente de suicídios no mesmo período foi em média 8,8 por

100 mil habitantes a cada ano, o dos alunos da FMUSP foi de 39 por 100 mil a cada ano, ou seja, cinco vezes maior, semelhante aos maiores coeficientes mundiais (34). Dentre as hipóteses levantadas para explicar o quadro, estão quadros depressivos, características de personalidades e o estresse acadêmico. Após 21 anos de existência do GRAPAL, o coeficiente de suicídio dos alunos da FMUSP diminuiu oito vezes, igualando-se ao da população do município de São Paulo, da mesma faixa etária (34). Para explicar essa redução, os autores basearam-se no tratamento de alunos com depressão grave, muitas vezes, com ideação suicida ou que tentaram suicídio; a compreensão da personalidade dos alunos e o auxílio psicoterápico oferecido, mudanças realizadas no currículo do curso médico, com o intuito de reduzir o estresse dos estudantes (períodos livres, matérias optativas); proibição do trote e criação de uma semana de recepção acolhedora para os alunos do primeiro ano. Os criadores do GRAPAL sempre acreditaram, desde a abertura do serviço, que o fato de existir um lugar que pudesse acolher os alunos em seus momentos de crise poderia ser útil, não somente para auxiliá-los no desenvolvimento psicológico e acadêmico, mas também prevenir um eventual suicídio.

Suicídio e Acidente de Trabalho

Obviamente, no caso do suicídio, não há equipamento de proteção apropriado e, sim, medidas de proteção coletiva como, por exemplo, uma arquitetura segura que serve não só para empregados, como também para eventuais visitantes. Temos o exemplo do Shopping Pátio Brasil, em Brasília, que, após o décimo quarto caso de suicídio, realizou alterações na sacada do prédio. No Espírito Santo, a Terceira Ponte, que liga os municípios de Vitória e Vila Velha costumava ter uma média de dois suicídios por ano. A partir de 2011, quando se passou a divulgar em redes sociais, rádios, jornais, de forma sensacionalista e com detalhes do drama daqueles que haviam se matado, mostrando fotos e métodos, aumentaram exponencialmente os casos e tentativas. Em 2014, foram 12 suicídios e 43 tentativas na Terceira Ponte (10).

Não é fácil demonstrar onexo causal do suicídio e o trabalho perante o aspecto jurídico, no entanto, assim como nos assédios sexual e moral, que são igualmente de difícil demonstração da causalidade, alguns juristas já o estão aceitando, como Rodrigo Cristiano Molon: “O assédio moral, além de ser um dano pessoal, pode ser interpretado como acidente do trabalho, sendo aquele que decorre pelo exercício do trabalho, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou redução da capacidade permanente ou temporária para o trabalho. Ou seja, trata-se de um evento único ou continuado, imprevisto e com consequências geralmente imediatas, no qual o assédio moral está inserido” (35). Ao se encarar o assédio como acidente de trabalho, fica mais fácil a jurisprudência aceitar, da mesma forma, o suicídio.

CONCLUSÃO

Com esse trabalho, é possível verificar a importância do tema. O suicídio além de um problema de saúde pública, visto que um contingente de mais de 700.000 pessoas se matam a cada ano, é algo com o qual o psiquiatra lida diariamente em sua rotina.

Constata-se o aumento dos gestos suicidários no ambiente do trabalho ou em que este é apontado como causa, muitas vezes, ligados ao assédio moral, a um quadro depressivo ou à própria desestruturação da organização do trabalho, quando são impostas metas absurdas e não há a colaboração dos colegas. E, surpreendentemente, são os empregados mais engajados com a empresa que decidem acabar com suas vidas.

O trabalhador não pode se sentir como Sísifo, por mais repetitiva que seja sua tarefa. Ele precisa dar significado ao que está fazendo, para que o labor não seja uma tortura, uma condenação, local onde ele conta as horas para ir embora.

Paradoxalmente, entre os médicos e estudantes de medicina, que têm como ofício cuidar dos outros, encontramos índices de suicídio maiores que os da população em geral. E,

contrariando as estatísticas da população como um todo, as médicas se matam mais que seus colegas do sexo oposto.

Médicos têm que estar atentos para, principalmente, prevenir. E depois de um ato extremo desses, não se pode ficar calado, tem que debater o assunto e tomar medidas para que não ocorram novos casos. Não podemos considerar o suicídio como um risco inerente ao ambiente. Até mesmo entre os colegas médicos deve-se atentar para eventuais sinais, não podendo considerar que “ele é médico, sabe se cuidar”.

Para Albert Camus, o suicídio é um problema filosófico porque nele subsiste o julgamento se a vida vale ou não a pena ser vivida. Matar-se é confessar que foi superado pela não compreensão da vida, procede de um conflito gerado pela tomada de consciência da falta de sentido de sua própria vida. “Aqueles que se suicidam, pelo contrário, costumam ter certeza do sentido da vida.” O sentimento do absurdo encontra-se nas linhas tracejadas do divórcio entre o homem e a vida, do ator e seu cenário em face à insensatez do cotidiano.

O autor utiliza o mito grego de Sísifo para metaforizar a vida moderna e seus absurdos: a condição absurda da vida ser construída sobre a esperança do amanhã, que está muito mais perto da morte, embora o homem vivesse como se a morte não existisse e não fosse certa; ao aceitar plenamente o absurdo, conscientiza-se o ser humano do jogo desumano de réplicas entre o absurdo, esperança e morte; o homem absurdo é aquele que não se separa do tempo e trilhando em três vias – a do amor, a da arte ou da guerra, procura buscar alternativas para expressar o mundo inexplicável.

Vale lembrar a história de “Os Três Obreiros” de Malba Tahan, em que os três operários preparavam pedras para a construção do templo, ao serem indagados sobre o seu trabalho, responderam de formas diferentes. O primeiro relatou que preparava pedras, o segundo trabalhava pelo salário e o terceiro, cheio de alegria, afirmou que construía uma catedral. O

mesmo trabalho, visões diferentes, Sísifos infelizes e apenas um Sísifo feliz, porque amalgamou um ideal ao seu labor, construindo um sentimento de grandeza em relação à sua luta. Trabalhar os ideais da empresa, inserir os trabalhadores na construção dessa catedral e não apenas preparar pedras e carregá-las como meio de subsistência, eis a sabedoria.

Sísifo, em seu trabalho repetitivo e, aparentemente, sem sentido é o homem moderno em suas atividades bitoladas e rotineiras no mundo do trabalho, carregando suas pedras emocionais e identificando-se com as mesmas. Para Camus, se o homem “reconhecesse que o universo também pode amar e sofrer, estaria reconciliado”.

“Deixo Sísifo na base da montanha! As pessoas sempre reencontram seu fardo. Mas Sísifo ensina a fidelidade superior que nega os deuses e ergue as rochas. Também ele acha que está tudo bem. Esse universo, doravante sem dono, não lhe parece estéril nem fértil. Cada grão dessa pedra, cada fragmento mineral dessa montanha cheia de noite forma por si só um mundo. A própria luta para chegar ao cume basta para encher o coração de um homem. É preciso imaginar Sísifo feliz.” (CAMUS, 1941).

Para imaginarmos Sísifo feliz, é preciso mudar o paradigma, inserindo o tema para conscientização.

BIBLIOGRAFIA

- 1- MARCO, Orlando L. N de. O Estudante de Medicina e a Procura de Ajuda. Revista Brasileira de Educação Médica 33(3):487-492; 2009.
- 2- MELEIRO, Alexandrina M. A. S. O Médico Como Paciente. São Paulo. Segmento Farma Editores. 2005.

- 3- MELEIRO, Alexandrina M. A. S. Suicídio entre Médicos e Estudantes de Medicina. Rev. Ass. Med. Brasil, 44(2): 135-40, 1998.
- 4- SANTOS, Marcelo Augusto Finazzi. Patologia da Solidão: o suicídio de bancários no contexto da nova organização do trabalho. 2009. 239 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciências da Informação e Documentação, Universidade de Brasília.
- 5- DEJOURS, Christophe; BÈGUE, Florence. Suicídio e Trabalho – O Que Fazer? Paralelo 15. Brasília. 2010.
- 6- CORRÊA, Humberto; BARRERO, Sérgio P. Suicídio: Uma Morte Evitável. Editora Atheneu, 2006.
- 7- CAMUS, Albert. O Mito de Sísifo. Rio de Janeiro: Edições BestBolso, Editora Best Seller, 2010.
- 8- MATOS, Olgária. O Mito de Sísifo e a Questão dos Trabalhadores – 2010. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=wGFeRO7rFGM>>. Acesso em 02/10/2022.
- 9- DURKHEIM, Émile. O Suicídio. São Paulo: Editora Martin Claret, Série Ouro, 2003.
- 10- BOTEGA, Neury José. Crise Suicida – Avaliação e Manejo. Porto Alegre. Artmed. 2015.
- 11- CASSORLA, Roosevelt M. S. Estudos Sobre Suicídio – Psicanálise e Saúde Mental. Blucher. São Paulo. 2021
- 12- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais. Genebra, 2004.
- 13- BAPTISTA, Makilim N. Suicídio e Depressão Atualizações. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2004.
- 14- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Suicide Worldwide in 2019: Global Health Estimates. Genebra. 2021.

- 15- DAMIANO, Rodolfo F; LUCIANO, Alan C et al. Compreendendo o Suicídio. Manole. São Paulo. 2021.
- 16- CASSORLA, Roosevelt M. S. Suicídio: Fatores Inconscientes e Aspectos Socioculturais: uma introdução. Blucher. São Paulo. 2021.
- 17- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais. Genebra, 2000.
- 18- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Prevenção do Suicídio: Um Manual para Profissionais da Saúde em Atenção Primária. Genebra, 2000.
- 19- FREITAS, Maria Ester de. Suicídio, um Problema Organizacional. GV Executivo. Vol 10, Nº 1. 2011.
- 20- CARVALHO, Luciana. *Renault é Considerada Culpada por Suicídio de Funcionário*. Disponível em <<http://exame.abril.com.br/negocios/noticias/renault-e-considerada-culpada-por-suicidio-de-funcionario>>. Acesso em 10/11/2022.
- 21- AROCHENA, José Fernando Lousada. O Suicídio como Acidente de Trabalho. Disponível em <<https://jus.com.br/artigos/5466/o-suicidio-como-acidente-de-trabalho>>. Acesso em 10/11/2022.
- 22- DONG M, Zhou FC, XU SW et al. Prevalence of Suicide-related Behaviors Among Physicians: A Systematic Review and Meta-analysis. *Suicide Life Threat Behav.* 2020;00:1-12.
- 23- DUTHEIL, Frédéric; AUBERT, Claire et al. Suicide Among Physicians and Health-Care Workers: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plos One.*2019.
- 24- SANCHES, Zila M et al. Estudo da Mortalidade dos Médicos no Estado de São Paulo, Brasil, no Período 2000-2009. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 29(7):1461-1466. Julho de 2013.

- 25- AGARIE, Carlos Alberto; LOPES, Paulo Sérgio; CORDÁS, Táki Athanássios. Suicídio, “Doença das Condições do Trabalho” entre Médicos e Estudantes de Medicina. Arq. Med. ABC, 6(1-2): 5-7, 1983.
- 26- GOLD, Katherine J et al. Details on Suicide Among US Physicians: Data From The National Violent Death Reporting System. General Hospital Psychiatry. 2012.
- 27- MELEIRO, Alexandrina M. A. S. Suicídio Em Médicos. II Fórum Sobre Suicídio. Conselho Regional de Medicina de Pernambuco. Disponível em <<https://www.youtube.com/watch?v=TEDw1Ha4I-E>>. Acesso em 01/10/2022.
- 28- GONÇALVES, Maria B.; BENEVIDES-PEREIRA, Ana M. T. Considerações Sobre o Ensino Médico no Brasil: Consequências Afetivo-Emocionais Nos Estudantes. Revista Brasileira de Educação Médica 33(3):493-504; 2009.
- 29- MILLAN, Luiz R et al. O Universo Psicológico do Futuro Médico – Vocação, Vicissitudes e Perspectivas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- 30- CAVESTRO, Julio M.; ROCHA, Fabio L. Prevalência de Depressão entre Estudantes Universitários. J. Bras. Psiquiatr., 55(4): 264-267,2006.
- 31- ROSENTHAL, Julie M ; OKIE, Susan. "White Coat, Mood Indigo - Depression in Medical School". The New England Journal of Medicine. Setembro 2005.
- 32- BENEVIDES-PEREIRA, Ana M. T.; GONÇALVES, Maria B. Transtornos Emocionais e a Formação em Medicina: um Estudo Longitudinal. Revista Brasileira de Educação Médica 33(1):10-23;2009.
- 33- NOGUEIRA-MARTINS, Luiz A. Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Rev. Bras. Med. Trab., Belo Horizonte. Volume 1. Número 1. P 56-58. Julho-Setembro 2003.
- 34- MILLAN, Luiz R; ARRUDA, Paulo C. V. de. Assistência Psicológica ao Estudante de Medicina: 21 Anos De Experiência. Rev Assoc Med Bras 2008;54(1)90-0.

35-MOLON, Rodrigo Cristiano. Assédio Moral no Ambiente do Trabalho e a Responsabilidade Civil: Empregado e Empregador. Disponível em <<http://egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/9352-9351-1-PB.pdf>>. Acesso em 15/11/2022.