

ALGUNS ASPECTOS DA DEPRESSÃO E SUA RELAÇÃO COM O SUICÍDIO

Janaína Rodrigues Oliveira

Defensora Pública

Mestranda em Ciências Criminais pela PUCRS

Especialista em Ciências Penais pela PUCRS

Resumo: O objetivo do presente texto é problematizar algumas questões conceituais do transtorno de humor relativo à depressão, promovendo um recorte para analisar tal transtorno em sua interface com o (ab)uso de álcool e demais substâncias entorpecentes, além de sua interface com o suicídio. A pretensão do estudo situa-se na promoção de subsídios para a atuação dos agentes da Defensoria Pública, quando instigados por familiares à propositura de medidas judiciais consistentes em obtenção de leitos hospitalares para internação psiquiátrica compulsória em caráter de urgência, por conta de apontamento de forte ideação suicida. Para tanto, são trazidos à discussão critérios pertinentes às ciências da saúde, especialmente a Psiquiatria e a Psicologia, para que dêem suporte à investigação teórica relativa à temática proposta, promovendo aporte ao questionamento jurídico de fundo.

Palavras-chave: Depressão. Abuso de álcool e drogas. Suicídio. Internação Psiquiátrica Compulsória.

Sumário: I. Considerações Iniciais. 1. Aspectos Conceituais da Depressão. 1. 1. Relação da Depressão com Alcoolismo e (Ab)Uso de Drogas. 2. Sobre o Suicídio. 2. 1. Análise do Suicídio em sua Interface com a Depressão. II. Considerações Finais. III. Referências Bibliográficas.

I. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esse trabalho apresenta como objeto um estudo sobre as características do diagnóstico de depressão, e em que medida esta se associa ao risco suicida, problema de saúde pública que, ao longo das últimas décadas, vem sendo foco de inúmeros estudos científicos.

A ideia central é, através do referencial teórico próprio das ciências da saúde, em especial da Psicologia e da Psiquiatria, promover uma interface entre o diagnóstico de depressão, e nesse contexto, as interferências havidas em relação ao (ab)uso de álcool e substâncias entorpecentes, pesquisando os sinais indicativos do potencial de auto-destruição em grau máximo.

Tal análise tem por fundamento a busca de indicativos teóricos que respaldem a postulação, através das medidas judiciais pertinentes, de vagas para internação psiquiátrica, em caráter de urgência, por meio da Defensoria Pública do Estado, em favor de portadores de transtorno de depressão, com iminente risco de suicídio, diante dos obstáculos impostos pela rede pública de saúde e escassez de leitos para tanto.

Nessas circunstâncias, a busca dos aludidos elementos teóricos tem por escopo subsidiar a proposição, através do Poder Judiciário, de pedidos de vagas para as internações psiquiátricas nas hipóteses em que há apontamento de forte ideação suicida, tendo em vista que o contexto fático supra descrito – de escassez de leitos – cria a exigência, pelo Judiciário, quando da análise de tais pedidos de leito, de se comprovar, já na ocasião do ajuizamento da medida, o esgotamento e fracasso dos tratamentos ambulatoriais, o que se caracteriza como de impossível comprovação documental em certas circunstâncias.

Isso porque, em diversas situações, a busca, através do Poder Judiciário, de leito para promover a internação para tratamento psiquiátrico do familiar ocorre como *ultima ratio*, em situações extremas, em que a pessoa recusa-se a ser submetida a tratamento médico. Logicamente, em tais contextos fáticos, não dispõe de qualquer acompanhamento em caráter ambulatorial prévio, passando a colocar em risco sua integridade física, momento em que a internação de forma compulsória mostra-se o último caminho a ser tomado.

Portanto, o presente estudo apresenta a finalidade de subsidiar acesso a informações pertinentes às ciências da saúde, portanto na forma transdisciplinar, naquilo que se constitui em temática própria à atuação cotidiana da Defensoria Pública do Estado junto ao Poder Judiciário, quanto à propositura de medidas relativas à requisição de

leito para internação psiquiátrica.

Destaca-se, desde esse momento, que não se traz pretensão de esgotar o tema, até pela densidade e complexidade que lhe são próprias, mas tão somente problematizar, tendo em conta certos aspectos. De outra perspectiva, destaque-se a busca é por fornecer subsídios que sejam úteis ao desempenho da função do defensor público, quando se depara com quadro de tal magnitude e, em regra, com caráter de urgência, o que demanda atuação imediata.

1. ASPECTOS CONCEITUAIS DA DEPRESSÃO

Embora os estados depressivos sejam assim descritos desde a antiguidade, apenas no século XX surgiram tratamentos farmacológicos específicos para o tratamento deste quadro.

Depressão e transtorno bipolar são espécies do gênero denominado transtornos de humor e são considerados problemas de saúde pública, em virtude do alto grau de incidência – 15 a 35% da população geral – além de elevada morbidade, principalmente quando não diagnosticados e tratados adequadamente.¹

A conceituação que ora se utiliza em relação aos estados emocionais de mania e depressão tem origem nas noções que se tinham no final do século XIX de mania – euforia, insônia, fala rápida e hiperatividade – e melancolia. Foi o desenvolvimento destas noções que culminou com o conceito de psicose maníaco-depressiva, assim definida por Kraepelin no século XIX.²

A depressão caracteriza-se por um estado emocional em que predomina a perda de vitalidade, com tendência a pensamentos sombrios e que evidenciam tristeza e melancolia, somada à falta de iniciativa.

Índices informados por GAUER, G. J. C.; FURLANETTO, L.; JURUENA, M. F.; VIEIRA, R. M., *Transtornos de Humor*, in *Psiquiatria para Estudantes de Medicina* - Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003, p. 386.
GAUER, G. J. C.; FURLANETTO, L.; JURUENA, M. F.; VIEIRA, R. M., obra citada.

Vale destacar que existem constantes variações nos estados de ânimo de quase todos os indivíduos em certos momentos da vida. Contudo, conforme Gauer, Furlanetto, Juruena e Vieira, considera-se quadro patológico, hábil a configurar transtorno de humor, as alterações que *representem uma mudança do comportamento habitual da pessoa, e que também causem sofrimento significativo e importante prejuízo no seu funcionamento social ou ocupacional*.³

Estudos indicam que os fatores genéticos são determinantes para o surgimento do quadro depressivo, havendo uma interação considerável com fatores sociais, psicológicos e familiares.⁴

Trata-se de situação frequente atribuir a acontecimentos importantes, a problemas financeiros, profissionais ou sociofamiliares as razões para entrar em estado de depressão ou de mania. Entretanto, é importante ressaltar que parte desses problemas muitas vezes pode já configurar consequência dos sintomas iniciais da doença.⁵

Os sinais e sintomas que caracterizam a síndrome depressiva são de três ordens: perturbações de afetividade, onde se localiza o humor disfórico, o desinteresse e a ansiedade; perturbações cognitivas, consistentes em falta de concentração, alterações de pensamento, ideias de culpa, ideias de morte e suicídio; e perturbações fisiológicas, relativas à atividade sexual, ao sono ou ao apetite.⁶

Kaplan destaca, relativamente à sintomatologia, que o retardo psicomotor generalizado é um dos sintomas mais frequentes, apesar de também ser possível estar presente uma agitação psicomotora, mais comum em idosos. Em alguns pacientes deprimidos que também apresentem o retardo psicomotor antes referido, durante o exame clínico, pode haver indicativo de esquizofrenia catatônica. Por esse motivo, o DSM-IV agrega como qualificadora de alguns transtornos de humor tal circunstância: *com características catatônicas*.⁷

³ Idem, p. 387.

⁴ Idem, p. 388.

⁵ Ibidem.

⁶ GUZ, I. apud SERRALTA, F. B., Culpa e/ou vergonha? Um estudo para conceitos-chave para o entendimento do risco de suicídio em pacientes deprimidos. Porto Alegre, 1997, Diss. (Mestrado) – Inst. de Psicologia, PUCRS.

⁷ Extraído de KAPLAN, Harold I., Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. Porto Alegre : Artmed, 1997, p. 508.

Ainda no que diz respeito aos sintomas, vale informar que muitos pacientes deprimidos apresentam uma redução da velocidade da fala, respondendo com monossílabos quando perguntados. Os delírios e alucinações apresentados por pacientes deprimidos são congruentes com o humor.⁸

Os pensamentos dos pacientes deprimidos contêm de forma geral uma visão negativa do mundo e de si. Frequentemente envolvem ruminacão sobre culpa, perda, suicídio e morte. Aproximadamente 50 a 75% dos pacientes que sofrem de depressão têm comprometimento cognitivo, apresentando concentraçãõ comprometida e esquecimento.⁹

Diante da ênfase excessiva no lado ruim, com tendência a pensamentos derrotistas, e, por outro lado, da minimizaçãõ de aspectos positivos, destaca-se a necessidade de se avaliar criteriosamente o paciente deprimido em exames clínicos justamente pelo comprometimento de tais relatos, que muitas vezes não condizem com a verdade.

1. 1. RELAÇÃO DA DEPRESSÃO COM ALCOOLISMO E (AB)USO DE DROGAS

A depressão constitui vetor para busca de tratamento psicológico e psiquiátrico, também sendo encontrada de forma velada no alcoolismo e abuso de substâncias entorpecentes. Maciel e Yoshida asseveram:

As evidências sugerem que os sintomas depressivos podem surgir no período do beber pesado ou de abstinência, mas tendem a desaparecer espontaneamente em dias ou semanas (Haviland, Shaw e cols, 1988). Por outro lado, há dados de que a supervalorizaçãõ do quadro depressivo

⁸ KAPLAN esclarece que os delírios congruentes com o humor incluem culpa, pecado, inutilidade, pobreza, fracasso e doenças somáticas terminais como câncer. Porém há delírios incongruentes com o humor, que envolvem pensamentos de grande poder e conhecimento. Obra citada, p. 509.

⁹ Ibidem.

pode conduzir ao uso precoce e desnecessário de antidepressivos, assim como a subvalorização destes pode levar à baixa eficácia do tratamento e aumentar a probabilidade de recaída (Jornada e cols., 1995; Silveira & Jorge, 1999).¹⁰

A dependência de álcool frequentemente coexiste com transtornos de humor, havendo indicação de que *a dependência do álcool em mulheres está mais fortemente associada com um diagnóstico de depressão do que em homens*.¹¹

Além do transtorno relacionado ao abuso do álcool, transtornos relacionados a outras substâncias também apresentam vinculação ao transtorno depressivo e aos transtornos de humor, de modo geral. O abuso pode configurar a precipitação de um episódio patológico ou até mesmo a tentativa do paciente em tratar sua doença. Os pacientes deprimidos com grande frequência fazem uso de estimulantes como cocaína e anfetaminas para aliviarem sua depressão.¹²

2. SOBRE O SUICÍDIO

Suicídio (do latim *sui caedere*), termo criado por Desfontaines, matar-se, é um ato que consiste em pôr fim intencionalmente à própria vida.

Segundo A. Schopenhauer: *“Suicidar é um ato inútil e insensato; destrói arbitrariamente o fenômeno individual, enquanto a coisa em si permanece intacta”*.

Historicamente a questão relacionada ao suicídio era tida como questão filosófica e questão jurídico-legal e não como pertencente ao âmbito da saúde mental. Na Grécia antiga e no império romano, a sociedade mostrava-se tolerante em relação ao suicídio, chegando-se até mesmo a celebrá-lo.

¹⁰ Maria José Nunes Maciel & Elisa Medici Pizão Yoshida, Avaliação Psicológica, 2006, 5(1), pp. 43-54

¹¹ Dados obtidos em KAPLAN, Harold I., op. cit., p. 508.

¹² KAPLAN, H. I., obra citada.

Contudo, filósofos como Platão e Aristóteles posicionavam-se contrariamente a esta prática autodestrutiva. Na Roma antiga, se de um lado havia uma relativa tolerância aos comportamentos suicidas, de outro, também havia a imposição de penalidades a alguns daqueles que o praticavam, como os escravos e os soldados, que, como castigo, não tinham direito de serem enterrados, tendo o corpo pendurado, em situações de exposição pública de suas, assim consideradas, fraquezas.

A tradição medieval-cristã e sua ínsita noção de vida eterna impôs ao suicídio conotação de pecado, por infração ao sexto mandamento e reversão do instinto de autopreservação humana¹³.

No período do Renascimento e do Iluminismo, essa concepção do ato suicida sofre uma releitura. Passa-se, então, a tratar o tema simplesmente em seu aspecto filosófico, ligado à subjetividade individual, característica própria dos pensadores do período **Das Luzes**.

A partir de então, já no século XVIII, o suicídio passa a ser vinculado à ideia de insanidade mental, firmando-se tal entendimento no século XIX, sendo a obra **O Suicídio**, de Emile Durkheim, publicado em 1897, um marco na investigação científica do tema em questão.

No estudo, Durkheim define o suicídio *como um ato individual complexo que implica uma perturbação da relação do indivíduo com a sociedade onde está inserido*.¹⁴

Os estudos sobre o suicídio realizados após a publicação da obra de Durkheim demonstram correlações significativas entre o ato e variáveis como sexo, idade, estado civil, religião, nível socioeconômico.

Merece ênfase, entretanto, que apesar de serem difundidos os estudos investigativos acerca das causas e aspectos determinantes do suicídio, ainda nos dias de hoje persistem tabus e estigmas ao redor desse tema.

¹³ Lição extraída de SERRALTA, F. B., Culpa e/ou vergonha? Um estudo para conceitos-chave para o entendimento do risco de suicídio em pacientes deprimidos. Porto Alegre, 1997, Diss. (Mestrado) – Inst. de Psicologia, PUCRS.

¹⁴ SERRALTA, F. B., obra citada, p. 30.

É oportuno destacar, nesse contexto, que para o nosso ordenamento jurídico o ato suicida não é crime, apenas sendo assim considerado, sabidamente, o ato de auxiliar, instigar ou induzir alguém ao suicídio.

Ainda a se considerar o aspecto comercial do suicídio entre os islâmicos. Destaca-se que àqueles que atentam contra a própria vida em prol da causa são proporcionadas quantias elevadas em dinheiro e assistência à família, como forma de compensação à dedicação demonstrada.

Esse suicídio, de caráter político-religioso, presente na era contemporânea, pode ser apontado, em uma análise superficial, como gesto movido unicamente pelo fanatismo. Entretanto, não se pode negar haver nele certa racionalidade, premeditação e cálculo, tanto para causar destruição e impacto no inimigo como também causar visibilidade no mundo, aproveitando-se sempre de uma mídia sedenta de audiência a qualquer preço.

2. 1. ANÁLISE DO SUICÍDIO EM SUA INTERFACE COM A DEPRESSÃO

Dentre os estudiosos do tema relativo ao suicídio e à depressão, parece ser consenso que, em relação aos sujeitos que cometeram suicídio, grande parte sofria de distúrbios mentais e, desses, muitos já haviam sido submetidos a tratamento psiquiátrico. Elucida, nesse ponto, Serralta:

Beskow (1990), em uma revisão da associação entre depressão e suicídio, afirma que numerosos estudos de follow up deste transtorno mostram que 15% das mortes ligadas às depressões são suicídios.¹⁵

Veja-se que o percentual é considerado sem que se computem as mortes acidentais, que se poderiam ter como parassuicídios, tendo em vista que os depressivos também apresentam como característica

¹⁵ Idem, p. 32.

do transtorno em questão a circunstância de serem menos cuidadosos consigo.

Realizou-se uma investigação sobre a mortalidade em pacientes deprimidos – Berglund e Nilsson (1987) – em que se levaram em conta 507 homens e 700 mulheres com depressão severa, desde a alta recebida entre 1956 e 1969 até dezembro de 1983. Foram computadas 478 mortes, das quais 103 foram por suicídio, 46 homens e 57 mulheres. A maior frequência foi entre mulheres na faixa de 50 a 59 anos de idade.¹⁶

Vale ainda mencionar que dados desse estudo demonstram que as mulheres tentam mais o suicídio que os homens. Porém, estes obtêm mais êxito nas tentativas.

Frota-Pessoa afirma que como o alcoolismo é, muitas vezes, secundário ao distúrbio do humor, não é demais dizer que mais da metade dos suicídios e parassuicídios de todos os tipos decorrem desta doença.¹⁷

Em razão do estigma e do preconceito que ainda hoje cercam o tema, há a ideia equivocada, oriunda do senso comum, de que as pessoas que cometem suicídio não comunicam aos outros sua intenção. Essa afirmação também conduz à outra, igualmente equivocada, de que aqueles que expressam desejos e ideias suicidas não o colocam em prática.

Serralta destaca que *a avaliação do desejo suicida tem demonstrado ser um fator fundamental da prevenção*. Segue, a autora, afirmando que *um erro muito freqüente na avaliação do potencial suicida reside em não questionar de forma aberta o paciente acerca de seus pensamentos, desejos e sentimentos de auto-eliminação*¹⁸. Tal atitude omissiva teria por fundamento evitar agir sugestivamente, aumentando o risco de se pôr em prática a tentativa de autodestruição.

¹⁶ SERRALTA, F. B., obra citada, p. 33.

¹⁷ Segundo informa SERRALTA, utilizando-se de referências feitas em outro estudo elaborado por Beskow, em que o alcoolismo configura-se diagnóstico principal em 39% ou adicional em 17% dos suicidas investigados.

¹⁸ Idem, p. 36.

Diversos elementos têm sido apontados como indicadores de risco de suicídio na depressão, dos quais se pode apontar: suicídio na família, início ou final das fases depressivas, ideação suicida, tentativas prévias de suicídio, desesperança, agressividade, impulsividade e sentimentos de culpa. A hipótese de uma predisposição genética ao suicídio, em famílias com transtorno de humor e alcoolismo, encontra apoio em uma série de trabalhos com famílias, em pesquisas com mapeamento genético.¹⁹

Na atualidade, uma grande ênfase tem sido dada ao fator pessimismo na predição do suicídio. Outro fator amplamente descrito como relacionado à depressão e ao risco de suicídio é a agressão. Alterações recentes de conduta e sentimentos, bem como antecedentes de comportamentos autodestrutivos constituem sinais indicadores indiretos de um perigo iminente relacionada aos atos suicidas.²⁰ Leciona Serralta:

Como refere Paschero (1977), Abraham foi um dos pioneiros no estudo psicanalítico da depressão e, em um trabalho publicado em 1911, descreve o conflito do depressivo como uma manifestação do ódio que paralisa o amor, ocasionando uma incapacidade de amar, percebida pelo ego como um sentimento de pobreza interno.²¹

Freud (1975) aponta que pessoas propensas ao suicídio apresentariam uma inversão no instinto de autopreservação, decorrente de uma defusão instintual, com uma abundante liberação do instinto de morte direcionado para o próprio indivíduo.²²

O suicídio tem sido entendido como uma saída ou fuga, geralmente de um estado afetivo intolerável, que inclui os sentimentos de desesperança, desespero, raiva e culpa, cuja natureza e intensidade

¹⁹ NUNES, S. apud SERRALTA, F. B., obra citada, p. 38.

²⁰ SERRALTA, F. B., obra citada, p. 42.

²¹ Em transcrição literal de trecho da obra de SERRALTA, p. 43

²² FREUD, Z. apud SERRALTA, F. B., obra citada, p. 45..

podem constituir indicadores que diferenciam os sujeitos com risco de suicídio dos que não apresentam este risco.

II. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A rapidez com que circulam as informações na época atual e a complexidade que a caracteriza acabam por gerar ansiedade em admitir a finitude humana, criando uma certa esperança (desejo) de imortalidade. Entretanto a morte é acontecimento real e presente, evidenciado e amplamente noticiado em suas formas violentas, o que acaba por lhe conferir caráter espetaculoso, como se pode afirmar.

Esse paradoxo entre o desejo de vida eterna e a inexorabilidade da morte fazem com que a abreviação da vida torne-se um tema ainda mais curioso e denso ao ser pesquisado.

É nesse cenário que se insere o presente trabalho que, ao buscar problematizar as questões afetas à depressão e sua interface em relação ao suicídio, não pretende (ao contrário disso) sugerir determinismos, com resgate a Cesare Lombroso ou quaisquer de seus discípulos.

Sabidamente, pode-se saber o que se busca saber, porém, há de se ter a consciência de que o humano, por ser demasiado humano, no dizer de Merleau Ponty, está aquém das metas, pela *impossibilidade de apreensão do todo*²³, sendo toda a análise que se possa fazer acerca desse tema, limitada e recortada do todo em que se insere.

Partindo-se, assim, de nossa estrutural incapacidade de trazer à discussão todos os aspectos pertinentes à questão da depressão e sua interface com o suicídio, cabe uma frase célebre sobre o tema, do filósofo Albert Camus: "*O suicídio é a grande questão filosófica de nosso tempo, decidir se a vida merece ou não ser vivida é responder a uma pergunta fundamental da filosofia.*"

E, para reflexão, Fernando Pessoa:

²³ MERLEAU PONTY, Maurice. O Olho e o Espírito. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify. 2004.

"[Depois do ato suicida, quando estiveres] verdadeiramente morto, muito mais morto que calculas.../ Só és lembrado em duas datas, aniversariamente: quando faz anos que nasceste, quando faz anos que morreste,/ Mais nada, mais nada, absolutamente nada./ Duas vezes por ano pensam em ti./ Duas vezes por ano suspiram por ti os que te amaram,/ E uma ou outra vez suspiram se por acaso se fala de ti./ Encara-te a frio, e encara a frio o que somos.../ Se queres matar-se, mata-te.../ [Se pensas que és importante?] És importante para ti, porque é a ti que te sentes/...E se és assim, ó mito, não serão os outros assim?

III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GAUER, G. J. C.; FURLANETTO, L.; JURUENA, M. F.; VIEIRA, R. M., *Trans-tornos de Humor*, in *Psiquiatria para Estudantes de Medicina - Porto Alegre*: EDIPUCRS, 2003.
- KAPLAN, Harold I., *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre : Artmed, 1997.
- MACIEL, Maria José Nunes; YOSHIDA, Elisa Medici Pizão, *Avaliação de Alexitimia, Neuroticismo e Depressão em Dependentes de Álcool*. In *Avaliação Psicológica*, 2006, 5(1), pp. 43-54.
- MERLEAU PONTY, Maurice. *O Olho e o Espírito*. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Cosac & Naify. 2004.
- SERRALTA, F. B., *Culpa e/ou vergonha? Um estudo para conceitos-chave para o entendimento do risco de suicídio em pacientes deprimidos*. Porto Alegre, 1997, Diss. (Mestrado) – Inst. de Psicologia, PUCRS.