

A PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

ASPECT

PEDRO LOPES DOS SANTOS (*)
JOSÉ CARLOS COUTO SOARES PACHECO (**)

INTRODUÇÃO:

Actualmente, em qualquer dos países industrializados, o suicídio aparece como uma das causas mais frequentes de morte. No quadro da nosografia psiquiátrica, o suicídio situa-se como a causa quase exclusiva da morte.

É neste panorama genérico que se deve situar a necessidade sentida de uma prevenção da atitude suicida.

Em 1953, Chad Varah funda em Londres um movimento com esse objectivo. Instala um serviço telefónico destinado a atender todos quantos se sintam tentados pelo suicídio. Rapidamente serviços deste género estendem-se a todas as principais cidades do mundo. Os diversos estudos já realizados com o objectivo de avaliar a eficácia deste modelo de intervenção assinalam efeitos de contenção no número de suicídios que variam entre os 15% e os 30% (para discussão vd. Varah, 1981).

No nosso país, este serviço surge em Lisboa no ano de 1979 e no Porto em 1981. Na cidade de Lisboa a responsabilidade cabe à Liga de Higiene Mental, e no Porto um grupo de pessoas constitui-se em associação particular (Associação Telefone da Amizade), a que o poder legal autoriza o benefício de inserção no quadro jurídico das associações privadas de utilidade pública. Esta Associação é suportada financeiramente por subsídios diversificados (M. A. S.), Governo Civil do Porto, Instituto de Assistência Psiquiátrica, contribuições particulares e quotizações de sócios. É do serviço por ela montado que falaremos neste artigo.

O «TELEFONE DA AMIZADE»

O T. A. funciona desde 25 de Maio de 1981 através do número 67 27 27 da rede do Porto. Na sua propaganda reclama-se como linha telefónica à disposição de todos os que se sintam angustiados ou tentados pelo suicídio.

Se quisermos caracterizar o modelo de intervenção seguido para o atendimento dos casos, situá-lo-emos dentro da categoria das «acções de suporte em crise» tal como a define Sifneos (1977). Não se trata, pois, de um serviço que desenvolve uma actividade de tipo psicoterapêutico. O T. A. limita-se a atender pessoas em situação de crise emocional sem prolongar os contactos para além da via telefónica ou da crise. Tampouco toma a iniciativa de fazer qualquer ligação telefónica: apenas recebe chamadas que duram o tempo que o apelante quiser.

No contacto com o público são seguidos alguns processos de comunicação. Tais processos correspondem de forma geral aos procedimentos tipificados na relação de ajuda segundo o modelo rogeriano. Actualmente, o horário de funcionamento estende-se das 16 horas à 1 hora da manhã. De futuro este horário irá sendo progressivamente alargado até se perfazerem as 24 horas diárias.

O atendimento dos apelantes é realizado por voluntários. As suas idades variam entre os 21 e os 62 anos, representando diversificados meios sócio-profissionais. O recurso a não-profissionais baseou-se nas seguintes considerações:

- é possível a pessoas não qualificadas em psicologia ou psiquiatria adquirirem e utilizarem as competências específicas de comunicação requeridas por este trabalho, bem como (se devidamente enquadradas) actuarem em moldes tecnicamente correctos.
- na medida em que o regime

de voluntariado implica que o serviço prestado pelos escutantes não é remunerado, os custos de funcionamento do T. A. são pequenos comparados com os custos que implicaria o recurso a profissionais; assim se torna mais fácil a sua viabilização financeira.

Os 26 voluntários escutantes que presentemente atendem ao telefone foram recrutados em função das suas qualidades pessoais, de entre um conjunto de cerca de 70 candidatos. As principais qualidades requeridas eram:

- 1 — personalidade equilibrada
- 2 — tolerância a situações de «stress»
- 3 — capacidades manifestas de empatia e de condução de uma relação em moldes não-directivos.

Na selecção dos candidatos não se contemplaram factores como a idade, sexo ou idiosincrasia. Após serem seleccionados, os escutantes frequentaram um curso de formação tendo como objectivo habilitá-los para o trabalho específico de atender ao telefone pessoas em crise. O curso, para além de os iniciar na «relação de ajuda» através de técnicas como o *role playing* foi igualmente composto por palestras e conferências em que era fornecida informação teórica sobre temas relevantes para a actividade que iriam desenvolver. Até ao presente foram realizados três cursos, decorrendo neste momento um quarto. O número de participantes variou entre 8 a 16. Desde o início 8 escutantes deixaram de prestar a sua colaboração por diversos motivos.

Uma equipa técnica assegura constantemente a qualidade do trabalho desenvolvido pelo Centro. Os elementos que a constituem são os únicos que exercem serviços remunerados na Associação Telefone da Amizade. O seu número tem variado entre 2 a 4 membros, integrando psiquiatras e psicólogos. As suas funções são extremamente importantes: a eles cabe a definição e criação das condições apropriadas ao exercício efectivo de uma actividade de prevenção do suicídio

através do telefone. No dia a dia repartem a sua actividade por acções de orientação, acompanhamento e supervisão dos voluntários no atendimento de casos. Para além disso, incumbem-lhes a responsabilidade de seleccionar os voluntários de entre os candidatos à função de escutante, bem como assegurar a organização e condução da formação inicial e contínua dos mesmos.

FUNDAMENTOS DE ACTUAÇÃO

O T. A. propõe-se o objectivo de desenvolver uma acção preventiva de condutas suicidárias. Mas como pode um serviço deste género actuar nesse sentido?

Para responder a tal questão, necessário se torna situar o seu funcionamento em função da dinâmica que informa a atitude suicida.

Importará desde logo salientar que esta atitude aparece geralmente como corolário de um desenvolvimento psicológico que culmina num estado de tensão (crise emocional), transportado ao seu paroxismo. Compreende-se, pois, facilmente que a prevenção do suicídio não deve realizar-se apenas no momento de «passagem ao acto», mas a partir do momento em que a pessoa defronta dificuldades que experimenta de modo mais ou menos dramático. Se nesse momento o indivíduo não encontra um interlocutor amigo que atenua o esvaziamento relacional que normalmente se cria nas situações de sofrimento psicológico (Gouaux, 1971; Boswell e Murray, 1981), a intensa vivência em que mergulha corre o risco de se transformar num afogamento cada vez mais próximo de uma «passagem ao acto».

Neste plano o T. A. actua permitindo a qualquer pessoa em dificuldade a possibilidade de compartilhar com outro as suas experiências emocionais dolorosas. Três instrumentos são a pedra de toque deste objectivo:

— Em primeiro lugar o *segredo do diálogo*, significando a garantia de que tudo o que é confiado ao Centro vai permanecer confidencial.

— Em segundo lugar o *anonimato* que garante que ninguém jamais procurará identificar quem apela ou obter informações que não sejam dadas por vontade própria do apelante.

— Por último a atitude de total aceitação por parte de quem atende o telefone. O apelante poderá exprimir-se livremente, discutir sem *a priori* os problemas talqualmente os sente. No T. A. não existem *tabus* de qualquer espécie, e isto, muito especialmente em relação ao suicídio. As pessoas temem falar de suicídio aos que os rodeiam, não ouvindo até às vezes pronunciar a palavra. O escutante nunca hesita em empregar a expressão suicídio na sua denominação e com esta atitude tenta-se criar o espaço psicológico necessário que permita falar do assunto de um modo já experimentado como natural, sem sentimentos de rejeição, incompreensão ou preconceito — tão vulgares noutros enquadramentos.

Mas se o T. A. ao permitir canalizar a comunicação exigida pela pessoa em crise, pode já constituir-se como factor preventivo das manifestações suicidas, o seu potencial neste campo não se esgota aí.

A experiência demonstrou que também ao nível da intenção ou de uma eminente tentativa de suicídio é possível intervir. Em tais casos, importa compreender, que mesmo em plena crise, o indivíduo experimenta a necessidade existencial de se exprimir e ser compreendido (75% das pessoas que se suicidam comunicaram antecipadamente essa intenção de modo mais ou menos claro — Duvivier, 1980). É importa também compreender que ao apelar para o T. A. ele permanece ambivalente face ao encarar do seu suicídio, sendo sinal último disso, o facto de ter telefonado.

O acto suicida aparece normalmente como a exteriorização de uma experiência emocional em que se entrecrocaram as tendências de vida e de morte. É assim que quase sempre é possível desmontar no acto ou tentativa de suicídio variadas funções ou motivações. Nuns casos, uma função ordálica de expressão que no seu sentido primitivo significa o acto de submissão a uma prova perigosa perante a comunidade, cujo resultado assumiria a vontade de Deus (mais frequentemente no caso do suicídio de *sorte ou azar*, geralmente em adolescentes ou imaturos). Noutros casos uma função de fuga, quer através da morte, quer através da dinâmica regressiva que se instaura na esfera relacional após uma tentativa frustrada (mais frequente em «suicidas habituais»). Na generalidade dos casos, é *todavia na função de apelo*, tal qual campanha de socorro, e na função de chantagem (onde o simples apelo assume já foros de exigência ou ameaça), que subjaz o comportamento suicida. Assim resta mais claro, que o risco de *passagem a acto* não corresponde necessariamente à consciência definitiva e plena do desejo de morte, mas é muito mais vezes determinado por um conjunto complexo de nebulosas motivacionais, assim mesmo experimentadas pelo próprio sujeito.

A partir daqui é possível compreender que quando um apelante contacta o T. A. em situação de risco imediato:

- o carácter apelativo da necessidade existencial do *encontro com o outro* cria as condições para uma intervenção favorável face à ideia suicida emergente;
- a ambivalência do desejo de morte e de vida, ou seja, a oscilação (mesmo em instantes) desta dualidade que se alimenta e retro-alimenta (maior o sofrimento existencial, maior o desejo de lhe pôr termo pela morte, mas aí também maior o temor ansioso de lá chegar o que desperta renovado impulso de superar este temor insustentável por renovada ideia de morte, etc.), permite uma tentativa de actuação pela mobilização do que em cada momento é o vector instintivo da sobrevivência.

INDICADORES DE AVALIAÇÃO

Se no plano das ideias se pode fundamentar o princípio da actuação pelo telefone na prevenção das condutas suicidárias, resta sempre em aberto a questão de se saber até que ponto o T. A. vem desenvolvendo

(*) Assistente da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto.

(**) Interno de Psiquiatria do Hospital Conde Ferreira; assistente convidado da Faculdade de Medicina, Porto.

O ATRAVÉS DO TELEFONE

S DE UMA EXPERIÊNCIA NA CIDADE DO PORTO

do uma actividade efectiva na prevenção do suicídio no Porto.

Com efeito aquilo que se sabe acerca da eficácia deste modelo de intervenção, provém de validações efectuadas noutros países onde, sob alguns aspectos, a realidade social é diferente. Será que essas experiências poderão ser transplantadas para esta cidade com resultados semelhantes?

Só análises rigorosas dos efeitos da existência do T. A. nas taxas de suicídio e tentativas de suicídio nos poderá fornecer aqui respostas inequívocas e definitivas. Todavia por dois motivos, tal avaliação é ainda prematura:

— na actualidade, a capacidade de resposta do T. A. é extremamente limitada pela existência de uma só linha telefónica de atendimento e por um horário reduzido que pouco mais cobre do que um terço das 24 horas por dia. Nestas condições, a possibilidade de prevenir suicídios reduzir-se-ia a poucos casos que pelo seu número seriam insusceptíveis de influenciar as estatísticas;

— o recurso às estatísticas do suicídio no Porto para avaliação da acção do T. A. exige que as análises se reportem a vários anos de funcionamento; esta condição é indispensável para que seja possível distinguir os resultados decorrentes da existência do T. A. dos efeitos produzidos por outros factores ocasionais de difícil identificação; dado o pouco tempo de vida do Serviço, tais análises são ainda irrealizáveis.

Mas se de momento não é possível avaliar o serviço a partir dos dados epidemiológicos do suicídio, há outros aspectos relacionados com a questão acima colocada que nos poderão fornecer indicações importantes. Nomeadamente referimo-nos aos aspectos relativos à caracterização dos apelantes do T. A.

Ninguém negará a evidência de que o T. A. só poderá prevenir suicídios se for contactado por aqueles que se encontram tentados pelo suicídio. Até que ponto estas pessoas são receptivas à ideia de contactarem o serviço? Por outras palavras, será o T. A. utilizado por uma população em risco?

No registo de cada chamada além de figurarem dados simples para posterior elaboração estatística (hora do apelo, sexo do apelante, idade provável, etc.), existe a referência ao risco de suicídio manifestado, que o escutante calcula através de uma escala de manuseamento rápido e fácil. Os dados provenientes desta última avaliação apontam para a existência de valores de risco elevados numa franja significativa dos apelantes. No entanto, tendo em conta que a escala não se encontra ainda empiricamen-

te validada para Portugal, prescindiremos aqui desses resultados. Não obstante, pensamos que a consideração de outro tipo de dados nos fornecerá algumas indicações relevantes. Assim, faremos sucintamente a apresentação de alguns aspectos estatísticos referentes às chamadas ocorridas em 1982. Destacaremos informações relativas à distribuição das chamadas ao longo do ano, manifestação de intenções suicidas por parte dos apelantes e dados referentes ao estado civil, sexo e idade dos mesmos.

Distribuição das chamadas ao longo do ano — No total de chamadas (N=4075) calculou-se a distribuição dos apelos ao longo do ano. Os resultados evidenciam que a maioria das chamadas (57.3%) se concentra nos meses de Maio, Março, Abril, Setembro, Outubro e Novembro.

Sexo, estado civil e idade dos apelantes — De entre o total de apelos colhemos ao acaso uma amostra de 2.300 chamadas em ordem a proceder-se à análise destas variáveis.

Como se pode verificar no Quadro I mais de 3/5 dos apelos provêm de indivíduos do sexo feminino.

Quadro I

Distribuição dos apelantes por sexo

Sexo	Número	%
Masculino	759	33
Feminino	1541	66

Em relação ao estado civil foram considerados para análise os seguintes 5 grupos: Solteiros, Casados, Viúvos, Separados e Divorciados. Em 3.4% das chamadas não se pôde dispor do registo do valor desta variável.

No quadro II é constatável que os casados se encontram representados na população de apelantes numa proporção inferior à sua incidência na população portuguesa (análise detalhada será realizada em artigo posterior). Também merece relevo, a constatação de uma forte incidência de apelantes divorciados e viúvos.

Quadro II

Frequência e percentagem de apelantes em função do Estado Civil

E. Civil	Número	%
Solteiros	437	19.0
Casados	462	20.1
Viúvos	513	22.3
Separados	92	4.0
Divorciados	718	31.2
Indeterminados	109	3.4

Quando o escutante atende uma chamada, procura situar aproximadamente o apelante num grupo etário. Formaram-se cinco grupos de referência, cuja descrição e percentagem de apelantes aparece no quadro III.

Quadro III

Grupos etários considerados e percentagem de apelantes

Grupos	%
G1 — menos de 18 anos	7
G2 — entre 18 e 23 anos	11
G3 — entre 23 e 50 anos	47
G4 — entre 50 e 60 anos	20
G5 — mais de 60 anos	12

Em 3% das chamadas não foi registada a idade provável. De notar que nesta amostra o número de apelantes até aos 23 anos e com mais de 60 anos é substancialmente menor que o número de apelantes pertencentes aos outros dois grupos. A maior incidência regista-se na zona dos 23/50 anos.

Referência ao suicídio por parte dos apelantes — Em relação a este factor só analisámos elementos referentes ao mês de Maio. Do conjunto de chamadas com duração superior a 15 minutos, extraímos aleatoriamente uma amostra de 100 apelos. Verificou-se que em 27 casos, os apelantes referiam intenções suicidas (ainda que com diferentes graus de consistência).

Não nos foi ainda possível realizar a comparação estatística dos nossos resultados com os dados epidemiológicos do fenómeno do suicídio na região do Porto (essa comparação será feita num artigo em fase de preparação). No entanto independentemente dos índices de significação ainda não determinados, adivinham-se algumas tendências sugestivas.

Assim, constatou-se que os meses da Primavera e de Outono são aqueles em que o número de chamadas é superior. Tal distribuição é paralela à curva de preferência de suicídios durante o ano. Desde Durkheim que são conhecidas as características de sazonalidade do suicídio em que ocorrem dois «picos»: um na Primavera, outro no Outono. Stengel (1980) salienta que esses «picos» são também válidos para as meras tentativas de suicídio. O facto evidencia, desde logo, uma semelhança entre a população de apelantes e a população que manifesta condutas suicidárias. Da mesma forma, se deve atentar na incidência de apelos provenientes de viúvos e divorciados, grupos estes normalmente referidos como sendo os mais vulneráveis ao suicídio (Stengel, op. cit.). Por outro lado, o grupo onde a incidência de comportamentos suicidas é menor, surge também pouco representado nos apelantes (se tomarmos em conta a sua distribuição na população portuguesa).

Pensamos ainda ser significativa a verificação de que uma boa percentagem de apelantes manifesta ideias de suicídio. É sabido que tais manifestações são um factor de risco que os especialistas valorizam devidamente. A constatação de que o número de referências explícitas ao suicídio é relativamente elevado, constitui um reforço mais, para a conclusão de que a população que contacta o T. A. é uma população em risco de suicídio. Porém, esta conclusão deverá ser matizada pela consideração das variáveis sexo e idade. Com efeito, nas variáveis em causa, os apelantes possuem mais afinidades com o grupo «tentativas de suicídio» do que com os outros grupos suicidas («suicídios impulsivos» e «suicídios com intenção auto-destrutiva clara»).

Tal afinidade é posta em evidência se colocarmos estes resultados em paralelo com os dados provenientes de vários estudos de carácter epidemiológico em vários países da Europa e em Portugal (Fragoso Mendes, 1973; Roma Torres, 1981). Mesmo com este matiz, importa ter em conta que os índices de morte por suicídio no grupo das

«tentativas» é suficientemente elevado para que lhe seja aplicada a noção de «população em risco».

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo deste artigo foram resumidamente explanados alguns dos fundamentos que informam a actividade do T. A. na prevenção do suicídio. Embora ainda sujeitos a posterior confirmação (obtida pela análise de significâncias estatísticas), referiram-se dados sugerindo que uma franja das populações em risco é receptiva à ideia de utilizar este serviço. Por si, tal facto permite supor que este modelo de intervenção é transponível para a realidade portuense.

No entanto numa perspectiva de prevenção do suicídio, haverá que admitir que mesmo funcionando em pleno, este serviço apresenta limitações que obrigam a que a sua acção seja complementada por outras estruturas e tipos de actuação. As limitações decorrem principalmente da constatação que só os casos em que os actos suicidas assumem características próximas das «tentativas de suicídio» recorrem ao T. A. Embora seja sabido que as ocorrências nesta área têm elevado valor de letalidade, importa pensar que uma margem significativa de suicídios permanecerá fora do espaço de intervenção do T. A. Acresce ainda que, apesar de bastante generalizado, o telefone está longe de entrar em todas as casas. Imaginar que as pessoas sairão para falar de uma cabine pública é atribuir-lhes a existência de uma energia interior que nem sempre o sujeito em crise tem disponível.

BIBLIOGRAFIA

- Boswell, P. C. & Murray, E. J. Depression, schizophrenia, and social attraction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 5, 641-647.
- Duvivier, M. Présentation du Centre de Prévention du Suicide, in Symposium du 10^{ème} anniversaire du A. S. B. L., Bruxelles, 1980.
- Fragoso Mendes, J. Nota prévia sobre a incidência do suicídio em Lisboa. *Jornal do Médico*, 1973, 1557, 593-596.
- Gouaux, C. Induced affective states and interpersonal attraction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1971, 20, 37-43.
- Roma Torres, A. Suicídio e tentativa de suicídio. Conferência proferida na Associação Telefone da Amizade, Porto, 1981.
- Stengel, E. Suicídio e Tentativa de Suicídio. Lisboa, D. Quixote, 1980.
- Sifneos, P. Psychothérapie brève et crise émotionnelle. Bruxelles, Dessart, 1977.
- Varah, C. The Samaritans in the 80s, London, Constable, 1981.

« GRALHAS »

No último número do «Jornal de Psicologia», e por motivos alheios à nossa vontade, registaram-se algumas «gralhas» tipográficas que, embora não tenham alterado ou deturpado o sentido dos textos, dificultaram por certo a sua leitura.

Aos nossos leitores e aos autores dos textos em causa o «Jornal de Psicologia» apresenta as suas sinceras desculpas.

A REDACÇÃO

SEMPRE PRESENTE

LIVRARIA AVIS

DE

MANUEL CAMANHO

R. de Avis, 10 a 16 e R. da Fábrica, 68
Telef 26212 e 313056 — 4000 PORTO

LIVROS ESCOLARES PARA TODOS OS GRAUS DO ENSINO

MAIS DE 25 ANOS AO SERVIÇO DO ENSINO