

ABRIR OS COFRES

A Prevenção do Suicídio na Psiquiatria Privada

Estudo Retrospectivo

FÁTIMA GYSIN, FRANÇOIS GYSIN
Consultório Privado de Psiquiatria. Lisboa

RESUMO

Avalia-se a presença e a importância do tema suicídio na prática privada a tempo inteiro de um psiquiatra utilizando uma abordagem retrospectiva e quantitativa. Duma década de prática clínica privada, 1995–2005, são analisados os dados referentes ao ano 2003 para 40% dos pacientes acompanhados desse ano. O tratamento dos pacientes desta amostra tinha cobertura de um seguro de saúde com laço contratual com o psiquiatra. Estabelecem-se a prevalência e incidência do tema suicídio em função dos índices da actividade clínica neste consultório, ou seja, os diagnósticos, o número de consultas e a duração do tratamento por paciente. Um terço desta população de ambulatório na psiquiatria privada apresentava ideação e imaginário suicida. Um em cada dez pacientes manifestava um risco suicidário mais relevante. A suicidalidade estava significativamente correlacionada com a presença de um distúrbio depressivo. Em depressivos, o tema suicídio era três vezes mais frequente em comparação com os outros doentes. A frequente presença da figura do suicídio no ambiente da consulta psiquiátrica privada contrasta com a raridade do agir suicidário. A resposta psiquiátrica à ideação suicidária no contexto da prática privada é uma prevenção eficaz quando reúne factores de qualidade quanto à facilidade de acesso, duração e frequência das consultas.

SUMMARY

A GLANCE AT THE SAFE

Suicide Prevention in Private Psychiatric Practice. A Retrospective Study

The presence and importance of the theme suicide as it appears in the full time private psychiatric practice of one psychiatrist is evaluated in a retrospective quantitative study. Of the decade 1995-2005 of private clinical practice one year, 2003, was selected its data analyzed for 40% of all patients followed in 2003. The treatment of the sample patients was covered by a specific health insurance that had a contractual link to the psychiatrist. Prevalence and incidence of suicidality as a theme were established on the background of the characteristics of the clinical activity in the examined psychiatric office: diagnostics, number of visits and duration of treatment. A third of this ambulatory population in private psychiatric office showed suicidal ideation and fantasies. One in ten patients had more serious suicidal risk. Suicidality was significantly correlated with the presence of a depressive mood disorder. In depressed patients the suicidal theme was three times more frequente compared with other patients. The frequent presence of the suicide figure in the context of private psychiatric consultation contrasts with the fact that suicidal acts are rare. Psychiatric response to suicidal ideation in the context of private practice is an efficient prevention when certain conditions are fulfilled concerning accessibility, duration and frequency of the consultations.

INTRODUÇÃO

Segundo Saraiva (2006) e Santos (2006) a taxa de suicídios em Portugal duplicou nos últimos anos para ultrapassar os 1000 suicídios por ano e a taxa de 10/100 000 habitantes. A psiquiatria do sector privado participa na identificação do risco suicidário, no tratamento da suicidalidade (definida aqui como ideação suicidária expressa) e assim, na prevenção do suicídio e do para-suicídio por ser um contexto clínico que facilita a expressão e comunicação da ideação suicida pela sua intimidade e confidencialidade.

A psiquiatria privada é um espaço onde, em Portugal, se realiza uma parte importante dos cuidados prestados a pessoas com distúrbios depressivos e com distúrbios de ajustamento com sintomas depressivos, sendo estas, justamente, as perturbações mentais mais relacionadas com suicidalidade, para-suicídio e suicídio. A psiquiatria privada conta com uma longa tradição na resposta dada às necessidades da população, constituindo um sector complementar imprescindível aos serviços psiquiátricos públicos que enfrentam uma sobrecarga de trabalho com resposta por vezes demorada e um espaçamento demasiado grande entre as consultas. Com efeito, o suicidário necessita de uma resposta rápida e intensa, não necessariamente prolongada.

A estrutura da prática privada da psiquiatria em Portugal modificou-se com a intensificação da oferta de seguros de saúde desde 1996. Nestes sistemas de seguro, a cobertura de prestações psiquiátricas ambulatoriais é muito limitada, seja a nível financeiro, seja pelo reduzido número de consultas participadas anualmente para cada beneficiário, criando, assim, condições difíceis para o paciente e o especialista.

Não parecem existir estudos sobre a suicidalidade no consultório psiquiátrico privado em Portugal, local tradicionalmente conotado com a independência e a autonomia do especialista e a intimidade da relação médico-doente, sem o apoio financeiro e o olhar controlador de um terceiro parceiro. Com o crescimento recente das entidades seguradoras, cada vez mais este terceiro parceiro está presente e interage na realidade clínica do consultório privado.

CONTEXTO

O consultório privado examinado situa-se no centro moderno de Lisboa, perto das artérias que servem a área da Grande Lisboa e com acessos fáceis por meios de transporte privados e públicos (metro, autocarro, comboio).

No ano em questão, a psiquiatra, cujos doentes são avaliados, trabalhava a tempo inteiro neste espaço, numa sala utilizada exclusivamente por ela. Recebia directamente por telefone os pedidos de novas consultas. O período entre o primeiro contacto telefónico e a primeira consulta era de um a dez dias, com uma média de sete dias. As primeiras consultas tinham uma duração de 60 minutos aproximadamente e as subsequentes de cerca de 30 a 45 minutos.

OBJECTIVOS

- O estudo visa responder às seguintes **questões de fundo**:

- Será que a psiquiatria privada é procurada, adequada e eficiente para o tratamento da suicidalidade?
- Quais são os factores que influenciam a qualidade da oferta psiquiátrica privada?

- **Perguntas da pesquisa**

Para abordar e operacionalizar as questões de fundo procurámos encontrar respostas às perguntas seguintes:

- Qual é a taxa de suicidalidade entre os doentes do psiquiatra na sua actividade privada e convencionada?
- Qual é a taxa de risco suicidário?
- Quais são as patologias dos suicidários que procuram o psiquiatra no seu consultório?
- Qual é a *dose* de tratamento que o suicidário recebe?
- Qual é a duração de tratamento do suicidário no consultório privado?

MÉTODOS

Trata-se de um estudo quantitativo retrospectivo.

- **População de Base**

Esta é constituída por todos os doentes vistos pela psiquiatra em questão durante o ano 2003. Foram recebidos em consulta o total de 153 pacientes, o que foi verificado por consulta das fichas clínicas, documentos da consulta e notas de seguimento, assim como comprovativos da facturação.

Caracterização da população de base:

No ano 2003, 153 doentes receberam um total de 1811 consultas pela psiquiatra, em ambulatório no consultório

privado, onde exercia a tempo inteiro. Houve 47 homens (31%) e 108 mulheres (69%), com idades compreendidas entre 3 e 61 anos.

Dos 153 pacientes, 120 (78%) tinham um seguro de saúde privado ou um subsistema de saúde que assumiu uma parte dos custos do tratamento. Os restantes 33 pacientes (22%) assumiam os custos integralmente.

Dos 120 pacientes convencionados, 61 pertenciam à convenção denominada **A**, 20 à convenção **B** e 39 à convenção **C**.

A convenção **A**, um seguro de saúde privado, caracterizava-se na cobertura de cuidados psiquiátricos por seis consultas financiadas por ano (raramente doze).

O paciente pagava cerca de 40% do valor no acto da consulta (co-pagamento). A entidade seguradora em questão pagava os restantes 60% directamente ao especialista, no período aproximado de uma semana. O valor da consulta estipulado pela seguradora correspondia, para a época do estudo, ao mínimo referido no Código de Nomenclatura e Valor dos Actos Médicos da Ordem dos Médicos Portugueses. Muitos doentes não continuaram o tratamento, uma vez terminada a participação do seguro.

A convenção **B**, um subsistema de saúde, não tinha limite de número de consultas e não havia co-pagamento imediato da parte do paciente.

A convenção **C**, um subsistema de saúde, não tinha limites de número de consultas, o co-pagamento era de 20 % e correspondia aproximadamente ao valor da taxa moderadora no Serviço Nacional de Saúde. O valor global da consulta era cerca de metade do mínimo então estipulado pelo Código de Nomenclatura e Valor dos Actos Médicos da Ordem dos Médicos Portugueses.

• A amostra da população examinada:

A amostra consiste numa parte da população de base, seleccionada para ser examinada.

Os **critérios de inclusão** para a amostra de população a estudar foram:

- Diagnóstico segundo ICD-9 ou 10 elaborado no momento da consulta,
- Comprovativos de facturação das consultas disponíveis,
- Ficha clínica disponível
- Estatística das consultas facturadas disponibilizada pela entidade seguradora.

Estes critérios permitiram cruzar a informação na posse da psiquiatra com a da seguradora, reduzindo a possí-

vel fonte de erros. A elaboração de um diagnóstico estandardizado, pedido pela seguradora, fortalece a robustez do diagnóstico atribuído a cada paciente no presente estudo, garantindo que não se tratava apenas de um diagnóstico retrospectivo. Foi preferível examinar apenas uma parte da população de base com critérios mais rigorosos, e não a população total, com mais incertezas quanto à validade das informações.

Os critérios de inclusão estavam preenchidos para todos os doentes que beneficiaram da convenção **A**. Assim, foram incluídos 61 pacientes (amostra de população examinada) dos 153 (população de base).

A amostra é constituída por 41 mulheres (67 %) e 20 homens (33%) com idades compreendidas entre 17 e 61 anos e uma média etária de 34,9 anos.

• Fontes de informação

As fontes de informação relativas aos doentes foram as fichas clínicas da psiquiatra, complementadas e comparadas com as listas de facturação da entidade seguradora.

• Diagnósticos

Os diagnósticos foram estabelecidos segundo os critérios do ICD-9 ou 10 da OMS pela psiquiatra responsável durante o tratamento. Trata-se de um diagnóstico clínico para fins de tratamento. Na óptica do presente estudo, foram reavaliados os diagnósticos retrospectivamente por dois psiquiatras, a psiquiatra responsável e o co-autor, segundo ICD-10. Eventuais diagnósticos ICD-9 receberam a correspondência ICD-10.

• Definição do termo *suicidalidade*

O termo *suicidalidade* designa neste estudo toda a ideiação, a imaginação, a actividade mental referente ao tema suicídio. Não inclui o para-suicídio, que designa comportamentos (Saraiva, 2006), ou tentativas e actos suicidários. Distinguimos dois níveis de *suicidalidade*:

No **nível 1, (tema suicídio presente)**, verifica-se ideiação ou imaginação suicidária, expressa de modo espontâneo ou após abordagem pela psiquiatra durante as consultas.

Para a definição do **nível 2: (risco de suicídio presente)** procuraram-se os mais importantes factores de risco como: tentativas de suicídio anteriores, história familiar de suicídio e/ou doença mental, co-morbilidade, impulsividade, assim como a presença de um síndrome pré-suicidário ou de verdadeira crise suicidária: estreitamento do pensa-

mento, ambivalência, planos e preparativos concretos, e um estado emotivo caracterizado por hopelessness – helplessness. (American Foundation for Suicide Prevention, 2006)

• Tratamento estatístico dos dados

Foram obtidos intervalos de confiança e aplicados testes de Chi-quadrado e cálculos do risco relativo com ajuda de um especialista em métodos quantitativos, garantindo por isso a consistência dos cálculos estatísticos independentemente do facto de os resultados serem significativos ou não.

Os resultados com um $p < 0,05$ são considerados estatisticamente significativos, os com $p =$ ou $> 0,05$ são considerados estatisticamente não significativos.

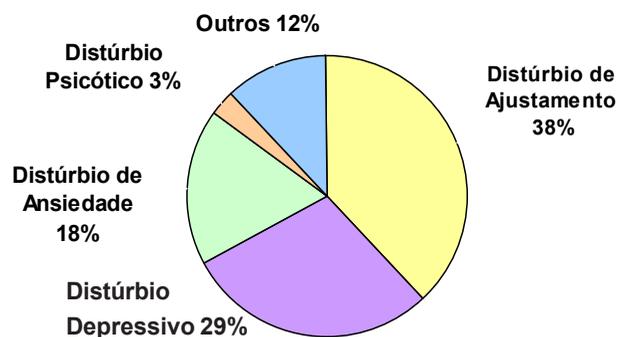
RESULTADOS

• Diagnósticos da amostra

Um distúrbio de ajustamento com sintomas depressivos (ICD-10: F43.20) estava presente em 23 dos 61 doentes (38%). Os distúrbios depressivos ($n=31$, 29%) incluíram episódios depressivos (F32) e depressões recorrentes (F33) de grau médio e grave, mas sem sinais psicóticos.

Os doentes com distúrbios de ansiedade ($n=11$, 18%) apresentavam sintomas agorafóbicos (F40.0), de pânico (F41.0) e ansiedade generalizada (F41.1).

Entre as perturbações psicóticas ($n=2$, 3%) observou-se um distúrbio esquizofrénico paranóide (F20.0) e um distúrbio psicótico não especificado (F29). Os outros distúrbios ($n=8$, 12%) incluem duas perturbações da personalidade borderline (F60), uma dependência de opiáceos (F19), uma anorexia (F50) e quatro disfunções sexuais (F52).



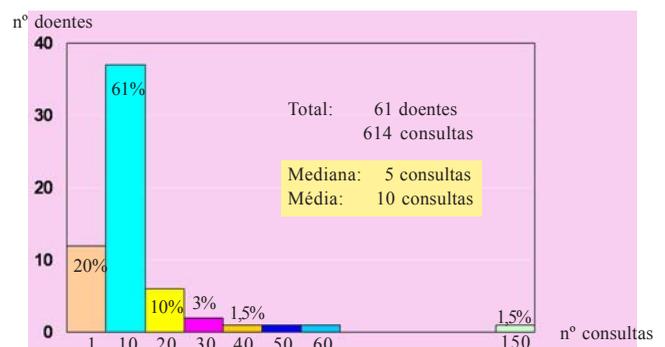
• Número de consultas por doente

Entre os 61 doentes da amostra (ano 2003) houve doze doentes que já tiveram consultas no ano anterior (2002) e

cinco doentes que receberam consultas no ano posterior (2004). Para estes doentes as consultas de 2002 e 2004 foram incluídas na contagem de modo a corrigir um índice (consultas por doente) que seria artificialmente baixo no caso de contar exclusivamente as consultas ocorridas em 2003. Por isso, o número de consultas consideradas excede o número de consultas realizadas apenas em 2003.

De referir que 20% dos doentes da amostra foram vistos uma única vez e 61% entre duas e dez, 10% entre 11 e 20 vezes, enquanto que números mais elevados foram a excepção. Uma doente continuou em tratamento regularmente durante os dois anos seguintes.

A média foi de dez, a mediana de cinco e a moda de uma consulta.



• Duração do tratamento

Como critério de duração de tratamento considerou-se o período decorrido entre a primeira e a última consulta. No caso de uma única consulta realizada foi estimada a duração de uma semana, considerando, assim, o período entre o contacto telefónico e a consulta, e um eventual contacto telefónico ulterior.

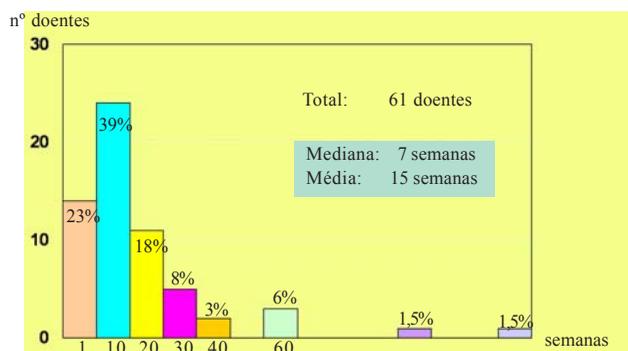
Dos 61 doentes da amostra, 14 (23%) beneficiaram de uma semana de tratamento e 38 (62%) entre duas e dez semanas. Outros 11 doentes (18%) receberam tratamentos que duraram entre 11 e 20 semanas. Assim, para 80% dos doentes a duração máxima foi de 20 semanas (cinco meses).

A média foi de 15 semanas, a mediana de sete semanas, a moda de uma semana.

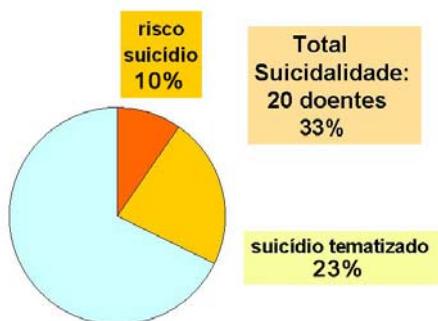
• SUICIDALIDADE

Prevalência da suicidalidade

Observou-se em 20 (33%) dos 61 doentes da amostra o tema de suicídio durante a consulta (nível 1 e 2 de suicidalidade cumulados). O intervalo de 95% de confiança é de $33\% \pm 12\%$.



Em 14 doentes (23%) o tema suicídio estava presente, mas sem risco de suicídio (nível 1). Em seis doentes (10%) observou-se risco de concretização de uma tentativa de suicídio (nível 2).



Suicidalidade em função do diagnóstico

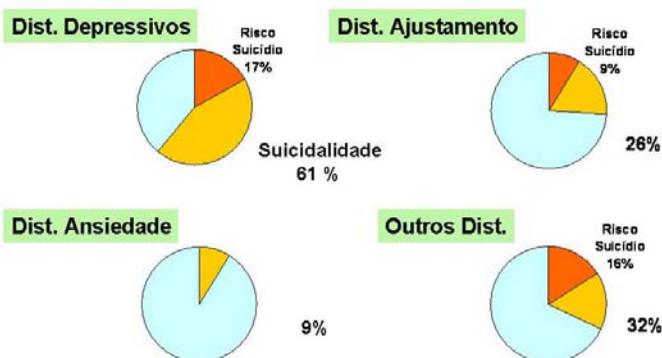
Quando se observa a suicidalidade em função do diagnóstico, constata-se que entre os 18 doentes com **Distúrbio Depressivo**, 11 (61%) apresentavam suicidalidade (nível de suicidalidade 1 ou 2). Existe uma associação significativa entre depressão e suicidalidade ($p < 0,005$). Os pacientes com diagnóstico de depressão tinham um risco 2,9 vezes maior comparado com o global dos pacientes da amostra (Risco Relativo: $p = 0,0025$).

Três doentes depressivos (17%) encontravam-se em risco de acto suicidário (nível 2). A diferença em comparação com o total da amostra não se revelou significativa ($p > 0,25$).

Nos 23 doentes com **Distúrbios de Ajustamento** (com sintomas depressivos) seis (26%) mostraram suicidalidade de nível 1 ou 2. Não existe diferença significativa em comparação com o global da amostra ($p = 0,15$). Verificou-se um risco concreto de tentativa de suicídio (nível 2) em dois doentes.

Em **Distúrbios de Ansiedade** (11 doentes) somente um abordou o tema suicídio, sem ser considerado estar em perigo de acto suicidário. Também não existe diferença significativa com o global da amostra ($p = 0,07$).

Nos **Outros Distúrbios** os números são diminutos. Entre os dois doentes com diagnóstico de distúrbio psicótico, um manifestava suicidalidade. Dos dois doentes com perturbação da personalidade borderline, um evidenciava um risco agudo de acto suicidário.



Suicidalidade em função do sexo

Globalmente, entre os vinte homens da amostra, oito (40%) manifestaram suicidalidade. No entanto, nenhum atingiu o nível 2. Nas 41 mulheres a suicidalidade (nível 1 e 2) era ligeiramente inferior com 32% (13 pacientes), das quais seis com nível 2 (15%). Estatisticamente a diferença entre os sexos não é significativa ($p = 0,08$).

Em **Distúrbios Depressivos**, quatro (80%) dos cinco homens abordaram o tema suicídio, mas nenhum com nível 2. Das treze mulheres, sete (54%) tinham o tema suicídio presente (nível 1 e 2), das quais três (23%) com nível 2. A diferença entre homens e mulheres não é significativa ($p > 0,25$).

Em **Distúrbios de Ajustamento** dois de quatro homens exprimiram suicidalidade, mas sem nível 2. Das 18 mulheres, quatro tinham o tema suicídio presente, das quais duas com nível 2. As diferenças não são significativas.

Número de consultas e duração por doente com suicidalidade

Dos 20 pacientes da amostra com suicidalidade (nível 1 e 2), 17 (85%) receberam entre uma a dez consultas e quatro (20%) apenas uma. Não há diferença significativa em comparação com o total da amostra ($p > 0,25$).

Em oito doentes, a duração de tratamento foi de uma a dez semanas.

DISCUSSÃO

- Os nossos **achados principais** são:

- 33% da amostra neste consultório psiquiátrico privado revelou ter ideias ou projectos suicidários.

- 10% apresentou um risco concreto de acção suicidária.

- Os distúrbios depressivos e distúrbios de ajustamento constituíram as patologias mais relacionadas com a suicidalidade.

- A suicidalidade mostrou-se significativamente correlacionada com distúrbios depressivos. Estes pacientes revelaram um risco de ter pensamentos e planos suicidários três vezes maior em comparação com os outros pacientes.

- Os doentes com suicidalidade receberam, com poucas excepções, um tratamento de uma a dez consultas e com uma duração de uma a dez semanas, dados semelhantes válidos para os pacientes sem suicidalidade.

- Os homens manifestaram ligeiramente mais suicidalidade, mas as mulheres tinham um risco suicidário mais evidente, ainda que as diferenças não sejam estatisticamente significativas.

Os pacientes com risco suicidário mais concreto receberam ligeiramente mais consultas e um tratamento mais prolongado, embora sem expressão estatisticamente significativa.

• **As limitações** do presente estudo são:

A prática privada de um único psiquiatra não reflecte necessariamente a de outros. Existe uma grande variabilidade em relação ao número de doentes, de consultas totais e por doente, à distribuição de doentes privados e convencionados, de orientação terapêutica e de estilo pessoal.

No que concerne à eventual correspondência da população de base e amostra do presente estudo com a população geral, refira-se que em ambas a sua dimensão foi reduzida, o que dificulta a extrapolação para a população geral. Raramente o encaminhamento para a consulta desta psiquiatra em particular ocorreu por recomendação e, na maioria dos casos, o critério de escolha do especialista pelo paciente fez-se por conveniência geográfica, consultando uma lista de prestadores (em forma impressa e na internet). Não houve recusa ou selecção de pedidos de consulta da parte do especialista.

Os diagnósticos e a avaliação da suicidalidade (no sentido de imaginário e ideação suicidária) e do risco de acto suicidário foram obtidos sem recorrer a escalas ou questionários validados, o que dificulta e limita a comparação com outros estudos. No entanto, a avaliação por

dois psiquiatras corrobora a consistência e validade dos diagnósticos e da apreciação da suicidalidade.

Outra limitação consiste na ausência de *follow up* sistemático. A avaliação posterior ao tratamento não se realizou em todos os casos, o que impediu de examinar com rigor a evolução do risco suicidário após o tratamento.

O tamanho reduzido da amostra permitiu apenas alcançar significância estatística para o índice de suicidalidade na amostra inteira. Os índices de subgrupos da amostra não obtiveram resultados significativos, provavelmente devido ao número reduzido de doentes em cada subgrupo.

• **Aspectos inovadores**

O presente estudo poderá ser considerado inovador na medida em que foi efectuado no território da realidade psiquiátrica na prática privada, fora dos centros universitários, hospitalares e centros de saúde.

Salvo as limitações evocadas, a prevalência global da suicidalidade obtida neste estudo é um dado estatisticamente sólido.

• **Reflexão sobre os resultados**

Merece especial atenção a ausência de tentativas de suicídio ou de internamento psiquiátrico entre os doentes observados durante o período de tratamento. Surgem várias hipóteses para explicar este facto:

- O tratamento foi eficaz: o apoio rápido, intenso e de curta duração permitiu ultrapassar as crises suicidárias tratando os distúrbios psiquiátricos subjacentes.
- Com a falta de seguimento sistemático após o tratamento nada se sabe da evolução do risco suicidário e de possíveis tentativas ou suicídios realizados posteriormente.

De referir o facto que em dez anos de prática privada e convencionada, houve um suicídio realizado, alguns meses após interrupção do tratamento com informação dada pela família (Fátima Gysin, 2001). Não temos conhecimento de internamentos psiquiátricos por risco de suicídio ou tentativas de suicídio nos pacientes da psiquiatra na década 1995-2005.

CONCLUSÃO

Prudentemente e com as reservas evocadas podemos concluir o seguinte:

- O suicídio é um tema que se verifica em cerca de um terço da população que procura apoio psiquiátrico em ambulatório. Um risco mais concreto de suicídio está presente num em cada dez pacientes.
- O tema e o risco de suicídio estão significativamente correlacionados com a presença de distúrbios depressivos. Nestes a probabilidade de encontrar pensamentos suicidários é três vezes maior em comparação com outros distúrbios.
- O consultório psiquiátrico privado é essencial no tratamento do risco suicidário. A resposta terapêutica é rápida, intensa, de curta duração e, por isso, eficiente e eficaz, em primeira linha para as mulheres, pois estas recorrem duas vezes mais ao apoio psiquiátrico ambulatório que os homens.
- A qualidade da psiquiatria privada depende directamente das condições nas quais é praticada. Em Portugal existe um potencial de facilitação do acesso à psiquiatria privada através dos seguros de saúde e dos subsistemas de saúde. No entanto, as condições contratuais, tanto no interesse do paciente, como do especialista, estão aquém do nível desejado.
- Serão necessários futuros estudos, se possível prospectivos e com maior número de doentes, para corroborar estas conclusões e ampliar o conhecimento da realidade psiquiátrica no sector privado. Um agrupamento associativo dos psiquiatras privados e convenccionados poderá eventualmente desenvolver e facilitar futuros estudos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a Antónia Turkman, do Departamento de Estatística e Investigação Operacional da Faculdade de

Ciências da Universidade de Lisboa, pelo apoio e a orientação nos cálculos estatísticos. Agradecemos a Felicidade Carrasco, socióloga, pela revisão do texto e sugestões.

BIBLIOGRAFIA SELECCIONADA

1. American Foundation for Suicide Prevention: www.asfp.org/aboutsuicide/riskfactors (Acedido em Fevereiro de 2007)
2. BERGER M: *Psychiatrie und Psychotherapie München* 1999
3. BERTOLETE JM et al: Deaths from pesticide poisoning: a global response. *Br J Psych* 2006;189:201-203
4. GUNNELL D et al: Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psych* 2005;187:206-8
5. GYSIN F: Crónica de uma morte anunciada. *Erotomania e suicídio. Psiquiatria Clínica* 2001;22(1):73-76
6. GYSIN F: O mundo é feito de mudança – atitude psiquiátrica e suicídio. *Psiquiatria Clínica* 2001;22(1):63-66
7. HENDIN H: Problems in Psychotherapy with Suicidal Patients *Am J Psych* 2006;163:67-72
8. Organização Mundial de Saúde: 1994 ICD-10
9. Ordem dos Médicos Portugueses: Código de Nomenclatura e Valor dos Actos Médicos da Ordem dos Médicos Portugueses, Lisboa 2001
10. SOKER TP et al: Prospective study of risk factors for attempted suicide among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Br J Psych* 2005;186:314-318
11. SANTOS JC: *Emoção expressa e comportamentos para-suicidários. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental, ICBAS, Porto, 2006*
12. SARAIVA CB: *Estudos sobre o para-suicídio – o que leva os jovens a espreitar a morte. Coimbra 2006*
13. VAZ-SERRA A et al: Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica* 2001;22(1):9-21
14. WONNACOTT TR: *Statistique 4ème Édition, Économica, Paris 1995*

