

SUICÍDIO, "DOENÇA DAS CONDIÇÕES DO TRABALHO" ENTRE MÉDICOS E ESTUDANTES DE MEDICINA ***

SUICIDE, "DISEASE OF WORK CONDITIONS" BETWEEN PHYSICIANS AND MEDICAL-STUDENTS

Carlos Alberto Agarie*
Paulo Sérgio Lopes*
Táki Athanássios Cordás**

RESUMO: Os autores fazem uma revisão sobre suicídio entre médicos e estudantes de Medicina, relacionando o ato suicida com as condições de trabalho enfrentadas por esses profissionais. Foram também relacionados os diversos fatores de risco a que estão expostos esses indivíduos em suas atividades. Medidas profiláticas são sugeridas, visando à diminuição da alta taxa de suicídio encontrada entre médicos e estudantes de Medicina.

UNITERMOS: suicídio, médicos, acadêmicos, condições de trabalho.

SUMMARY: The authors present a review about suicide in physicians and medical students, establishing connections between self-destruction and the work conditions faced by these workers. Several risk factors were related with the activities of these workers. Prophylactic measures are suggested in order to diminish the elevated rate of suicide observed among physicians and medical students.

KEY WORDS: suicide, physicians, medical students, work conditions.

Platão¹⁶ relata-nos a tranquilidade com que Sócrates enfrentou o suicídio ingerindo cicuta. Albert Camus, o brilhante escritor do existencialismo francês afirma em "O Mito de Sisifo" que o suicídio é o único problema filosófico verdadeiramente sério. Santo Agostinho em "A Cidade de Deus" condena o suicídio, bem como o faz São Tomás de Aquino oito séculos depois. Arthur Koestler,¹⁰ autor de "O Zero e o Infinito", filia-se em 1970 à *Voluntary Euthanasia Society* que posteriormente transforma-se em Sociedade para o Direito de Morrer com Dignidade (EXIT), e defende publicamente o direito de uma pessoa adulta, sofrendo de um grave mal para o qual alívio e cura são desconhecidos, pode optar pelo suicídio autorizado pela lei. Em março de 1983, com leucemia em grau terminal e mal de Parkinson, Koestler suicida-se.

Durkheim, em seu livro *Le suicide*,⁵ escrito em 1897, é sem dúvida, o maior nome dentro da Sociologia a tratar do tema. Afirmando que o número de suicídios exprime o grau de sanidade e coesão de uma sociedade, tenta, dentro de um enfoque positivista que desconsidera as motivações íntimas individuais, chegar à solução do problema.

Entre os psiquiatras, Esquirol e Falret no século passado propuseram que todos os suicidas seriam "alienados". Kurt Schneider²⁰ coloca o suicídio como conseqüente à distímia e complicação freqüente entre as personalidades psicopáticas. Um dos mais famosos discípulos de Kraepelin, Alfred Hoche¹¹ (citado por Levy Júnior) propõe que mui-

tos indivíduos, longe de serem portadores de uma doença mental, encontrariam no suicídio uma solução psicologicamente compreensível após pesar os prós e contras para continuar vivendo.

Freud⁸ introduziu através da psicanálise a idéia de um instinto de vida (Eros) e um instinto de morte (Thanatos) que moram dentro de cada um de nós; o ser humano seria, portanto, criador e destruidor, simultaneamente. Stekel diria que ninguém se mata sem ter antes desejado matar alguém e Karl Menninger¹³, escreve, em 1938, seu livro clássico *Main against himself* onde cria o conceito de suicídio crônico para designar alcoólatras, toxicomanos, ascetas e portadores de quadros psicossomáticos.

Este quadro é suficiente para dar uma pálida idéia da abrangência do tema, que pode ser abordado do ponto de vista literário, filosófico, sociológico, teológico, psicanalítico e médico-psiquiátrico, entre outros.

O presente trabalho busca, à luz dos dados estatísticos atuais, estabelecer uma relação entre a prática médica, seu aprendizado, e um risco de suicídio mais elevado do que nas demais ocupações.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Talvez não encontraremos dentro da área médica outro tema que ofereça tamanha dificuldade de ordenação estatística correta como o do suicídio, chegando alguns auto-

* Acadêmicos da Faculdade de Medicina da Fundação do ABC

** Orientador, Médico residente (R2) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP (Serviço do Prof. João Carvalhal Ribas). Médico auxiliar de ensino voluntário da Cadeira de Psiquiatria e Psicologia Médica da FMABC (Serviço do Prof. Paulo Fraletti).

*** Trabalho laureado no VIII Congresso Médico-Universitário do ABC.

res, quando se dispõem a discutí-lo, a falar abertamente em falácia² nas estatísticas de seus trabalhos.

Stengel,²² em 1965, estimou em 2 milhões o número de tentativas de suicídios por ano no mundo inteiro; Mintz¹⁴ chegou a falar em 5 milhões para a mesma época. O que justificaria tal diferença e tais entraves?

Talvez o fator principal seja, em nosso meio, a incorreção diagnóstica e o despreparo do médico generalista para cuidar desses pacientes; não raro, indivíduos que ingerem barbitúricos numa tentativa suicida, acabam recebendo tão somente o diagnóstico de intoxicação exógena. Um outro paciente, que atira-se diante de um automóvel com intenção suicida e chega posteriormente ao hospital, receberá, muito provavelmente, o diagnóstico de politraumatizado, sem menção alguma ao seu quadro psiquiátrico.

Fatores políticos são relevantes; a URSS, por exemplo, não divulga seus dados sobre suicídio, provavelmente com temor de que sejam manipulados politicamente, como ocorreu com a propaganda ideológica feita pelo presidente americano Eisenhower sobre a Suécia, sugerindo que o seu índice de suicídio era elevado (na realidade igual à muitos países do bloco capitalista) porque um regime socialista levava ao tédio e decréscimo das ambições pessoais.

Um terceiro e último fator a ser citado é o fato de que em muitos países de forte devoção religiosa como a Irlanda e Espanha (catolicismo), Egito (islamismo) e Israel (judaísmo), o fato de ter um membro suicida no seio familiar é considerado muitas vezes vergonhoso, já que todas as religiões citadas o condenam, o que poderia levar à ocultação do fato.

Feitas estas ressalvas, a maioria dos trabalhos consegue chegar a um perfil de população que apresenta maior risco: sexo masculino; idade avançada; viúvos, solteiros ou separados; moradores em cidades de alta densidade populacional; com alto padrão econômico, porém em época de crise; consumo de álcool ou drogas; lar desfeito na infância e doença física ou mental.

Fatores inversamente relacionados com risco suicida seriam: sexo feminino; jovens; moradores da zona rural ou de baixa densidade populacional; pessoas com devoção religiosa (pouco importando qual a religião); casados; grande número de filhos; membros de classe econômica baixa, períodos de guerra.

A depressão endógena, a esquizofrenia crônica ou residual e o alcoolismo parecem ser, entre os quadros psiquiátricos, aqueles que estão relacionados com índices mais elevados.^{15, 18}

SUICÍDIO E PRÁTICA MÉDICA

Embora muito se tenha discorrido acerca de quadros psiquiátricos decorrentes de acidentes de trabalho, como por exemplo as chamadas "rentenneurose" dos alemães ou neurose de renda (Jaspers),⁹ também chamadas sinistroses, pouco se tem tentado fazer relacionando condições de trabalho com anormalidades psíquicas.

Fortes,⁷ uma das excessões, aborda o alcoolismo entre categorias particulares de trabalhadores: os servidores do antigo SAEC e dos Serviços de Limpeza Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo, e aponta as más condições de higiene, a freqüente exposição ao frio, umidade, calor ou chuva e a conseqüente busca de "proteção" no álcool como um dos fatores que justificariam o grande número de etilistas nestas categorias.

A partir da utilização do conceito de doença das condições do trabalho, trazida para a lei na forma do Artigo 3º § 1º, Decreto nº 79037, como a que "resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente",¹ tenta-se relacionar o ato suicida (não propriamente uma doença) com as "condições especiais da atividade médica".

É incompreensível, até aqui, o elevado índice de suicídios entre médicos, psiquiatras e estudantes de medicina.

De acordo com Ross,¹⁷ o índice de suicídios entre médicos nos EUA, de 1965 a 1967, era de 33 por 100.000, exatamente o dobro do que ocorria na população em geral. No mesmo estudo, Ross estimava que o número de homens médicos que se suicidavam por ano era superior ou igual ao número de formandos de uma turma de medicina.

Sakinofsky,¹⁹ em Londres, afirma que o suicídio entre médicos do sexo masculino é três vezes maior do que entre a população em geral e dez vezes maior do que entre membros do Parlamento Britânico; o mesmo autor aponta como fatores relevantes o conhecimento farmacológico que o médico possui, tornando qualquer tentativa de suicídio altamente letal e o uso abusivo de drogas e álcool por parte destes indivíduos (confirmado pelo elevado índice de cirrose entre médicos ingleses e do País de Gales).

Isso não ocorre apenas entre os homens; as mulheres médicas têm índice superiores a qualquer outro grupo feminino. Craig e Pitts,⁴ em 1968, afirmam que todos os suicídios são resultantes de um distúrbio afetivo primário no entanto, o fato de distúrbios afetivos incidirem mais em mulheres e a influência dos fatores sócio-econômicos e profissionais não ficam claramente estabelecidos.⁶

As conclusões de Craig e Pitts sobre a predisposição maior das mulheres médicas diante do stress e o índice de 65,2% de mulheres médicas com distúrbio afetivo chega a causar alguma revolta entre mulheres médicas, que chamam o trabalho de "sexista" (Champagne).³

Entre estudantes de medicina, o suicídio é a segunda causa de morte em freqüência (Simon)²¹ e, a exemplo do que ocorre com médicos, as diversas suposições para explicar tal fato são, no mínimo, questionáveis. As reações ansiosas diante dos exames e dos primeiros contatos com a prática clínica associadas ao extremo grau de competitividade entre colegas seriam importantes fatores de risco.

Lyman¹² chega a relacionar os índices suicidas com as Universidades da Grã-Bretanha que demonstram maiores índices de competitividade e exigência profissional, como Oxford (26,4 por 100.000) e Cambridge (21,3 por 100.000).

Thomas,²³ na *John Hopkins Medical School* encontra

um índice de 62 por 100.000, número excessivamente maior do que o encontrado na população em geral.

Wekstein²⁴ aventa a hipótese de que tais índices elevados estejam 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 conseqüente ansiedade e temor em falhar.

Buscando-se qual das especialidades médicas apresenta o maior índice de suicídios encontramos altos índices entre os psiquiatras (61 por 100.000), clínicos gerais, oftalmologistas e anesthesiologistas; enquanto os pediatras apresentam baixos índices (10 por 100.000).

A explicação para os altos índices de suicídios entre psiquiatras estaria relacionada a atuação desse especialista, que após ter um longo e árduo treinamento médico para doenças físicas durante o curso, tem quase exigido um recomeço, em um campo onde as expectativas, demandas e imposições sociais são muito maiores.

Wekstein, já citado anteriormente, chama de "existência corrosiva" o fato do psiquiatra não dispor de recursos facilitadores do diagnóstico tais como raio-X, eletrocardiograma, exames laboratoriais e outros, além de, ter que lidar com aspectos sociais, com a transferência no ato psicoterapêutico, e, muitas vezes, com as oposições da família

e do próprio paciente, sem crítica do seu estado mórbido.

CONCLUSÕES

Discordamos daqueles que acreditam em Psiquiatria Preventiva e em Higiene Mental conquanto medidas eficazes no controle das doenças mentais ditas endógenas.

Nenhum tipo de medida educacional ou social, à nível de prevenção primária, mostrou-se eficaz, por exemplo, na esquizofrenia, onde os fatores biológicos são relevantes (Wing,²⁵).

Não obstante, quadros reativos e situacionais (crises), são passíveis de intervenção profilática, a partir de um melhor preparo em psicologia médica e relação médico-paciente dentro das escolas.

O preparo do acadêmico, demonstrando quais as reais condições de seu futuro trabalho e o abandono de idealizações onipotentes pode fazê-lo melhor preparado para enfrentar situações nas quais o controle é difícil durante sua vida profissional.

A morte de um médico é uma tragédia não apenas pessoal, mas também sócio; assim, os autores esperam que, de uma forma preliminar, novas contribuições possam ser dadas, a partir deste trabalho, para a solução do grave problema do suicídio entre médicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, H. V. & SECRE, M. *Medicina Social e do Trabalho*. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1977.
2. CASSORLA, R. M. S. *Jovens que tentam suicídio*. Campinas, 1981. Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.
3. CHAMPAGNE, E. M. letter. *Am J Psychiatry* 136: 1605, 1979.
4. CRAIG, A. G. & PITTS, F. N. Suicide by physicians. *Dis. Nerv. Syst.* 29: 763-772, 1968.
5. DURKHEIM, E. *O Suicídio*. Lisboa, Presença, 1973.
6. ENNIS, J.; Barnes, R. More on Suicide and Women Physicians. *Am J Psychiatry* 137: 1125-1126, 1980.
7. FORTES, J.R.A. *Alcoolismo*. São Paulo, Sarvier, 1975.
8. FREUD, S. Duelo Melancólico (1917). In: *Obras Completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, s.d.
9. JASPERS, K. *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979, v.2.
10. KOESTLER, A. *O Zero e o Infinito*. Porto Alegre, Globo, 1964.
11. LEVY JR, M. Introdução ao estudo do suicídio. *Bol. Psiq. S.P.* 12: 1-12, 1979.
12. LYMAN, J. Student suicide at Oxford University. *Student Medicine* 10: 218-234, 1961.
13. MENNINGER, K. *Eros e tanatos - o homem contra si próprio*. São Paulo, Ibrasa, 1970.
14. MINTZ, R.S. Prevalence of persons in the city of Los Angeles who have attempted suicide. *Bulletin of Suicidology*. Fall, 1970.
15. MORRISON, J. R. Suicide in psychiatric practice population. *J Clin Psychiatry* 43: 348-352, 1982.
16. PLATÃO, Fédon In: *Os Pensadores*. São Paulo, Abril, 1972.
17. ROSS, M. Suicide among physicians. *Psychiatry Medicine* 2: 189-198, 1971.
18. ROY, A. Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry* 39: 1089-1095, 1982.
19. SAKINIFSKY 1. Suicide in doctors and their wives, letter. *Brit Med J* 1: 386-387, 1980.
20. SCHNEIDER, K. *Psicopatologia Clínica*. São Paulo, Mestre Jou, 1976.
21. SIMON, H. J. Mortality among medical students. *Journal of Medical Education* 41: 424-444, 1966.
22. STENCEL, E. *Suicide and Attempted Suicide*. New York, Pelican Books, 1977.
23. THOMAS, C. Precursors of premature disease and death. *Ann Inter Med* 85: 653-658, 1976.
24. WEKSTEIN, L. *Handbook of Suicidology*. New York, Brunnel/Mazel, 1979.
25. WING, J. K. *Reflexões sobre a loucura*. Rio de Janeiro, Zahar, 1979.