



Depressão resistente ao tratamento e o risco de suicídio

Antonio Egidio Nardi*

Transtorno mental grave e recorrente, a depressão provoca um elevado impacto em termos da saúde pública mundial.

Neste artigo exclusivo para *Rio Pesquisa*, o médico e pesquisador Antonio Egidio Nardi diz que o suicídio ainda é tabu e que a percepção da população sobre o assunto, no mais das vezes, está longe da realidade

A depressão é um transtorno mental grave e recorrente que provoca um elevado impacto em termos da saúde pública mundial. É considerada a quarta principal causa de incapacitação em todo o mundo e, segundo projeções da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2030 será o mal mais prevalente do planeta, à frente apenas do câncer e de algumas doenças infecciosas. A depressão encontra-se frequentemente associada a doenças clínicas, a elevadas taxas de mortalidade (suicídio entre elas) e a uma diminuição da qualidade de vida.

A depressão tem sido registrada desde a Antiguidade. As primeiras caracterizações da depressão são míticas e poéticas. Na Grécia Antiga, a alegria e a tristeza, a vida e a morte, eram resultado do favor ou do castigo dos deuses. Desde a Antiguidade a compreensão com pessoas com depressão mudou muito. Hoje, a Psiquiatria é uma ciência e prática médica voltada para o diagnóstico e tratamento de diferentes transtornos mentais, inclusive a devastadora depressão. Mas embora existam tratamentos eficazes,

Le suicidé (O suicida), tela do francês Édouard Manet: aumento dos casos de depressão pode levar mais indivíduos ao ato de atentar contra a própria vida

considera-se que cerca de 20% a 40 % dos pacientes deprimidos não melhoram completamente, mantendo sintomas residuais impactantes, e passam a apresentar o que vem a ser denominada depressão resistente ao tratamento. De certa forma, podemos considerar que uma grande parte do comprometimento causado pela depressão pode ser atribuída a esta dificuldade de responder aos tratamentos existentes. Assim, é importante aprofundar os conhecimentos nesta área para que os profissionais de Saúde saibam diagnosticar e tratar adequadamente esta forma de depressão.

De uma forma geral, consideramos que um indivíduo tem depressão resistente a tratamento se ele for incapaz de atingir uma resposta terapêutica adequada apesar de ter usado tratamentos antidepressivos apropriados. Este conceito é, entretanto, muito geral e pouco preciso. Existe uma gama de definições que varia desde a não resposta a um antidepressivo isolado (por tempo ≤ 4 semanas) até a falha a múltiplos tratamentos considerados adequados (em relação à duração e dosagem) com antidepressivos de classes diferentes e outras intervenções, como a eletroconvulsoterapia.

Os pacientes com depressão resistente ao tratamento tendem a apresentar uma maior gravidade e maior duração da doença, que são importantes características. Uma outra característica é o maior risco de suicídio – o ato voluntário de se matar. Apesar da simples definição, o suicídio pode significar inúmeras coisas para diferentes pessoas. Apesar de estar muito associado à depressão – 15% dos indivíduos com depressão grave e sem tratamento adequado cometem suicídio – ele pode ocorrer em várias outras

“Para a psiquiatria, toda e qualquer tentativa de suicídio é grave e deve ser considerada de forma séria e médica pelos profissionais de saúde e familiares”

situações. Alcoolismo, dependência de drogas, transtornos de personalidade e reações de ajustamento são alguns dos diagnósticos psiquiátricos mais associados ao suicídio.

O suicídio é ainda um grande tabu. Pouco comentado e discutido, para a Psiquiatria toda e qualquer tentativa de suicídio é grave e deve ser considerada de forma séria e médica. As tentativas de suicídio são oito a 20 vezes mais comuns do que o suicídio propriamente dito. São mais frequentes em jovens (200 tentativas para cada suicídio) do que em pessoas com mais de 65 anos (quatro tentativas para cada suicídio). Os homens se suicidam quatro vezes mais do que as mulheres, apesar de as mulheres atentarem contra a própria vida três vezes mais. Talvez isso ocorra porque elas utilizam meios menos violentos do que os homens, têm mais dificuldade de acesso a armas de fogo, e sejam mais preocupadas com a utilização de métodos que possam desfigurá-las.

Todas as pessoas, sem discriminação alguma, podem potencialmente cometer suicídio. Alguns fatores – religião, família, gravidez – diminuem o risco. Outros fatores

– doença mental, doenças incapacitantes ou fatais, solidão, história de suicídio na família – aumentam o risco. Nenhum fator ou característica elimina totalmente o risco.

Crianças, adolescentes e jovens também cometem suicídio. Até os 12 anos de idade, são poucos os casos relatados e descritos. A maioria é identificada como acidente. Na faixa dos 13 aos 24 anos de idade, cerca de 5 mil jovens se matam por ano nos Estados Unidos. Cada vez mais as autoridades públicas e médicas aparecem empenhadas na disseminação de medidas preventivas do suicídio jovem, em que a depressão e o abuso de drogas são fatores importantes.

É verdade que as taxas de suicídio nos países escandinavos são altas (29,2 para cada grupo de 100 mil habitantes na Finlândia; 21,4/100 mil hab., na Dinamarca; 18/100 mil hab., na Suécia; e 15,5/100 mil hab., na Noruega), mas estão longe de serem as mais altas do mundo. Isto se deve em parte a análises estatísticas bem realizadas. Outros países, como a Hungria (40/100 mil hab.), Rússia (38/100 mil hab.) e Japão (15,8/100 mil hab.) têm taxas muito elevadas. Nos Estados Unidos, estas taxas se situam em torno de 12/100 mil hab., enquanto Irlanda, Itália, Espanha e Holanda apresentam as menores taxas: 10/100 mil hab. Muitos países não têm estatísticas confiáveis ou obtêm seus dados em uma pequena amostra e generalizam. No Brasil, estima-se uma taxa em torno de 7,2/100 mil hab. A taxa deve ser mais elevada, talvez o dobro, já que a maioria dos casos de suicídio é reportada como morte natural.

Existem alguns mitos ou histórias que são ditas, de forma recorrente, sempre que o assunto é suicídio, mas

que estão distantes dos fatos reais: 1) “Quem fala que vai se matar tem pouca chance de tentar”. Errado. As pessoas que pensam em suicídio, tentam e muitas vezes conseguem se matar. Quase sempre, falam sobre isso antes e, em 60% dos casos, pedem ajuda médica. Algumas pessoas tentam o suicídio impulsivamente, sem planejar. Outros planejam com muita antecedência e, às vezes, com muitos detalhes. As pessoas que planejam o ato dão vários sinais antes de o tentarem. Falam mais de morte, mostram-se sem esperanças, arrumam documentos, testamentos e heranças, alguns chegam até a organizar “despedidas”, que, às vezes, passam incompreendidas; 2) “Quem usa um método com poucas chances de morrer ou com socorro fácil, é porque não quer morrer”. Errado. Da mesma forma que existem ideias erradas sobre o suicídio, existem igualmente sobre o que pode matar. Todo e qualquer método, por mais banal que seja, quando utilizado com intenção de suicídio, deve ser considerado seriamente. Uma pessoa também pode tentar se matar “facilitando” o socorro. Isso não deve ser desprezado ou interpretado como algo que diminui o risco da próxima tentativa. É muito difícil alguém se matar na primeira tentativa. Quem já tentou mais vezes tem maior chance de se matar do que quem nunca tentou; 3) “O suicida quer morrer”. Nem sempre. Muitos se sentem ambivalentes em relação à vida. Procuram o suicídio como uma tentativa de escapar de um problema ou como um grito de socorro na falta de visão de outra solução mais saudável. A maioria das pessoas que tentaram o suicídio e foram salvas estão felizes de não terem morrido, e reconhecem que a vida pode encontrar suas próprias soluções; 4) “Falar sobre suicídio

com alguém deprimido pode dar a ideia de se matar”. Errado. Ninguém pensa em se matar porque o médico ou um familiar pergunta se a pessoa está tendo essa ideia. Quem não pensa em se matar não começa a pensar devido a uma pergunta. Pelo contrário, quando o assunto é abordado, os indivíduos que estão pensando em se matar e não comentam suas ideias ou planos, podem se sentir compreendidos. Muitos pensam que ter ideias de suicídio é criticável, vergonhoso ou um pecado. Ao conversarmos sobre isto, podem sentir que seus sentimentos são compreendidos, que há pessoas dispostas a ajudá-los. Podem falar sobre seus medos e planos, permitindo que medidas de prevenção e terapêuticas sejam tomadas.

Sem dúvida, o tratamento mais eficaz é a prevenção da tentativa de suicídio, sendo importante, também, a divulgação, para o público, de que a depressão é uma doença, suas complicações, o risco de suicídio, o álcool e os seus danos, e que há tratamento. Uma população melhor informada pode procurar ajuda ou levar um amigo até um setor especializado. A divulgação desses conceitos deve ser feita por autoridades, professores, médicos, líderes comunitários.

A depressão e suas consequências são sempre devastadoras. Famílias inteiras sofrem para sempre com o transtorno depressivo em um de seus membros. Quando ocorre um suicídio, muitas famílias acabam se desfazendo, devido à culpa e ao remorso que se segue. Outras se unem mais, tentando oferecer um suporte maior para diminuir a dor e o luto. Ainda outras, permanecem em silêncio, como se nada diferente tivesse acontecido, apenas uma morte acidental.



**Professor Titular de Psiquiatria da Faculdade de Medicina/Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Antonio Egidio Nardi é membro titular da Academia Nacional de Medicina (ANM). Fundador e coordenador do Laboratório de Pânico & Respiração do Instituto de Psiquiatria da UFRJ, ele é coordenador da sede Rio de Janeiro do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia (INCT/CNPq) Translacional em Medicina. Editor-chefe da Revista Brasileira de Psiquiatria (Thomson Reuters Web of Science) e do Jornal Brasileiro de Psiquiatria (SciELO), Nardi é editor associado de inúmeras revistas científicas brasileiras e internacionais. Em 2015, foi contemplado no programa Cientista do Nosso Estado, da FAPERJ, para o período 2016-2019*

No Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ) existe o programa de pesquisa – DERESTRAT – para atendimento e acompanhamento de pacientes com depressão resistente a tratamento. Os tratamentos com medicamentos, psicoterapias e atividade física regular têm trazido novas perspectivas no acompanhamento em longo prazo dos pacientes, diminuindo o risco de suicídio.