

---

## Ingestão de soda cáustica: acidente ou tentativa de suicídio?

---

DANIELA BOTTI MARCELINO(UNINGÁ)<sup>1</sup>  
JANE BISCAIA HARTMANN(HUM)<sup>2</sup>

### RESUMO

Este artigo relata o caso de uma adolescente de 13 anos, atendida no HUM- Hospital Universitário de Maringá, por ingestão de substância cáustica para limpar forno. Interrogou-se se a ingestão era acidental ou tentativa de suicídio. Através de entrevistas e técnicas de psicodiagnóstico, com intervenção da psicoterapia breve, constatou-se que a paciente apresentava uma estrutura familiar comprometida, grande carência afetiva, principalmente da figura materna, assumia papéis não condizentes à sua idade. Foram trabalhados os traços depressivos, a baixa auto-estima e a elaboração dos lutos básicos da adolescência, além de aconselhamento para reestruturação familiar. Mãe e filha receberam encaminhamento para terapia pós alta hospitalar.

**Palavras-chave:** Adolescência. Tentativa de suicídio. Psicologia hospitalar.

### INTRODUÇÃO

No Brasil 4,6% dos óbitos são causados por suicídio, já na Inglaterra este perceptual cai para 1,8%. Esta diversidade entre países ocorre devido a diferenças culturais. Ocorre também diversidade dentro de um mesmo país, por exemplo observa-se que o índice de suicídio no Brasil é maior na região sul do que na região nordeste. O meio mais comum de suicídio no Brasil, entre homens e mulheres, é o enforcamento,

---

<sup>1</sup> Professora Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

<sup>2</sup> Psicóloga Mestre – HUM – Maringá -PR

em 2º e 3º lugar, entre os homens, está a arma de fogo e o envenenamento respectivamente e entre as mulheres, o envenenamento e então a arma de fogo (BARROS, 1991).

Tanto Barros (1991), quanto Cassorla (1991) acreditam que o suicídio é mais comum em pessoas jovens. Cassorla; Pedroso (1986) acrescentam que os comportamentos suicidas também são mais freqüentes no sexo feminino, segundo Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986), atingem 3 vezes mais meninas do que meninos, no entanto os meninos usam métodos mais letais e têm mais sucesso em suas tentativas; Teixeira (1997) concordam quando afirmam que as mulheres estão mais suscetíveis a tentativa de suicídio e os homens ao suicídio.

Autores como Pedroso (1986); Mattson; Lukianowicz (citado por Pedroso 1986) afirmam que o método suicida mais comum entre os adolescentes é a ingestão química. Outra questão levantada por Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986), é que a grande maioria das tentativas de suicídio ocorrem em casa (73,4%).

Tanto Nunes (1988) quanto Bandim (1997), afirmam que os casos de tentativa de suicídio e o próprio suicídio vem aumentando muito nas últimas décadas, o que tem despertado grande interesse por esta questão nos profissionais da saúde. Cassorla (1991) justifica este alto índice na adolescência ao afirmar que há uma ligação entre a adolescência e o comportamento suicida devido aos conflitos pelos quais o adolescente passa nesta fase do desenvolvimento humano. Estes conflitos evocam lutos que o adolescente irá elaborar. Os lutos fundamentais são: o do corpo infantil perdido; do papel e da identidade infantis; pelos pais da infância e pela bissexualidade infantil. Toda a elaboração destes lutos é muito difícil para o adolescente e em consequência ele aciona mecanismos como depressão e melancolia. Estes mecanismos não são, em si, fatores suicidógenos; a menos que sejam exacerbados patologicamente, mas fazem parte de um processo de desenvolvimento normal do adolescer. Outro fator que pode contribuir para o índice elevado de suicídio em adolescentes é a visão de morte para eles. Na infância a morte era reversível e na adolescência passa a ser irreversível e natural, esta mudança de visão pode provocar no adolescente a vontade de manipular e testar a situação de morte, experimentando-a.

Knobel (1991) acredita que há diferenças entre os adolescentes que tentam suicídio e os que o cometem. Cassorla (1991) concorda com Knobel, pois afirma que os adolescentes que tentam suicídio têm peculiaridades, por isso estuda este grupo separadamente. Com base neste

estudo afirma que uma das causas da tentativa de suicídio é a desilusão com uma figura significativa quando o vínculo, em relação a esta é simbiótico. "...O propósito do ato (...) parece ser chantagem com o fato de agredir o objeto perdido, provocar-lhe culpa e obrigá-lo a voltar..." (CASSORLA, 1991). Outra causa é a família desestruturada com ausência de uma ou de ambas as figuras parentais devido a abandono ou separação. Pedroso (1986) concordam com Cassorla (1991) quando este afirma que encontram-se, na família dos adolescentes suicidas, doenças crônicas, somáticas e mentais, problemas com alcoolismo, polícia e justiça e grande proporção de suicídio e tentativas suicidas. Estes jovens sentem suas mães como autoritárias e seus pais como fracos ou ausentes; geralmente o pai é ausente objetiva ou emocionalmente e as mães são superprotetoras e depressivas. Quando crianças, eram tristes, inseguros com sensação de desamparo e desesperança, no entanto alguns jovens mascararam esta tristeza com rebeldia e impulsividade agressiva, para então chamar a atenção dos pais numa procura de afeto. Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986), ao contrário de Cassorla (1991), não consideram esta impulsividade agressiva como sendo defesa de um quadro depressivo, pois acreditam que nem todas as crianças suicidas são depressivas e algumas são intensamente agressivas.

Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986); Cassorla (1991) concordam que os adolescentes que tentam suicídio têm grande probabilidade (50%) de tentar novamente e ter o suicídio exitoso.

Grünspun (1991) afirma que há quatro fatores suicidógenos da adolescência:

- eventos circunstanciais, sendo os mais comuns os reveses escolares ou sentimentais, proibições, críticas, discussões, separação, perdas de familiares e/ou amigos, modificações bruscas na relação familiar por condições sócio-econômicas;
- idéia de morte, ou seja, o pensar sobre a morte como algo concreto e não mais abstrato como era na infância;
- distúrbios afetivos caracterizados principalmente pela oscilação contínua entre excitação e depressão;
- imperiosidade dos atos, ou seja, agir impulsivamente sem ponderar muito.

Estes fatores em si não são a causa do ato suicida, porém a concomitância deles, juntamente com a problemática psicossocial, são considerados causas.

Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986) também dão o seu parecer quanto aos fatores contribuintes ao suicídio:

Condições ambientais traumáticas, tais como perda do objeto e privação materna, freqüentemente têm sido associadas com comportamento auto-destrutivo, rejeição paterna e desorganização familiar. Essas famílias têm mais stress econômico, e uma taxa 14% maior de mães trabalhando em tempo integral (...) (p.290).

Kovács (citada por Bromberg 1996) define o suicídio como:

... um ato muito complexo, portanto não pode ser considerado em todos os casos como psicose ou como decorrente de desordem social. Também não pode ser ligado de forma simplista a um determinado emprego. Trata-se de um processo que pode ter tido o seu início na infância, embora os motivos alegados sejam tão somente os fatores desencadeantes (p.80).

Os autores citados acima, em suas definições e caracterizações do suicídio não especificam apenas uma causa como determinadora do suicídio, mas todo um conjunto delas e toda estrutura psíquica que vem sendo produzida desde os primeiros instantes de vida.

Bromberg (1996) afirmam que o comportamento autodestrutivo pode ser dividido em: consciente e intencional e parcialmente consciente ou “meio” inconsciente. Entre os autodestruidores conscientes há os que tentam o suicídio até concluir o ato; os que tentam, mas permitem que a possibilidade da tentativa seja evitada; e os que falam que querem morrer, mas não tentam o suicídio. Somente o primeiro caso é um suicida, os outros dois são pedidos de ajuda, chamamentos de atenção que ocorrem “...sempre em estado de grande desespero, ou grande depressão, grande solidão, grandes perdas, grande medo ou grande agressividade” (p.91-92). Já os autodestruidores “meio” inconscientes “... não dizem que querem morrer, mas fazem com que a morte, de alguma maneira, aconteça” (p.93). Estes também dividem-se em dois grupos: os de personalidade suicida (drogados, alcoólatras, fumantes, obesos, diabéticos, etc.) e os que estão doentes e não querem mais viver, como determinados pacientes com câncer que “...vão se entregando aos braços de uma dama atraente, às vezes libertadora, às vezes consoladora, chamada Morte...” (p. 95).

Cassorla (1991) também aborda o suicídio como sendo, em alguns casos, inconsciente. Estes casos revelam-se através de acidentes;

toxicomania; homicídio quando a vítima o precipita; se “matar de trabalhar”; algumas doenças, entre outros.

Desta maneira muitos casos de suicídio na adolescência são camuflados: alguns são considerados como acidentes e acabam ocultando a verdadeira intenção suicida; outros as famílias negam o suicídio, pois ele é um tabu em nossa sociedade.

Vários autores abordam a questão do preconceito em relação ao suicida, para Cassorla (1991) nós julgamos e afastamo-nos do suicida por medo de que a coragem interna dele, de se matar, entre em nós, pois todos temos a vontade inconsciente de não mais viver como maneira de resolução ou fuga de nossos conflitos.

Segundo Cassorla (1991) a pessoa que pensa, fala, tenta e tem o ato suicida o faz porque está sofrendo, na verdade não quer a morte, quer acabar com o sofrimento. O profissional de Saúde deve estar atento à qualquer expressão deste sofrimento e principalmente as falas destas pessoas que tem função de pedido de ajuda. Pedroso; Feijó; Zavaschi (1986) também concordam que a criança suicida grita por socorro através de palavras, comportamento alterado ou auto-destrutivo.

De acordo com Cassorla (1991) os suicidas fantasiam as reações das pessoas diante da sua morte, podendo assim, ver e sentir o remorso e a dor dos outros diante de seu ato. A pessoa, através do suicídio, torna-se importante para seus familiares, uma sensação que em vida julga nunca ter sido.

Knobel (1991) considera o ato suicida como uma manifestação de quadros de psicose (depressão, esquizofrenia, traços maníacos, hipocondria, fobia) e algumas psicopatias. O suicida psicopata não se mata por estar sofrendo, mas sim por desejo de fazer o outro sofrer e sentir-se culpado, este tipo de caso pode ser observado quando o suicida deixa uma carta dizendo que perdoa a todos.

### **PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS**

O presente artigo desenvolve-se a partir do estudo de caso de uma adolescente de 13 anos com diagnóstico de estenose esofágica cáustica por ingestão de substância para limpar forno. Segundo o relato da tia da paciente, que a acompanhava no momento da internação, houve ingestão acidental de produto cáustico e logo após a paciente procurou auxílio médico, o qual receitou-lhe um medicamento anestésico. Não houve melhora e o quadro evoluiu para disfagia progressiva, desnutrição,

cefaléia, náuseas, vômitos e perda de peso (10Kg). Posteriormente a paciente foi encaminhada para o Hospital Universitário de Maringá (HUM) e internada, no setor pediátrico, após 45 dias da ingestão do produto.

Em virtude do quadro clínico apresentado pela paciente, fizeram-se necessários retornos periódicos ao hospital para procedimentos de dilatação do esôfago procedidos por curtos períodos de internação. Nestas internações, que somaram-se ao todo um período de aproximadamente um ano, a paciente foi acompanhada pela equipe hospitalar (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, psicóloga e estagiárias de psicologia).

O trabalho psicológico iniciou-se com a obtenção de dados da história de vida da paciente através de entrevistas (anamnese) com membros da família (mãe, tia), além da entrevista realizada com a própria paciente. Foram encontradas contradições nestes discursos, o que levou a um aprofundamento da investigação do caso, já que se trabalhava com duas possibilidades: ingestão acidental ou proposital. Para tal foram realizadas entrevistas, testes projetivos (HTP e o teste da família) e desenho livre.

O projeto terapêutico foi desenvolvido através de psicoterapia breve com uso de técnicas de sensibilização; técnicas ludoterápicas como recorte e colagens, entre outras; técnica de associação de palavras; técnicas de visualização. Todas estas técnicas foram utilizadas com o objetivo de trabalhar traços depressivos detectados, aumentar a auto-estima e favorecer a elaboração de lutos básicos da adolescência.

Mesmo após o trabalho terapêutico realizado com a paciente durante as internações, a equipe de psicologia considerou necessário o encaminhamento, tanto da paciente quanto da mãe desta, para psicoterapia.

Após a alta hospitalar a paciente ainda continuou sendo acompanhada ambulatorialmente pela equipe médica durante os 13 meses posteriores, pois se fez necessário seu retorno periódico ao hospital, para a realização do procedimento de dilatação do esôfago.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Quando a soda cáustica entra pela boca, vai queimando língua, esôfago, estômago; perfura a carne a ponto, muitas vezes, de a vítima vomitar sangue (...) Em 1998, foram registrados no Brasil 71.840 casos de

intoxicação (...) Técnicos da área de saúde estimam que 300 mil casos seria a estimativa mais realista, o que dá perto de 900 vítimas diariamente (DIMENSTEIN, 1999, p.3).

A paciente chegou ao hospital para receber atendimento clínico com o quadro de desnutrição aguda; náuseas e vômitos; dificuldade de alimentação gerada pela ingestão de produto cáustico. Através da intervenção da equipe, levantou-se a possibilidade da ingestão do produto ter sido proposital. Essa hipótese foi levantada em decorrência de contradições, que foram percebidas no discurso e no estado emocional da adolescente.

Na anamnese constatou-se a paciente era filha mais velha de seus pais (posição ocupada devido a primeira gestação da mãe ter resultado em aborto) e tinha uma irmã com 1 ano e 4 meses de idade. A relação familiar no momento do acidente encontrava-se bastante conflituosa; o pai alcoolista e desempregado, a mãe provedora dos recursos financeiros da família. A relação do casal demonstrava intensa fragilidade, a mãe dormia no quarto com as filhas, enquanto o pai dormia em outro quarto, o que era da paciente.

Em decorrência do emprego da mãe em uma lanchonete ser em tempo integral, a paciente cuidava da irmã e executava as tarefas domésticas, o que obrigava a adolescente a assumir responsabilidades de um adulto, além de estudar (5ª série) no período noturno para ter mais tempo de cumprir as responsabilidades que lhe foram atribuídas. O fato de estudar a noite a obrigava a restringir seu grupo de amizades, já que a faixa etária dos amigos era bem mais alta e, por isso, a mãe não aprovava seu relacionamento com tais pessoas.

Segundo Cassorla (1991) a questão do suicídio está intrinsecamente relacionada à adolescência, pois esta é uma fase do desenvolvimento humano, na qual, o adolescente passa por vários conflitos psíquicos devido a necessidade de elaborar os lutos pelo corpo, sexualidade e identidade infantis e pelos pais da infância. No caso da paciente, ela encontrava-se nesta fase do desenvolvimento humano, porém, devido a sua dinâmica familiar e situação sócio-econômica, tornou-se necessário que ela assumisse responsabilidades não condizentes com a sua faixa etária, apressando o desenvolvimento “normal” da adolescência e assim impossibilitando uma elaboração saudável dos lutos desta.

O abandono do pai foi evidenciado por sua separação definitiva da família; a adolescente não sabia nem ao menos o local onde ele se encontrava. Sabia somente que ele havia conseguido um emprego fora da

cidade. Segundo Cassorla (1991) uma das causas da tentativa de suicídio é a família desestruturada com ausência de uma ou de ambas as figuras parentais, devido a abandono ou separação.

Fica evidenciado, durante os atendimentos, o sentimento de abandono vivenciado pela paciente: abandono pelo pai, que mesmo depois do “acidente” dela com a soda cáustica, foi embora; e da mãe pelo fato de não tê-la acompanhado integralmente na hospitalização. Observou-se ainda uma forte vinculação com toda a equipe do hospital, havendo inclusive uma grande dificuldade para desligar-se do ambiente hospitalar, pois este proporcionava-lhe um intenso ganho secundário, já que a equipe hospitalar está a todo momento cuidando e assistindo o paciente. Todos estes dados comprovam uma intensa carência afetiva e sentimentos de desamparo, solidão, depressão. Bromberg (1996) afirma que as tentativas de suicídio ocorrem exatamente em estados emocionais semelhantes aos vivenciados pela paciente.

Durante o processo de hospitalização foram realizadas com a paciente várias técnicas projetivas, e de relaxamento, onde foi constatado um comprometimento afetivo profundo, indicando narcisismo, egocentrismo e ambivalência de sentimentos, podendo assim justificar a tentativa, mesmo que inconsciente, de chamar atenção sobre si. A ingestão coincide também com um período de comprometimento da saúde da irmã, o que exigiu os cuidados e a atenção de toda a família. Percebeu-se ainda uma agressividade latente quanto a essa dinâmica familiar não desejada.

Diante de todos os resultados obtidos através do acompanhamento do caso, pôde-se observar que a paciente encontrava-se envolvida por uma estrutura familiar comprometida pela ausência paterna e materna, pelo alcoolismo paterno e pelos problemas de saúde da irmã. Toda esta dinâmica familiar exigia que ela assumisse papéis e responsabilidades não condizentes com sua faixa etária, sendo assim era obrigada, pela situação familiar, a não vivenciar seus lutos da adolescência e tornar-se adulta rapidamente, pois as responsabilidades assumidas eram de um adulto. Diante de todos estes conflitos, a paciente pode ter tentado suicídio, mesmo que inconsciente, como uma medida extrema de alerta do sofrimento emocional que ela estava vivenciando.

Segundo a classificação de Bromberg (1996) a tentativa de suicídio é considerada consciente, pois o indivíduo tenta o suicídio, mas permite que este seja evitado. Ela considera a tentativa de suicídio como um pedido de ajuda, chamamento de atenção que ocorrem “...sempre em estado de grande desespero, ou grande depressão, grande solidão, grandes

perdas, grande medo ou grande agressividade” (p.91-92). Todos estes estados emocionais puderam ser evidenciados na paciente durante o psicodiagnóstico e o processo de acompanhamento psicológico.

Cassorla (1991) acredita que a pessoa que tenta o ato suicida o faz porque está sofrendo, na verdade não quer a morte, quer acabar com o seu sofrimento.

### CONCLUSÕES

Conclui-se que o presente estudo refere-se ao caso de uma adolescente com sofrimentos emocionais intensos decorrentes dos conflitos da fase da adolescência, do abandono paterno, do distanciamento materno e das responsabilidades não condizentes com sua faixa etária. De acordo com as características apresentadas pela paciente tudo leva a crer que a ingestão de soda cáustica tenha sido uma tentativa de suicídio inconsciente, que objetivava exteriorizar, através de um pedido de socorro, o sofrimento psíquico vivenciado por ela.

Nós, enquanto profissionais da área da saúde, podemos estar em contato direto com pacientes como esta adolescente sem nos atermos ao pedido de socorro que representa a tentativa suicida. É preciso olhar além dos ferimentos, da queimadura ou da fratura e enxergar o ser humano que ali está, precisando de ajuda.

O olhar mais humano em direção ao paciente é o que pode fazer a diferença para que tentativas de suicídio não se repitam e jamais se torne ato suicida exitoso.

### REFERÊNCIAS

ALVES, R. O morto que canta. In: CASSORLA, R. M.S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

BANDIM, J. M.; FONSECA, L.; LIMA, J. M. Prevalência da ideação suicida numa população de escolares do Nordeste brasileiros. *J. bras. Psiq.* 46(9): 477-481, Ed. Científica Nacional Ltda, 1997.

BARROS, M. As mortes por suicídio no Brasil. In: CASSORLA, R. M.S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

BROMBERG, M. H. P. F. **Vida e morte:** laços da existência. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

CASSORLA, R. M. S. Jovens que tentam suicídio: antecedentes mórbidos e de condutas autodestrutivas. *Documed*, nº1, p.65-70, 1991.

DIMENSTEIN, G. Folha de São Paulo, folha cotidiano. Domingo, 1º de agosto de 1999, nº. 06, fl. 03.

FEIJÓ, R. B. O adolescente com tentativa de suicídio: características de uma amostra de 13 a 20 anos atendida em emergência médica. *Psiq.* 45(11): 657-664, 1996.

GRÜNSPUN, H. Fatores suicidógenos como avaliação do risco de suicídio em adolescentes. In: CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

KNOBEL, M. Sobre a morte, o morrer e o suicídio. In: CASSORLA, R. M. S. **Do suicídio:** estudos brasileiros. Campinas: Papyrus, 1991.

NUNES, S. V. Atendimento de tentativas de suicídio em um hospital geral. *J. bras.Psiq.*, 37(f): 3941, 1988 – ECN-Ed. Científica Nacional Ltda.

PEDROSO, D. J. L.; FEIJÓ, R. B.; ZAVASCHI, M.L. Suicídio na Infância? *R. Amrigs*, Porto Alegre, 30(4) outubro/dezembro 1986.

SOIFER, R. Psiquiatria infantil operativa. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985. vol. 2.

TEIXEIRA, A. M. F.; LUIS, M. A. V. Suicídio, lesões e envenenamento em adolescentes: um estudo epidemiológico. *Rev. Latino-am. Enfermagem* – Ribeirão Preto – v.5 - nº. especial – p.31-36, maio 1997.