
Suicídio

Epidemiologia

O suicídio é um problema importante de saúde pública a nível mundial. Morrem 800 000 pessoas por ano de suicídio, o que corresponde a uma pessoa a cada 40 segundos [1]. Há indicações de que, por cada adulto que morre de suicídio pode haver 20 outros que tentam o suicídio. O suicídio é um fenómeno global que ocorre durante toda a vida. Os dados globais sobre o suicídio devem ser vistos com prudência porque a qualidade dos dados varia muito entre os países e só cerca de 60 países dos 172 Estados membros das Nações Unidas apresentam dados vitais de boa qualidade que podem ser usados para calcular as taxas de suicídio [1]. Portanto, os dados globais representam em grande parte estimativas. As taxas de suicídio têm variações muito grandes entre os países e tendências diferentes, com alguns países com taxas em crescimento e outros com taxas em queda [2]. A taxa de suicídio é universalmente maior nos homens do que nas mulheres com um coeficiente de 3,5:1 [2].

Em Portugal, após uma subida progressiva a partir do início do século XX, o número de mortes por suicídio tinha vindo a diminuir desde o início dos anos 90 [3], em paralelo com o que acontecia nos outros países da Europa Ocidental e nos EUA [4]. No ano 2000 verificaram-se 5,1 suicídios por 100 000 habitantes, número que só se tinha registado no início do século XX [2]. Os dados mais recentes mostram que houve uma subida e que se situa em 9,4 por 100 000 habitantes [5]. A taxa de suicídios em Portugal era a mais baixa da União Europeia a seguir à Grécia no início do século XXI encontrando-se agora na média europeia. Nos homens, as taxas de suicídio aumentam com a idade, sobretudo acima dos 65 anos e ainda mais nos com 85 ou mais anos. Nas mulheres a taxa de suicídios também é maior nas mais idosas, principalmente acima dos 75 anos.

Há uma maior mortalidade nos homens e nas mulheres viúvos e divorciados. Os métodos utilizados para o suicídio têm variado ao longo do tempo, sendo actualmente o enforcamento o mais usado (nos dois sexos), seguido do envenenamento, das armas de fogo e do afogamento, o que difere dos

EUA onde as armas de fogo são o principal método, seguido do enforcamento nos homens e do envenenamento nas mulheres [4]. Nos outros países europeus o enforcamento é também o método mais frequentemente usado. A diferença de métodos entre os EUA e a Europa resulta provavelmente da facilidade de acesso às armas de fogo nos EUA.

As tentativas não fatais de suicídio são difíceis de contabilizar, havendo dados em poucos países. No entanto, calcula-se que há 10 a 25 tentativas não fatais de suicídio por cada suicídio, subindo para 100 a 200 no caso dos adolescentes [4]. Em Portugal, Saraiva et al. num estudo realizado em Coimbra encontraram uma proporção de 20 para 1 [6]. As tentativas de suicídio são três vezes mais frequentes nas mulheres do que nos homens, ao contrário do que acontece nos suicídios consumados [4].

Factores de risco e factores protectores

O suicídio não é geralmente uma reacção a uma crise da vida, mesmo que seja uma doença terminal, isto é, não são acontecimentos isolados que levam ao suicídio. O modo como as pessoas lidam com os problemas que vão surgindo nas suas vidas indica se a pessoa é emocionalmente predisposta para o suicídio [7].

Até 90% dos adultos que cometem suicídio têm pelo menos um diagnóstico psiquiátrico, sendo os mais indicativos a depressão major (as alterações do sono, em especial a insónia terminal, é uma característica importante dos suicidas), a doença bipolar, a esquizofrenia, o distúrbio de personalidade limite e o distúrbio de personalidade psicopática nos adolescentes e adultos jovens [4]. A desesperança associa-se à depressão e é um factor mais preditivo de suicídio do que a depressão.

O abuso de álcool ou de outras substâncias são também factores preditores de suicídio. Até 50% das pessoas que cometem suicídio estão intoxicadas na altura da morte. Cerca de 18% dos alcoólicos suicidam-se com a média de 47 anos de idade e 25 anos de alcoolismo. A combinação de humor depressivo e abuso de substâncias aumenta muito o risco, de tal modo que 70 a 80% das pessoas

que cometem suicídio a têm. Outro factor de risco é a solidão; num estudo, 50% das pessoas que se suicidaram não tinham amigos íntimos [4]. Esta circunstância associa-se também às doenças psiquiátricas e ao abuso de álcool e drogas.

Havendo tentativas de suicídio anteriores, o risco de suicídio subsequente é 30 a 40 vezes maior, sendo isoladamente o factor com maior capacidade preditora de suicídio [8,9]. De facto, 40% dos indivíduos que cometem suicídio tinham feito tentativas anteriormente [7]. O risco de morte por outras causas como causas naturais e acidentes está também aumentado cerca de 60 vezes, o que se deve ao uso de álcool e outras drogas [9].

A ideação suicida, isto é, ter pensamentos suicidas, é também um factor de risco importante. Porém, muitos indivíduos com ideação suicida nunca tentam ou cometem suicídio, em especial os doentes terminais ou com doenças crónicas debilitantes [7].

Existe uma relação entre o acesso a métodos letais e a taxa de suicídios. O acesso a armas de fogo, lugares altos e medicamentos prescritos, como os usados para o tratamento de doenças psiquiátricas, parece aumentar o risco de suicídio [10-12]. Poderia pensar-se que a circunstância de não haver acesso a alguns métodos letais poderia fazer aumentar o uso de outros de acesso mais geral, como o enforcamento, de que resultaria uma taxa de suicídios semelhante, mas parece não ser assim, a acessibilidade a diversos métodos de suicídio parece fazer, por si só, aumentar a sua taxa [11].

Uma história familiar de suicídio ou de doença mental aumenta significativamente e independentemente o risco de suicídio, sendo a história de suicídio mais importante do que a de doença mental [13].

A combinação de factores de risco aumenta significativamente o risco de suicídio. De facto, os factores de risco interagem e potenciam-se mutuamente. Acontecimentos na vida das pessoas com factores de risco podem também interagir com esses factores predisponentes: fracassos românticos; problemas económicos ou de emprego; problemas legais; situações que provocam grande vergonha

ou que são percebidas como tal; doenças debilitantes ou terminais [14]. No entanto, há abundante evidência de que as dificuldades da vida apenas precipitam o suicídio, não são a sua causa [15].

No entanto, apesar de se conhecerem os factores de risco, prever o suicídio em doentes específicos tem-se revelado impraticável. Num estudo, envolvendo 1906 doentes internados por doenças afectivas, um modelo construído com os factores de risco identificados não conseguiu prever um único suicídio dos 46 que ocorreram após a alta [16].

Os suicidas são impulsivos e têm mais frequentemente um comportamento agressivo ou violento do que os não suicidas. Os actos suicidas são, assim, muitas vezes impulsivos. Mais de metade das tentativas de suicídio ocorrem com um período de premeditação de menos de 5 minutos. Mesmo quando, como é frequente acontecer, há planos detalhados para o suicídio a decisão final é muitas vezes tomada num impulso [17].

O suicídio pode ser desencadeado por imitação. Há estudos que mostram que o número de suicídios, sobretudo em adolescentes, aumenta após a transmissão televisiva de filmes ou notícias sobre suicídio [18,19], embora haja resultados contraditórios [20]. No estudo de Phillips e Carstensen verificou-se que não se tratava apenas de “antecipar” os suicídios, isto é, não são suicídios que se não ocorressem nessa altura ocorreriam um pouco mais tarde, porque se assim fosse seria de esperar uma descida compensatória a seguir, mas isso não acontece [19]. Os suicídios por imitação podem não se limitar às transmissões televisivas, podendo as notícias dramatizadas dos jornais produzir o mesmo efeito [21].

Os factores protectores do suicídio são, em geral, o oposto dos factores de risco. Assim, os não suicidas tendem a ser jovens, mulheres, com contactos sociais extensos, sem doenças psiquiátricas, bom sono, sem armas em casa, etc. A gravidez é também um factor protector do suicídio [22].

Suicídio nos doentes com cancro

Os doentes com cancro têm um risco de suicídio maior do que a população geral. No entanto, os estudos realizados mostram que poucos doentes cometem suicídio [23]: num estudo de 1979 realizado na Finlândia, 63 de 28 257 doentes com cancro que morreram cometeram suicídio [24]; em 1982, nos EUA, calculou-se que 192 de 144 530 mortes por cancro resultaram de suicídio; e na Suécia, num estudo realizado em 1985, houve 22 suicídios em 19 000 mortes por cancro. Globalmente o risco é de 1,8 vezes o risco da população normal com uma amplitude de 1,4 a 2,5 [22]. O risco de suicídio é maior a seguir ao diagnóstico (1 a 5 anos) diminuindo com o tempo [22]. Num estudo recente, o maior risco de suicídio ocorreu nos primeiros 6 meses após o diagnóstico [25]. Os doentes com cancro da cabeça e pescoço parecem ter um risco maior, talvez por estarem muitas vezes associados ao alcoolismo e ao tabagismo e a alterações do humor resultantes do desfiguramento e da perda de voz [22]. Por outro lado, os doentes com cancro do colo do útero, cancro da pele, cancro da próstata e doença de Hodgkin não parecem ter um risco aumentado de suicídio [22]. Mais de 80% dos suicídios dos doentes com cancro ocorrem nos doentes com cancro avançado [26] e, num estudo recente os suicídios no primeiro ano de vida associaram-se a estágio avançado da doença, estando este factor independentemente associado ao risco de suicídio durante esse período [27]. Em 24 unidades de cuidados paliativos do Reino Unido houve 21 suicídios e 37 tentativas de suicídio num período de 5 anos [28]. Estudos da evolução da mortalidade por suicídio em doentes com cancro realizados em Itália e na Noruega mostram que esta tem vindo a diminuir [29,30]. Este declínio na mortalidade por suicídio nos doentes com cancro tem sido explicado pela maior atenção e melhor tratamento da depressão nestes doentes, melhoria do tratamento incluindo intervenções cirúrgicas menos mutilantes, melhoria do prognóstico, do suporte psicossocial e pelo desenvolvimento dos cuidados paliativos [29,30].

Foram identificados vários factores de risco de suicídio nos doentes com cancro, alguns dos quais coincidem com os factores de risco identificados na população geral, como a depressão e a desesperança, psicopatologia prévia, o abuso de álcool e de outras substâncias, história de tentativas

de suicídio, história familiar de suicídio, falta de suporte social e isolamento. Existem, porém, outros factores de risco mais específicos como a dor e outros sintomas, o mau prognóstico associado à doença avançada, a perda de controlo, o delirium e a fadiga [26].

A depressão é mais frequente nos doentes com cancro do que na população geral, mas não é mais frequente do que em doentes com outras doenças físicas. Os estudos sugerem que 20 a 25% dos doentes com cancro têm depressão em qualquer altura da evolução da sua doença, mas na doença avançada esta frequência pode subir para os 77% [23]. Mas, tal como acontece na população geral, a desesperança é o elemento da depressão mais importante [26]. Contudo, apesar da frequência com que ocorre, a depressão não é diagnosticada em muitos casos. Isto deve-se a vários factores, entre os quais se destacam a falta de treino dos profissionais de saúde e a dificuldade particular em diagnosticar a depressão nesta população. Efectivamente, os critérios físicos de depressão como a insónia, a anorexia e a astenia podem ser causados directamente pela doença oncológica ou pela medicação, o que dificulta o diagnóstico.

A dor e provavelmente outros sintomas físicos aumentam o risco de suicídio. Muitas vezes, estes sintomas não ocorrem isoladamente, sobretudo no cancro avançado, interagem e potenciam-se, produzindo, assim, um efeito maior. Os sintomas físicos associam-se frequentemente a uma limitação da actividade que pode chegar às actividades de vida diária mais simples, criando assim uma grande dependência. Parece ser essencial para o aumento do risco do suicídio a perturbação psicológica e as alterações do humor eventualmente coexistentes. A dor intensa ou a dor crónica podem associar-se a alterações psicológicas como a depressão. Um estudo realizado no Memorial Sloan-Kettering Hospital de Nova Iorque mostrou que um terço dos doentes suicidas com cancro tinha depressão, 20% tinham delirium e 50% sofriam de um distúrbio de ajustamento [23].

Além das limitações causadas pelos sintomas físicos, outras circunstâncias contribuem para a perda do controlo sobre o seu corpo e as suas vidas, provocadas pela evolução da doença e pelo

tratamento. Entre estas circunstâncias encontram-se as amputações, a paraplegia, a perda de controlo dos esfíncteres, a disfagia, a disfonia e outras. A importância que os doentes atribuem à perda do controlo é variável, mas para alguns, mesmo pequenas perdas causam um grande impacto dando-lhes uma sensação de desesperança e de desamparo.

A sensação de perda de controlo sobre a mente, provocada pelo delirium ou pela sedação, pode ser muito perturbadora. O delirium é frequente no cancro avançado sobretudo nos últimos dias de vida. Num estudo realizado na Serviço de Cuidados Paliativos do Centro do Porto do Instituto Português de Oncologia [31] sobre as últimas 48 horas de vida em 300 doentes, verificou-se que 146 deles (49%) tinham delirium. Em alguns estudos, porém, a percentagem dos doentes oncológicos com delirium pode atingir 90% nos últimos dias de vida [32]. Os doentes com delirium têm um risco aumentado de suicídio, mesmo quando é ligeiro. O delirium pode contribuir para o suicídio impulsivo pela perda do controlo dos impulsos associados a esta condição [23].

Ideação suicida

A frequência com que a ideação suicida ocorre nos doentes com cancro avançado é difícil de determinar porque, geralmente, a questão não é abordada na prática clínica e, mesmo quando o é, só após se ter estabelecido uma relação de confiança é que o doente pode revelar as suas ideias de suicídio. Nos estudos realizados, a ideação suicida ocorre nos doentes com cancro avançado numa percentagem variável dos doentes, sendo rara em fases mais precoces da doença [23]. Num estudo, que incluiu 248 doentes seguidos em regime ambulatorio ou de assistência domiciliária numa unidade de cuidados paliativos inglesa, 30% tinha tido ideação suicida [33]. No estudo de Coyle et al. em doentes nas últimas quatro semanas de vida, 18 (20%) tinham ideação suicida; entretanto, foram incluídos mais quatro doentes que tinham um plano específico para o suicídio, tendo-se verificado que estavam todos clinicamente deprimidos e em tratamento psiquiátrico, e desses, dois com delirium recorrente suicidaram-se [34].

Porém, a frequência com que ocorre a ideação suicida nos doentes com cancro avançado está muito longe da frequência com que tentam ou completam o suicídio. A ideação suicida significa, na maioria dos casos, a tentativa de manter o controlo sobre a situação, isto é, a ideia de que se a situação piorar, haverá uma forma ao seu alcance de evitar o sofrimento, a dependência ou o que for mais importante para o doente individual. No entanto, a concretização dessas ideias é rara.

O controlo da dor e da depressão e a discussão dos pensamentos acerca do suicídio com os doentes com cancro avançado podem reduzir a ideação suicida e o risco de suicídio [26].

Suicídio nos doentes com sida

Os indivíduos com SIDA têm um risco muito maior de suicídio do que a população geral [35,36]. Num estudo, foi cerca de 36 vezes maior [35], mas a maioria tinha doenças psiquiátricas prévias.

A população dos doentes com infecção por VIH/SIDA é diferente da população dos doentes oncológicos, porque a prevalência de doenças psiquiátricas e o abuso de substâncias é particularmente alto. Esta é, provavelmente, a explicação para os dados de um estudo realizado em indivíduos com risco elevado para infecção por VIH, homossexuais masculinos e toxicod dependentes de drogas IV, que mostra que o elevado risco de suicídio não aumentava nos indivíduos em quem a infecção tinha sido diagnosticada relativamente aos indivíduos que tinham testes negativos [23].

Noutro estudo, os indivíduos VIH positivos ainda sem SIDA eram mais suicidas do que os indivíduos com SIDA [37].

Num estudo recente, após a diminuição da mortalidade nos indivíduos VIH positivos após a introdução da terapêutica anti-retroviral altamente activa em 1996, a mortalidade por suicídio nas mulheres foi semelhante à da população geral, mas a dos homens foi 5 vezes superior à da população normal no primeiro ano após o diagnóstico [38]. Porém, estes números são baseados nos certificados de óbito, pelo que podem ser na realidade mais elevados.

Os indivíduos com SIDA têm sintomas físicos, nomeadamente, dor, depressão e delirium que são factores importantes também nos doentes com cancro. No entanto, é o sofrimento psicológico, como sempre, o factor determinante para o suicídio nos doentes com SIDA.

Suicídio noutras doenças

Com algumas excepções, quase todos os indivíduos com doenças físicas que cometem suicídio têm também uma doença psiquiátrica. E, a maioria das doenças médicas que se associam a uma taxa maior de suicídios são as que envolvem doenças mentais ou abuso de substâncias [39]. Além das já descritas atrás, a epilepsia do lobo temporal, a doença de Huntington, a esclerose múltipla, a úlcera péptica, a hemodiálise ou a diálise peritoneal contínua, a rejeição de transplante renal, o traumatismo medular com paraparesia ou tetraparesia e o lúpus eritematoso sistémico são as doenças que se associam a um risco de suicídio elevado [23]. Outras doenças, como as do foro cardíaco e pulmonar, que podem acarretar também grande sofrimento, não parecem estar associadas a uma maior probabilidade de suicídio [8].

Referências

1. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/
2. OMS. Relatório mundial da saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Direcção Geral da Saúde, 2002:80-83. Em: <http://www.who.int/whr/2001/main/portuguese.pdf>.
3. Campos MA, Leite S. O suicídio em Portugal nos anos 90. Revista de Estudos Demográficos 2002 (32):81:106.
4. Maris RW. Suicide. Lancet 2002;360:319-326.
5. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2.
6. Saraiva CB, Veiga FA, Primavera R et al. Epidemiologia do para-suicídio no concelho de Coimbra. Psiquiatria Clínica 1996 ;17 :291-296.

7. The New York State Task Force on Life and the Law. The epidemiology of suicide. Em: *When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context*. New York, 2^a ed; 2000:9-22.
8. Jamison KR. The burden of despair: psychopathology of suicide. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999a:98-129.
9. Morgan G. Long term risks after attempted suicide. *BMJ* 1993;306:1626-1627.
10. Kellermann AL, Rivara FP, Somes G et al.. Suicide in the home in relation to gun ownership. *N Eng J Med* 1992;327:467-472.
11. Marzuk PM, Leon AC, Tardiff K, Morgan EB, Stagic M, Mann JJ. The effect of access to lethal methods of injury on suicide rates. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:451-458.
12. Winokur G, Black DW. Suicide – what can be done? *N Eng J Med* 1992;327:490-491.
13. Qin P, Agerbo E, Mortensen PB. Suicide risk in relation to family of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *Lancet* 2002;360:1126-1130.
14. Jamison KR. Death lies near at hand: history and overview. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:11-25.
15. Jamison KR. Take off the amber, put out the lamp. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:73-97
16. Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G. The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:418-422.
17. Jamison KR. Death-blood: neurobiology and neuropathology. Em: Jamison KR. *Night falls fast*. New York: Vintage Books; 1999:182-212.
18. Gould MS, Shaffer D The impact of suicide in television movies: evidence of imitation. *N Engl J Med* 1986;315:690-694.

-
19. Phillips DP, Carstensen LL. Clustering of teenage suicides after television news stories about suicide. *N Engl J Med* 1986;315:685-689.
 20. Phillips DP, Paight DJ. The impact of televised movies about suicide: a replicative study. *N Engl J Med* 1987;317:809-811.
 21. Etzersdorfer E, Sonneck G, Nagel-Kues S. Newspaper reports and suicide. *N Engl J Med* 1992;327:502-503.
 22. Harris EC, Barraclough BM. Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine* 1994;73:281-296.
 23. The New York State Task Force on Life and the Law. Suicide and special patient populations. *Em: When death is sought: assisted suicide and euthanasia in the medical context*. New York, 2^a ed; 2000:23-33.
 24. Louhivuori KA, Hakama M. Risk of suicide among cancer patients. *Am J Epidemiol* 1979;109:59-65.
 25. Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry*. 2018 Nov 21. doi: 0.1001/jamapsychiatry.2018.3181. [Epub ahead of print].
 26. Breitbart W, Chochinov HM, Passik SD. Psychiatric symptoms in palliative medicine. *Em: Doyle D, Hanks G, Cherny N, Calman K, eds, 3^a ed. Oxford: Oxford University Press. 2004:746-771.*
 27. Ahn MH, Park S, Lee HB, et al. Suicide in cancer patients within the first year of diagnosis. *Psycho-Oncology* 2015;24: 601–607.
 28. Grzybowska P, Finlay I. The incidence of suicide in palliative care patients. *Palliat Med* 1997;11:313:316.
 29. Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekberg Ø. Suicide risk in cancer patients from 1960 to 1999. *J Clin Oncol* 2004;22:4209-4216.

30. Miccinesi G, Crocetti E, Benvenuti A, Paci E. Suicide mortality is decreasing among cancer patients in Central Italy. *Eur J Cancer* 2004;40:1053-1057.
31. Ferraz Gonçalves J, Alvarenga M, Silva A. The last forty-eight hours of life in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J Palliat Med* 2003;6:895-900.
32. Lawlor PG, Bruera ED. Delirium in patients with advanced cancer. *Hematl Oncol Clin N Am* 2002;16:701-714.
33. Lloyd-Williams M. How common are thoughts of self-harm in a palliative care population? *Support Care Cancer* 2002;10:422-424.
34. Coyle N, Adelhardt J, Foley KM, Portenoy RK. Character of terminal illness in the advanced cancer patient : pain and other symptoms during the last four weeks of life. *J Pain Symptom Manage* 1990 ;5 :83-93.
35. Marzuk PM, Tierney H, Tardiff K, et al. Increased risk of suicide in persons with AIDS. *JAMA* 1988;259:1333-1337.
36. Coté T, Biggar RJ, Dannenberg AL. Risk of suicide among persons with AIDS: a national assessment. *JAMA* 1992;268:2066-2068.
37. McKegney FP, O'Dowd MA. Suicidality and HIV status. *Am J Psychiatry* 1992;149:396-398.
38. Croxford S, Kitching A, Desai S, et al. Mortality and causes of death in people diagnosed with HIV in the era of highly active antiretroviral therapy compared with the general population: an analysis of a national observational cohort. *Lancet Public Health* 2017;2: e35–46.
39. McHugh PR. Suicide and medical afflictions. *Medicine* 1994;73:297-298.