

Comportamentos suicidários em esquizofrénicos Um estudo retrospectivo de doentes internados nos HUC (1995-1999)*

POR

CARLA VICENTE⁽¹⁾, FRANCISCO ALTE DA VEIGA⁽²⁾, ADELAIDE CRAVEIRO⁽³⁾ E
CARLOS BRAZ SARAIVA⁽⁴⁾

Resumo

No presente artigo, os autores começam por proceder a uma revisão da literatura recente sobre suicídios e comportamentos suicidários em esquizofrénicos.

Seguidamente, são apresentados os resultados e conclusões de um estudo retrospectivo, de suicídios e comportamentos suicidários em doentes esquizofrénicos internados, nos Hospitais da Universidade de Coimbra nos últimos cinco anos (Janeiro 95 a Dezembro 99). Foram analisados 416 processos e a taxa de comportamentos suicidários encontrada neste estudo foi de 16,3%.

Abstract

In the present article the authors will start by revising the late bibliography on suicide and suicidal behaviours in schizophrenic people.

Then they will summarize the results and the conclusion of a retrospective study on suicide and suicidal behaviours in schizophrenic in patients of the Coimbra University Hospitals, during the last five years (January 95 to December 99). 416 reports have been studied and the suicidal behaviour rate found was of 16,3%.

INTRODUÇÃO

A grande maioria das vítimas de suicídio (aproximadamente 90%) sofrem de doença psiquiátrica (Lesage *et al.*, 1994); e os diagnósticos mais frequentes são perturbações afectivas, abuso de álcool ou de outras substâncias, distúrbios da personalidade e esquizofrenia (Barraclough, 1974 e Beskow, 1979).

Num dos primeiros estudos de autópsia psicológica, Robins *et al.*, (1959) estudaram um grupo de indivíduos

que cometeram suicídio e encontraram 94% com diagnóstico psiquiátrico incluindo 2% com diagnóstico de esquizofrenia. Mais tarde, Roy (1982, 1985 e 1986) estudou várias séries de doentes psiquiátricos que se suicidaram concluindo que os doentes esquizofrénicos representavam mais de um terço destes doentes.

O fenomenologista Bleuler (1950) descreve o comportamento suicidário como o sintoma mais sério da esquizofrenia. Numerosos estudos com pacientes esquizofrénicos nos últimos anos relacionam a

(¹) Interna de Psiquiatria dos HUC

(²) Psiquiatra e Prof. da Faculdade de Medicina

(³) Assistente Graduada de psiquiatria dos HUC

(⁴) Chefe de serviço de psiquiatria dos HUC e Prof. da Faculdade de Medicina

* Trabalho apresentado nas 3.^{as} Jornadas sobre Comportamentos suicidários, Luso, 6 e 7 de Outubro de 2000.

esquizofrenia com um elevado risco de suicídio; estima-se que a percentagem de suicídios neste grupo seja cerca de vinte vezes superior à da população geral. A prevalência de esquizofrenia entre suicidas varia de 2 a 12% consoante os estudos. Miles (1977) refere que cerca de 10% dos doentes esquizofrénicos se virão a suicidar no futuro. A taxa de suicídio anual em esquizofrénicos varia entre 147 a 750/100.000 habitantes.

O suicídio é assim a primeira causa de morte entre esquizofrénicos, e a taxa de mortalidade é tão elevada neste grupo, não só à custa de suicídios mas também, à elevada percentagem de mortes acidentais, doenças infecciosas e outras doenças médicas; que se pode compreender porque frequentemente os esquizofrénicos vivem isolados da comunidade sendo mais difícil o acesso ao tratamento (Tabbane *et al*, 1993).

Os esquizofrénicos que se suicidam sofrem tipicamente de doença grave, crónica, com muitas recaídas e hospitalizações. Frequentemente o suicídio ocorre nas primeiras semanas ou meses após a saída de uma hospitalização (Roy, 1986) ou, noutra perspectiva temporal, nos primeiros 10 anos de doença, declinando com a passagem dos anos (Retterstol, 1993). Os doentes esquizofrénicos que se suicidam são principalmente adultos jovens, e mais frequentemente homens. O risco é maior nas fases iniciais da doença quando os doentes têm a sensação de alteração da personalidade e pressentem que uma nova catástrofe se aproxima.

O intervalo de tempo entre a primeira comunicação de intenção suicida e a sua consumação é em média de 47 meses para a esquizofrenia. Constatam-se igualmente diferenças consoante o sexo da vítima, 12 meses para o homem e 42 para a mulher; com efeito no homem o processo suicidário é mais curto, sendo menos frequente a repetição de variados comportamentos suicidários e menos comum a comunicação de intencionalidade.

O suicídio pode ocorrer em qualquer fase de evolução da doença; e tanto a doença activa como os sintomas depressivos têm uma alta prevalência imediatamente antes da ocorrência de suicídio e a história de comportamentos suicidários anteriores é muito comum (Hannele Heila *et al*, 1997).

Warnes admite que o suicídio ocorre num período de aparente remissão em que o doente teria consciência da sua patologia, da sua deterioração e antecipação do efeito devastador, como dizia Baechler "o suicídio aparece ao doente como uma solução lógica e racional para o problema da loucura".

Num estudo realizado em 1986, Drake e Cotton concluíram que as vítimas de suicídio têm um elevado grau de funcionamento pré-mórbido, um nível mais

alto de expectativas pessoais de realização e um nível mais alto de informação acerca da própria doença (no estudo efectuado por estes autores 73% das vítimas de suicídio tinham educação superior quando comparado com 29% de um grupo controlo).

O método suicida mais frequentemente utilizado em ambos os sexos é a intoxicação medicamentosa seja por neurolépticos, antidepressivos, benzodiazepinas ou outros. Apesar deste método ser tradicionalmente considerado de baixa letalidade, vários autores referem que não existe na esquizofrenia o chamado para-suicídio e os gestos suicidas não fatais são antes tentativas malsucedidas e aquilo que é uma tentativa de baixa letalidade para um indivíduo com um diagnóstico de distúrbio de personalidade deve ser considerado como uma tentativa séria de suicídio (Reynaud, 1991). Todavia, os suicídios em esquizofrénicos ocorrem muitas vezes através de métodos violentos, sendo estes mais frequentemente realizados por homens novos, o que sugere uma menor ambivalência e portanto uma maior motivação para morrerem (Breier e Astrachan, 1984).

Classicamente, tanto as alucinações auditivas imperativas de auto-destruição como os sintomas delirantes, têm sido considerados como factores de risco suicida, o que permite compreender comportamentos bizarros como saltar de uma janela ou atirar-se para a linha do comboio. Assim uma percentagem elevada dos suicídios ocorrem numa fase aguda de exacerbação da doença; e curiosamente, Hannele Heila *et al* (1997) realizaram um estudo onde concluem que as mulheres cometem mais frequentemente suicídio numa fase activa da esquizofrenia.

Também os sintomas depressivos são factores de co-morbilidade psiquiátrica frequentemente encontrados em esquizofrénicos suicidas. (Leonard Cohen, 1964), e com o desenvolvimento de desesperança aumenta de forma significativa a probabilidade de suicídio (Drake e Cotton, 1986). Outros estudos sugerem que cerca de 60% dos doentes esquizofrénicos que cometeram suicídio apresentavam associadamente sintomatologia depressiva. Os indivíduos que vêm a suicidar-se referem maior sofrimento, menor concentração, dificuldades na resolução de problemas e menor satisfação com as suas vidas, ao fim e ao cabo a evidência de que a doença também interfere na relação com os outros (Roy, 1981).

Em 1982 Roy comparou esquizofrénicos que cometeram suicídio com um grupo controlo de esquizofrénicos e concluiu que no primeiro grupo havia mais episódios depressivos no passado, que tinham sido mais vezes tratados com antidepressivos

ou electroconvulsivoterapia e que os internamentos eram frequentemente devido a sintomatologia depressiva ao contrário do grupo controlo em que os internamentos eram basicamente por sintomas psicóticos.

Alguns esquizofrénicos que se suicidam têm modelos próximos de suicídio, mas optam por um método diferente que é em regra mais violento e mais letal sugerindo menor ambivalência (Tabbane *et al.*, 1993). Diversos estudos demonstram uma elevada percentagem de pacientes esquizofrénicos que fizeram comportamentos suicidários em alguma altura do desenvolvimento da sua doença. A média é aproximadamente de 30% mas variando entre 18% e 55% dependendo do estudo em questão (Roy, 1986). Nestes indivíduos que fizeram comportamentos suicidários também foi demonstrada uma alta incidência de sintomatologia depressiva, no entanto quando comparados esquizofrénicos que cometeram suicídio e esquizofrénicos que fizeram comportamentos suicidários o primeiro grupo tem níveis mais elevados de sintomatologia depressiva e também um nível significativamente maior de indivíduos que vivem só.

Mesmo a medicação antipsicótica pode estar relacionada com o risco suicidário; os efeitos secundários destes medicamentos produzem um alto nível de desconforto, e a paragem súbita da medicação pode produzir uma exacerbação da doença que pode levar ao suicídio. Durante décadas os medicamentos apenas respondiam a uma parte da doença, mas actualmente os novos antipsicóticos atípicos podem dar uma resposta mais eficaz, por exemplo, sobre os sintomas negativos (Chiles e Strosahl, 1995).

Muitas vezes é a ansiedade, a depressão e o desespero individual que os leva ao suicídio. O efeito facilitador dos antidepressivos no reaparecimento dos delírios tem sido muito mais recedado do que constatado, assim vários autores recomendam a utilização de terapêutica antidepressiva para melhoria do humor, dos padrões de sono e diminuição do risco suicidário.

Outra maneira de diminuir o risco de suicídio é envolver a família dos doentes, quanto mais informados eles estiverem acerca da doença mais apoio podem dar ao doente e consequentemente diminuir o risco suicidário.

Em síntese, podemos enumerar como factores de risco de suicídio em pacientes esquizofrénicos: Ser homem, idade inferior a 45 anos, solteiro, desempregado, educação superior, presença de sintomatologia no passado, comportamentos suicidários anteriores ou ideação suicida, doença crónica com numerosas recaídas, saída recente de uma hospitalização, elevado nível de funcionamento pré mórbido, viver só e a

consciência dos efeitos devastadores da doença.

MATERIAL E MÉTODOS

Para conhecer de uma forma mais concreta a realidade dos doentes esquizofrénicos Portugueses, propusemo-nos realizar um trabalho de forma a conhecer melhor as características dos suicídios e dos comportamentos suicidários destes doentes.

Assim, levantámos os processos de todos os doentes internados nos últimos cinco anos, de Janeiro de 1995 a Dezembro de 1999, nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC) que tivessem o diagnóstico de esquizofrenia.

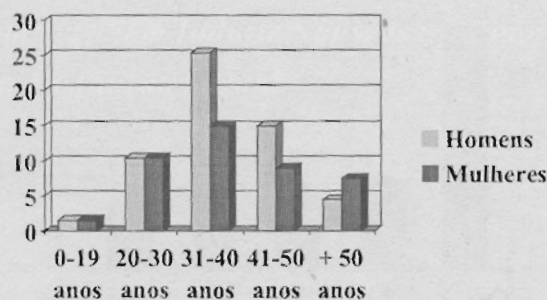
Analísámos 416 processos (leitura dos registos médicos e da enfermagem), e foi feita a recolha de dados referentes a 68 doentes que cometeram suicídio ou fizeram algum comportamento suicidário ao longo da sua doença, nomeadamente: sexo, idade actual, estado civil, escolaridade, profissão, com quem vivem, idade de início da doença, número de internamentos, idade do primeiro comportamento suicidário, número de comportamentos suicidários, métodos utilizados, sintomatologia do comportamento suicidário e anos de evolução da doença.

RESULTADOS

Verificámos assim, ao contrário do que acontece com a população não esquizofrénica, um predomínio de indivíduos de sexo masculino que corresponderam a 57%.

Em relação à idade, a maioria destes doentes situa-se na faixa etária 31-40 anos (40%), mas não podemos esquecer que esta é a idade actual e não a idade do comportamento suicidário.

DISTRIBUIÇÃO POR SEXO E FAIXA ETÁRIA



A maioria são solteiros (65%), e apenas 20% casados.

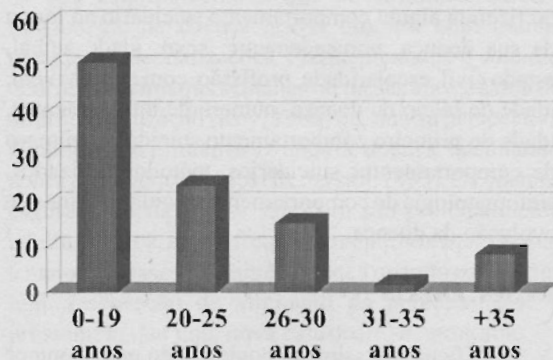
Observamos que 16% viviam só (apesar de frequentemente não termos acesso a este dado).

Em relação à escolaridade 68% têm escolaridade superior à obrigatória, e 47% têm ou frequentaram um curso superior.

No entanto em relação à profissão 54% estavam desempregados e 46% empregados (frequentemente em empregos protegidos).

Em relação à idade de início da doença a maioria dos doentes teve os primeiros sintomas antes dos 25 anos (74% - Coluna 1+2), e cerca de 50% antes dos 20 anos

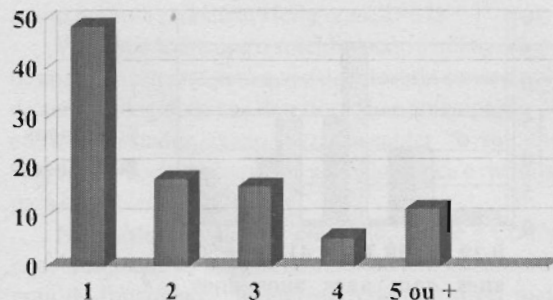
IDADE INÍCIO DA DOENÇA



A maioria teve apenas um internamento nos HUC, apesar de haver alguns doentes com vários internamentos. Seis casos com mais de 8 internamentos e mesmo 2 casos com 16 internamentos no nosso hospital.

Dos 68 doentes, 33 tiveram mais de um comportamento suicidário correspondendo a 49% e oito doentes tiveram 5 ou mais comportamentos suicidários (12%).

N.º DE COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS



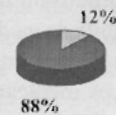
Ao contrário dos indivíduos não esquizofrénicos em que se encontra habitualmente um acontecimento de vida que funciona como precipitante para o suicídio ou comportamento suicidário; na nossa amostra em apenas oito casos (11,7%) foi encontrado um acontecimento de vida que terá desencadeado este tipo de comportamento (a morte de um irmão, a morte de um filho, despedimento do emprego, rotura afectiva recente e conflito com colegas ou esposa).

Em 34% encontramos uma má adesão à terapêutica com insuficiente controlo dos sintomas.

Quanto ao tipo de métodos utilizados numa primeira fase apenas dividimos os doentes em dois grupos – os que utilizaram pelo menos uma vez um método violento e os que nunca utilizaram um método violento. Convencionamos que métodos não violentos eram as intoxicações com fármacos e as flebotomias superficiais e os restantes métodos foram considerados violentos.

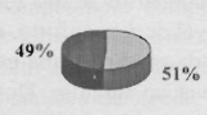
Encontrámos assim com uma frequência muito superior à das populações não esquizofrénicas a utilização de métodos violentos (51%).

DISTRIBUIÇÃO POR PRECIPITANTE



■ Precipitante ■ Sem precipitante

DISTRIBUIÇÃO POR MÉTODO

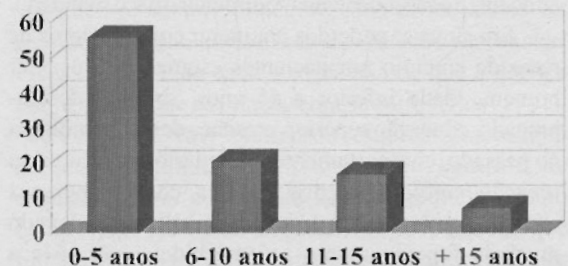


■ Violento ■ Não violento

Na segunda parte do trabalho debruçamo-nos sobre o número de comportamentos suicidários realizados por estes doentes e encontramos 135 comportamentos suicidários.

Em relação ao tempo de evolução da doença na altura do comportamento suicidário, obtivemos que a

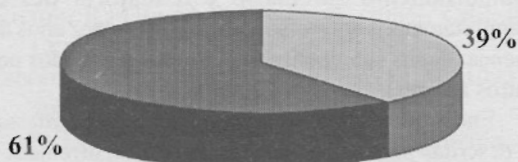
TEMPO DE EVOLUÇÃO DA DOENÇA NA ALTURA DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO



maioria (56%) realizavam o comportamento suicidário nos primeiros cinco anos de doença e 76% o faziam nos primeiros dez anos de doença.

Dos sintomas predominantes na altura dos comportamentos suicidários, foi possível apurar a existência de ideias delirantes/alucinações auditivas em 39% e encontramos sintomas depressivos em 61% dos casos.

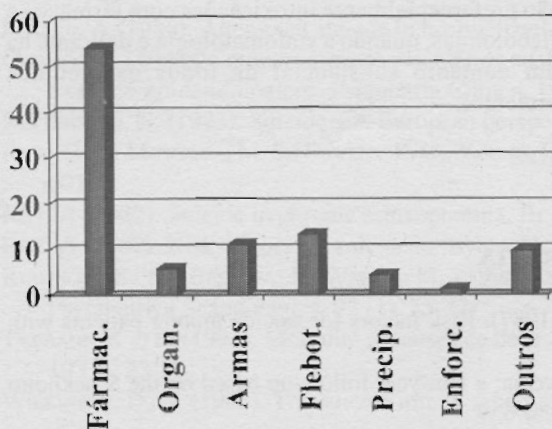
SINTOMATOLOGIA DO COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO



■ Delirante/Alucinações ■ Sint. Depressivos

Quanto aos métodos utilizados, a maioria dos doentes fizeram intoxicação medicamentosa com fármacos que tomavam regularmente (54%), um número significativo usou como método as flebotomias (11%) mas apurámos que frequentemente foram flebotomias profundas. 6% dos doentes fizeram intoxicação com organofosforados, em 13% ocorreu defenestração ou precipitação, 5% fizeram feridas com facas ou armas de fogo, em 2% houve tentativa de enforcamento e 10% optaram por métodos diferentes nomeadamente

MÉTODOS UTILIZADOS



amputação do pênis, amputação da mão esquerda e emolação pelo fogo.

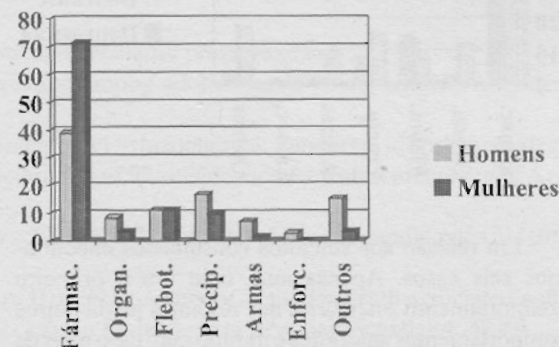
Na nossa amostra apenas num caso houve associação de álcool à ingestão de fármacos, em todos os restantes foi utilizado apenas um método no comportamento suicidário.

Por último cruzámos algumas variáveis de forma a compreendermos melhor alguns dados.

Quando cruzámos as variáveis sexo com método utilizado observámos que quando o método utilizado é a intoxicação com fármacos, há um predomínio marcado de mulheres (72%), contra 39% do homens que opta por este método. Nas flebotomias a percentagem homens e mulheres é quase igual.

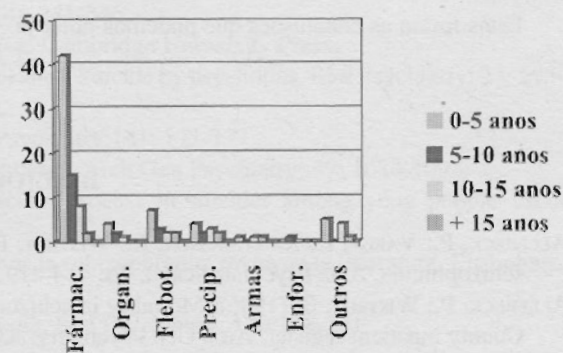
Nos restantes métodos – métodos violentos a percentagem de homens é sempre superior à das mulheres.

SEXO/MÉTODOS



Com as variáveis anos de evolução da doença e método utilizado podemos verificar que qualquer método é mais frequente no intervalo dos primeiros cinco anos de doença. Há medida que o tempo vai

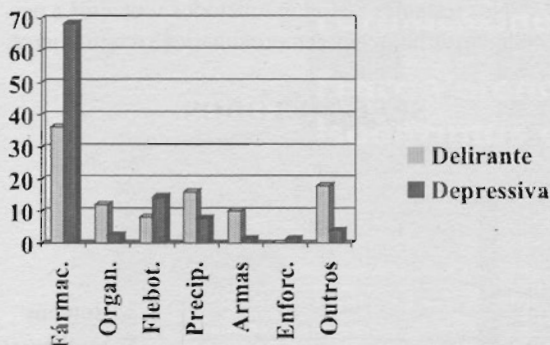
ANOS DE EVOLUÇÃO/MÉTODOS



passando os métodos não violentos como os fármacos diminuam consideravelmente em relação aos métodos violentos.

Quanto à sintomatologia *versus* método utilizado, quando há sintomatologia depressiva os métodos escolhidos são preferencialmente intoxicações com fármacos e flebotomias. Quando há sintomatologia delirante/alucinações o método mais frequente continua a ser intoxicação com fármacos, mas agora a percentagem diminui consideravelmente (36%) e há um aumento marcado de todos os métodos violentos.

SINTOMATOLOGIA/MÉTODOS



Em relação aos suicídios consumados encontramos seis casos. Apenas num caso era o primeiro comportamento suicidário; nos restantes havia outros comportamentos anteriores e mesmo num caso mais de dez.

Os métodos utilizados foram em três casos precipitação; uma intoxicação com fármacos, uma intoxicação com organofosforados e no outro a recusa da medicação em doente diabético e a morte por coma hiperglicémico.

CONCLUSÕES

Estas foram as conclusões que pudemos obter já

que o estudo foi retrospectivo (portanto foi realizado não por entrevistas aos doentes mas por consulta dos processos dos HUC, sendo admissível a existência de outros comportamentos que não constam destes processos).

O presente estudo sobre os comportamentos suicidários em esquizofrênicos internados revelou uma taxa de 16,3% de comportamentos suicidários nestes doentes.

Os que tiveram comportamentos suicidários são preferencialmente homens, solteiros, com escolaridade superior à obrigatória e desempregados.

Quase 51% dos doentes realizaram mais de um comportamento suicidário e a maioria destes comportamentos ocorreram nos primeiros dez anos de doença (dados sobreponíveis a estudos realizados por outros autores).

Encontrámos com uma frequência muito inferior às descritas para as populações não esquizofrênicas a presença de um acontecimento de vida que funcionasse como precipitante para o comportamento suicidário.

O método mais frequentemente utilizado foi a intoxicação com fármacos, mas encontrámos com uma frequência muito superior à das populações não esquizofrênicas a utilização de métodos violentos (51%).

Os métodos violentos são preferencialmente usados por indivíduos do sexo masculino e a frequência destes métodos aumenta consoante evolui a doença; ao contrário do que observamos na intoxicação com fármacos em que há um declínio da frequência deste método com a passagem do tempo.

Quanto aos sintomas predominantes na altura do comportamento suicidário, foi possível apurar a existência de ideias delirantes/alucinações auditivas em 39% e sintomas depressivos em 61%. Quando a sintomatologia é depressiva os métodos escolhidos são preferencialmente intoxicações com fármacos e flebotomias, quando a sintomatologia é delirante há um aumento substancial de todos os métodos violentos.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEBECK, P.; VARLA, A; KRISTJANSSON, E.; WIŞTEDT, B. (1987). Risk factors for suicide among patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*; 76: 414-419.
- ALLEBECK, P.; WIŞTEDT, B. (1986). Mortality in schizophrenia: a ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register. *Arch Gen Psychiatry*; 43:650-653.

- BARRACLOUGH, B.; BUNCH, J.; NELSON, B; SAINSBURY, P. (1974). A hundred cases of suicide: Clinical aspects. *Br J Psychiatry*; 125: 355-373.
- BREIER, A.; ASTRACHAN, B. M. (1984). Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *Am J Psychiatry*; 141: 206-209.
- CALDWELL, C. B.; GOTTESMAN (1992). Schizophrenia – a high risk factor for suicide: clues to risk reduction. *Suicide Life Threat Behav* ; 22: 479-493.
- CANNON, M.; BUCKLEY, P.; LARKIN, C. (1991). Suicide in schizophrenia. *Ir J Psychol Med*; 8: 19-21.
- CAROLI, F.; BALDACI-EPINETTE, C.; RIBEYRE, P. (1993). Traitements antidepresseurs chez les schizophrènes. *Encephale*, 19 (2), 393-396.
- CHILES, J. A.; STROSAHL, K. D. (1995). *The suicidal Patient – Principles of Assessment, Treatment, and case Management*. American Psychiatric Press: England.
- COHEN, L.J.; TEST, M. A; BROWN, R. L. (1990). Suicide and schizophrenia: data from a prospective community treatment study. *American Journal of Psychiatry*, 147 (5), 602-607.
- COTTON, P.; DRAKE, R. GATES, C. (1985). Critical treatment issues in suicide among schizophrenic. *Hosp Community Psychiatry*, 36: 534-536.
- CREPET, P.; FERRARI, G.; PLATT, S.; BELLINI, M. (1992). *Suicidal Behaviour in Europe – recent research Findings*. John Libbey CIC.
- DELISI, L. E. (1990). *Depression in Schizophrenia*. American Psychiatric.
- DRAKE, R.E.; COTTON, P. G. (1986). Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 148: 554-559.
- GADPAILLE, W. J. *et al* (1995). *Adolescent suicide*. American Psychiatric press. England.
- Gerald, L.; Klearman, M. D. (1986). *Suicide and depression among adolescents e young adults*. American Psychiatric Press.
- HEILÄ, H.; ISOMETSÄ, E. T.; HENRIKSSON, M. *et al* (1997). Suicide and Schizophrenia: A nationwide psychological autopsy study on age and sex specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia. *Am j Psychiatric*, 154:9, 1245-1242.
- LEWIS *et al* (1996). Biological predictors of suicidality in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94 (6), 416-420.
- MEHTONEN, O P.; ARANKO, K.; MÄLKÖNEN, L.; VAPAATALO, H. (1991). A survey of sudden death associated with the use of antipsychotic or antidepressant drugs: 49 cases in Finland. *Acta Psychiatr Scand*; 84: 58-64.
- MODESTIN J.; ZARRO, I; WALDVOGEL, D. (1992). A study of suicide in schizophrenic in-patients. *Br J Psychiatry*; 160: 398-401.
- MORRISON, J. R. (1982). Suicide in a psychiatric practice population. *J Clin Psychiatry*; 43:348-352.
- MORTENSEN, P. B.; JUEL, K. (1993). Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*; 163: 183-189.
- MOTTO, J. A (1996). Clinical applications of biological aspects of suicide. *Archives of suicide Reserch*, 2 819, 55-74.
- PRASAD, A (1986). Attempted suicide in hospitalized schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand*; 74: 41-42.
- QUEIRÓS, L. (1998). Comportamentos suicidários na depressão e na esquizofrenia – Alguns aspectos biológicos e clinico-epidemiológicos. *Psiquiatria Clínica*, 19 (4), 341-346.
- RETTERSTOL, N. (1993). *Suicide – A European perspective*. Cambridge University Press.
- RICH, C. L.; MOTOOKA, M. S.; FOWLER, R. C.; YOUNG, D. (1988). Suicide by psychotics. *Biol Psychiatry*; 23: 595-601.
- ROY, A (1982). Suicide in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry*; 141: 171-177.
- ROY, A (1982). Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*; 39: 1089-1095.
- RUNESON, B. S.; BESKOW, J.; WAREN, M. (1996). Suicidal process in suicides among yong people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 93 (1), 35-42.
- TABBANE, K *et al* (1993). Mortalité et causes de deces dans la schizophrénic: revue de la litterature. *Encephale*, 19 (1), 23-28.
- WILKINSON, D. G. (1982). The suicide rate in schizophrenia. *Br J Psychiatry* ; 140:138-141.