

UM ESTUDO DO SUICÍDIO (*)

CARLOS GRADIZ*

INTRODUÇÃO

O suicídio no distrito de Beja é uma das principais causas de morte. Por sua vez este distrito tem a prevalência mais elevada do País com 40 suicídios por cada 100.000 pessoas. (1987 e 1989)

Estas constatações justificam naturalmente a abordagem deste tema que é o que iremos fazer.

Assim, o nosso objectivo consiste na generalidade em inverter esta tendência e especificamente em motivar os leitores a ajudar as pessoas em risco.

Entendemos que a saúde não é só um estado de completo bem-estar físico, mental e social como defende a perspectiva passiva da Organização Mundial de saúde. É sobretudo um processo dinâmico em que se salienta a responsabilidade individual na aplicação dos conhecimentos e técnicas provenientes das ciências biomédicas e comportamentais com vista à manutenção da saúde e à prevenção da doença. Este processo envolve o prazer de viver, implicando, por isso, um estilo de vida de responsabilidade e iniciativa pessoal que conduza a pessoa a viver no seu máximo potencial. (MULLEN et al. 1986)

Nesta perspectiva, começaremos esta série de artigos com uma panorâmica mundial e nacional do suicídio. De seguida procederemos a uma revisão

crítica dos conceitos sobre esta matéria e, da etiologia factores e métodos de estudo do suicídio. Finalmente completaremos o nosso trabalho com a apresentação de alguns resultados provenientes do método qualitativo que utilizámos: o estudo retrospectivo (autópsia psicológica).

palavra chave:

- suicídio (ou suicídio consumado)
- autópsia psicológica
- parasuicídio (ou tentativa de suicídio)

A - DADOS QUANTITATIVOS/QUALITATIVOS DO SUICÍDIO CONSUMADO PANORÂMICA MUNDIAL

Em linhas gerais e se começarmos pelas ideias de suicídio há um número, 450 vezes maior de sujeitos que têm ideias de suicídio do que o dos que pensam efectivamente em matar-se (WILMOTTE et al. 1984).

Já ALPINE (1987) afirma que se 1 por cada 100 pessoas ameaça suicidar-se, 1 em cada 10 pessoas pensa no suicídio.

Se abordarmos as estatísticas de vários países e sociedades ⁽¹⁾, verificamos que nos últimos anos houve um aumento da taxa de suicídio, sendo este aumento entre 1972 e 1984, verificado

* O primeiro de uma série

** Psicólogo do C.S. Mental de Beja

"na maior parte dos países europeus e em todos os grupos de idades" ⁽²⁾.

Para termos uma ideia de suicídio consumado mais segura a nível Mundial recorreremos essencialmente a DIEKSTRA (1989) e mais espaçadamente a STENGEL (1965) com quem vamos traçar uma panorâmica desse cometimento.

Assim, uma comparação das taxas de suicídio de 62 países no período compreendido entre 1980 e 1986 indica que o "Rank order" dos países não foi significativamente relevante e que há mais países que revelaram um aumento da taxa de suicídio (42) e apenas (20) onde a taxa referida baixou. Nos países em que houve um decréscimo dessa taxa é sugerido que ela seja o reflexo do estado de desenvolvimento e não da classificação dos procedimentos utilizados.

A variação internacional nas taxas de suicídio mostra também um "pattern" com taxas de suicídio muito mais elevadas na Europa e em países com descendentes de europeus (E.U.A., Canadá, Austrália) que nos restantes países. Mesmo na Europa há um "pattern" distinto que se traduz no facto de os países latinos apresentarem uma taxa mais baixa que os do Centro e Norte da Europa.

Entretanto no interior das sociedades mais evoluídas há uma tendência para a prevalência suicidária ser mais relevante nos meios rurais e montanhosos (JACOBSON e RENBERG 1985), (GRACIA et al. 1988), (BERATIS 1986), (FREITAS 1982) e nas zonas urbanas em áreas onde a população é mais flutuante, isto é, zonas de hotéis e bairros residenciais (STENGEL 1970).

A constatação destes factos respeitantes às diferenças na frequência de suicídio entre culturas e sociedades traduzem como nós já afirmamos, não só o estado das estruturas sócio-económicas, como também o estado de desenvolvimento geral dos países.

Uma nota particular dos levantamentos realizados por DIEKSTRA (1989) é o facto de a taxa de suicídio entre os

homens ser maior que o das mulheres **em todos os países** (o sublinhado é nosso) e **em todos os grupos de idades**.

Na maior parte dos países constata-se que a taxa de suicídio aumenta com a idade sendo a maior prevalência no grupo de pessoas com 65 anos e mais. Entretanto há um aumento contínuo da incidência suicidária entre os homens com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos e no grupo dos 25 aos 34 anos o suicídio constitui a principal causa de morte. A incidência verificada no grupo etário 15-24 anos está a aumentar mais rapidamente do que nos grupos mais velhos.

É evidente que se nos limitássemos aos dados fornecidos pelas estatísticas oficiais pouco mais poderíamos avançar em relação à panorâmica que pretendemos traçar sobre o suicídio consumado. Vamos pois recorrer aos estudos realizados com utilização de métodos qualitativos ⁽³⁾ que nos fornecem também dados importantes e determinantes do processo suicidário que referimos.

Recorremos por isso a vários autores como ALPINE (1987), CLAYTON (1988), BARRACHOUGH e SAINSBURY (1973), de quem extraímos os seguintes dados:

- Entre 1/3 e 2/3 dos suicídios verificados nos países mais evoluídos eram de pessoas que sofriam de depressões graves e aproximadamente 1/4 tinha problemas graves de alcoolismo há pelo menos 15 anos;
- Em mais de 50% dos suicídios em indivíduos com menos de 30 anos o principal diagnóstico de causa de morte foi o abuso de substâncias;
- Grande percentagem de suicídios (pelo menos mais de 40%) recorreram ao médico de clínica geral nos últimos 6 meses;

- Entre 60% a 80% dos suicidados deram sugestões a respeito das suas intenções de morte (alguns investigadores apontam 50%);
- Nos hospitais psiquiátricos a taxa de suicídio é de 3 a 5 vezes superior à da população normal;
- Mais de 84% padeciam de uma enfermidade psiquiátrica e mais de 70% tinham uma ou mais doenças;
- Mais de 30% dos suicidados depressivos cometeram tentativas de suicídio;
- Entre os que utilizam os barbitúricos como método de suicídio muitos recorrem às prescrições médicas pouco tempo antes do cometimento numa só receita;
- Entre 30% e 50% dos suicidados (homens) receberam assistência psiquiátrica nos países mais evoluídos;
- Grande parte dos suicidados são viúvos, separados, vivem só ou estão em vésperas de reforma;
- Há entre os suicidados uma baixa taxa de 5HIAA ou uma disfunção do sistema da serotonina (5-HT) (BENDZ-TRASKMAN e alg. 1988).

B - DADOS QUANTITATIVOS/PANORÂMICA NACIONAL E DO DISTRITO DE BEJA

Em Portugal, pelo menos a partir de 1975, tem-se vindo a assistir a um aumento da frequência do suicídio consumado, facto que coloca o nosso país entre os 35 países do mundo com a mais elevada taxa de suicídio.

Neste momento a taxa de suicídio no nosso país atinge um nível próximo de 10/100.000.

Descrevamos no entanto o modo como esta patologia se distribui no nosso país, com base nos dados estatísticos. Recorreremos essencialmente a FREITAS (1982) que a descreve segundo as variáveis sócio-demográficas encontradas. Assim:

- Há uma manifesta "sobresuicidade masculina" com um quociente entre as duas taxas de 2 a 4.4;
- Verifica-se naturalmente uma vulnerabilidade crescente ao risco de suicídio em função da idade, em especial a partir dos 40-49 anos, tanto nos homens como nas mulheres;
- São os viúvos, divorciados, os estados civis mais atingidos por este fenómeno no sexo masculino e, no sexo feminino, são os estados civis de viúvo e solteiro que dominam na hierarquia dos suicídios consumados;
- Em relação às profissões não existe uma informação detalhada sobre a sua distribuição a não ser a nível regional. Aqui destacamos os trabalhos realizados por SANTOS COSTA e alg. (1986). Estes constatarem através dos suicídios autopsiados (por autópsia somática) entre 1980 e 1985, que há um domínio dos rurais (4) na sua incidência (72,6%);
- Relativamente às regiões retomamos a orientação de FREITAS (1982) que conclui, pelos dados recolhidos haver em Portugal um "dualismo do desespero". Efectivamente no sul do País verifica-se uma prevalência de suicídios de cerca de 3 a 5 vezes maior do que no Norte, destacando-se no Sul do País os distritos de Beja e Faro;
- A maior frequência de suicídios ocorre na Primavera e é no Outono

no que a frequência de suicídios apresenta níveis mais baixos.

No domínio do estudo do suicídio e parasuicídio há poucos trabalhos utilizando o estudo retrospectivo e utilizando o método de autópsia psicológica apenas conhecemos COSTA SANTOS e alg. (1988). No entanto destacamos:

- Segundo CASTRO (1985) os suicídios ocorrem especialmente depois dos 50 anos e os homicídios abaixo dessa idade;
- Os suicídios na população hospitalar (Júlio de Matos) de 1958 a 1960 atingiram uma taxa de 13/1000 sendo o regime de hospitalização prolongada um dos factores de precipitação "do gesto suicida" (MENDES e FIGUEIRA 1978).

O Baixo Alentejo é como referimos a sub região do País com a mais elevada taxa de suicídio.

Por este motivo o Ministério da Administração Interna e o Ministério da Saúde através do seu departamento de Estudos e Planeamento, determinaram em 1984 que uma das prioridades no plano de Saúde para o Alentejo era o problema do suicídio. Argumentou o referido departamento na justificação do seu projecto "Estudos de Suicídio" que a sua incidência na Região Alentejana "não é conjuntural" e que a informação recolhida "deixa ver uma marcada tendência para o agravamento da taxa suicidária" (AREAL e GRADIZ 1986, p.1-3).

Comungando das preocupações do Ministério da Saúde e do Grupo de trabalho de York, lançámo-nos no primeiro estudo descritivo realizado no Distrito de Beja e desde 1981. Deste estudo extraímos alguns dados que passamos a citar:

- A maior prevalência de suicídios verifica-se entre os 60 e 70 anos (20%) e 66% dos suicidados tinham mais de 50 anos. A sua idade média foi de 56 anos;

- Em cada 4 suicídios 3 foram cometidos por homens;
- No 1º semestre do quinquénio 81-85 registaram-se 47,6% de suicídios;
- O envenenamento e o enforcamento foram os métodos utilizados por 75% dos suicidados;
- Posteriormente e reportando-nos aos anos 1986 e 1987 verificamos não só que há uma tendência para o agravamento da taxa de suicídio (35/100.000. em 81/85 e mais de 35/100.000. em 1986) como também uma tendência para baixar a média etária da sua incidência, embora esta não seja significativa (GRADIZ 1988). A taxa de suicídio dos homens era de 59/100.000 e a das mulheres de 20/100.000 (ultimamente subiu para 21.7/100.000).

NOTAS :

(1) - As estatísticas da O.M.S. são, segundo esta "a principal fonte de comparação internacional das estatísticas de Suicídio" - citado in Moron, P. ob. cit. pag 23 - Cahier de la Santé Publique, nº 35 - La Prevention du suicide, Genebre, O.M.S. (1969).

(2) - Representação Portuguesa no grupo de trabalho para a Prevenção de Práticas de suicídio e tentativas de suicídio - Resumo da acta de reunião de York de 22 a 26 de Set. 1986 (fotocópia).

(3) - Referimo-nos às autópsias psicológicas inicialmente usadas para averiguar mortes equivocadas em que a autópsia somática não conseguia determinar as causas.

(4) - Os rurais são designados pelos autores como trabalhadores indefinidos com residência predominantemente rural.