

Suicídio em Portugal: um retrato do país

Suicide in Portugal: image of the country

Alexandre Morais Nunes¹

RESUMO

Objetivo: Identificar padrões de tendências do suicídio registrado em Portugal, tendo em conta um conjunto de variáveis socioeconômicas e demográficas entre os anos 2007 e 2014, de modo a obter uma visão geral desse flagelo em Portugal. **Métodos:** Recorrendo a dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), foi analisado o suicídio segundo a categoria do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), examinando-se as incidências por gênero, faixa etária e região. **Resultados:** Os mais acometidos pelo suicídio são homens (54,8%), com idade superior a 75 anos (30,9%), e ele ocorre nas zonas economicamente mais desfavorecidas. A mortalidade por suicídio mais elevada encontra-se na região do Alentejo (12,8%). **Conclusão:** A mortalidade por suicídio continua a crescer em Portugal e varia em função do gênero e idade, sendo mais elevada nas regiões do Centro e Sul. É necessária uma estratégia de acompanhamento e de prevenção no âmbito da ação social e dos cuidados de saúde, com importantes variações regionais, e maior vigilância sobre a comercialização ilegal de armas de fogo e de pesticidas.

Palavras-chave

Óbitos por suicídio, taxas de suicídio, região, gênero, idade.

ABSTRACT

Objective: To identify patterns of suicide trends registered in Portugal, taking into account a set of socio-economic and demographic variables between the years 2007 and 2014 in order to obtain an overview of this scourge in Portugal. **Methods:** Using data from the National Institute of Statistics (INE) and the Death Certificate Information System (SICO), suicide was analyzed according to the category of ICD10 (International Classification of Diseases), the incidence by gender, age group and region. **Results:** The most affected to suicide are men (54,8%), over 75 years old (30.9%) and occurs in the more rural areas of the interior of the country that are more deprived of materials. The highest suicide mortality is found in the Alentejo region (12,8%). **Conclusion:** Mortality due to suicide continues to grow in Portugal and varies according to gender, age is highest in the Central and South regions. A strategy of follow-up and prevention in the field of social action and health care is required, with important regional variations and greater vigilance on the illegal trade in firearms and pesticides.

Palavras-chave

Deaths by suicide, suicide rates, region, gender, age.

¹ Centro de Administração e Políticas Públicas (CAPP), ISCSP, ULisboa, Lisboa, Portugal.

Recebido em
11/6/2017
Aprovado em
26/11/2017

Endereço para correspondência: Alexandre Morais Nunes
E-mail: anunes@iscsp.ulisboa.pt

DOI: 10.1590/0047-2085000000180



INTRODUÇÃO

A doença mental tem apresentado, cada vez mais, maior prevalência na população e tem gerado várias incapacidades e contribuído para o crescimento da morbidade e de mortalidade, na qual se enquadra o suicídio (causa de morte por lesão autoprovocada), que é já uma das 10 principais causas de morte de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS, em 2012, o suicídio foi responsável por uma morte a cada 40 segundos no mundo, atingindo mais de 800 mil pessoas e sendo a segunda maior causa de morte de jovens (15 a 29 anos) nos países menos desenvolvidos e infligido por ingestão de pesticida, enforcamento e armas de fogo².

O suicídio não é um problema recente. Desde o século XVIII se tem estudado o suicídio, suas causas e sua relação com doenças mentais e problemas econômicos e de integração social, sendo muitas vezes usado como forma de chamar a atenção da consciência pública³. Durante anos, foram estudados por investigadores e outros especialistas as várias causas e fatores que levam ao suicídio e que variam entre fatores sociais, culturais, biológicos (doença mental), familiares e socioprofissionais⁴.

O suicídio é um ato deliberado de autodestruição da pessoa. Trata-se de uma situação complexa que envolve o ser humano e esconde um conjunto múltiplo de fatores determinantes e explicativos. Esse fato mobilizou durante anos vários especialistas, que têm demonstrado interesse em analisar as facetas do suicídio e buscar explicações e soluções para a ação preventiva voltadas para a pessoa⁵.

Em todo o mundo foram já desenvolvidos vários estudos sobre esse flagelo mundial. A maioria dos autores concluiu que a taxa de suicídio é mais alta nos homens do que nas mulheres^{4,6}, que interpretam essa realidade como resultado da influência de teorias sociais relacionadas com o papel social do homem (provedor econômico) e da mulher (mãe, esposa e pessoa responsável pela educação e crescimento dos filhos)^{3,7}. No Brasil e em Portugal, a ocorrência de suicídios é três vezes superior nos homens⁸⁻¹⁰.

O suicídio é um fenômeno que resulta de uma variada e complexa rede de interação psicológica, biológica, genética, sociocultural e econômica¹. A maioria dos autores associa o suicídio a fatores econômicos (desemprego, baixa renda, alteração súbita de uma classe social mais alta para uma mais baixa)¹¹⁻¹⁷ e ao emprego/desemprego^{18,19}. Vários autores relacionam, ainda, o suicídio com a motivação, associando a causa a um mal-estar com a própria vida pelo fato de a pessoa não se sentir integrada na sociedade^{13,20}. Outros estudos concluíram que há influência de fatores culturais (religião), sociais/relacionais (fatores ambientais, orientação sexual não aceita, solidão, conflitos familiares, problemas no trabalho, outros conflitos interpessoais), psicológicos, de saúde mental e, ainda, da própria história familiar, que estão na origem

da ideação suicida²¹⁻²⁵. Porém, outras evidências empíricas relacionam o suicídio com o local da residência, associando maiores números às regiões do interior dos países, que são mais desertas e têm menor densidade populacional²⁶⁻²⁹.

A situação do suicídio torna-se muito mais preocupante com os dados relativos às tentativas falhadas. De acordo com as projeções da OMS, o número de suicídios tentados é mais de 20 vezes superior aos consumados. Os transtornos mentais são um elemento-chave do bem-estar individual e coletivo da população. Nos últimos anos, os problemas de saúde mental estão a aumentar no mundo, e Portugal não foi uma exceção¹.

O suicídio em Portugal representa 11,7 mortes por cada 100 mil habitantes. Embora não seja um número muito elevado em comparação com outros países, a verdade é que ele cresceu aproximadamente 22,4% nos últimos anos⁸. Essa situação, além de levar à perda da vida humana, tem impacto na sociedade e tem um aterrador efeito psicológico para os familiares, amigos e outros contatos das pessoas que cometem suicídio⁵.

Do ponto de vista epidemiológico, Portugal assistiu, desde 1970, a uma melhoria dos seus indicadores de saúde, tendo reduzido a morte por doenças relacionadas com parasitas e vírus, erradicando o sarampo, rubéola, malária, varíola, difteria e raiva humana³⁰. No entanto, desde 1980, Portugal atravessa um período de transição demográfica, com um marcado envelhecimento da população, que está cada vez mais isolada, sem uma estratégia concreta que promova um envelhecimento ativo, o que tem levado a que vários idosos estejam isolados e deprimidos e sintam que não fazem falta neste mundo³¹. Os médicos de família na atenção primária relataram que na sua experiência a depressão é acompanhada muitas vezes por sintomas ansiosos, por isso é importante que esses profissionais adquiram competências específicas para a detecção precoce das principais psicopatologias relacionadas com a ideação suicida³².

O tema do suicídio pode ser abordado de diferentes modos, sendo um dos mais usuais o recurso aos dados estatísticos oficiais da mortalidade causada por lesão autoprovocada. Esse método é defendido pela OMS, que considerou ser possível a análise das tendências dos comportamentos suicidas com base nas estatísticas oficiais dos suicídios provenientes dos países ocidentais³³.

Considerando o suicídio um importante problema de saúde pública ainda pouco estudado em Portugal, o presente estudo teve como objetivos analisar a evolução recorrendo aos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), do suicídio em Portugal entre os anos 2007 e 2014, segundo a categoria do CID-10 (Classificação Internacional de Doenças), com o objetivo de descrever o perfil das pessoas que cometem suicídio, bem como analisar a incidência de casos em função do gênero, faixa etária, região e indicadores socioeconômicos e demográficos.

MÉTODOS

Neste trabalho, realizou-se um estudo descritivo investigando-se o perfil das pessoas que cometeram suicídio por gênero, faixa etária e local de residência (por regiões) no período de 2007 a 2014. Esse período temporal retrata os dados disponíveis para a última década.

O presente estudo não focou nos registros de suicídio nas regiões autônomas dos Açores e da Madeira, pois essas prestações de saúde não estão incluídas no âmbito da reforma do Serviço Nacional de Saúde e dispõem de serviços regionais de saúde próprios.

Fonte de dados

Os dados do suicídio utilizados neste trabalho foram coletados das estatísticas da mortalidade do Instituto Nacional de Estatística (INE), da base de dados da Direção-Geral da Saúde (DGS) e do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO). Para descrever os indicadores regionais, recorreu-se a estatísticas da população e dados socioeconômicos coletados do INE, dos Censos Demográficos e da base de dados regional PORDATA (municípios).

Na coleta dos dados, foram consideradas como suicídio todas as lesões autoprovocadas que resultam na morte do próprio indivíduo, de acordo com a CID, 10ª revisão (códigos X10)³⁴.

Modelo de análise

Neste trabalho, apresentam-se as principais causas de suicídio em Portugal. Foi avaliada a incidência de suicídio na população em geral, por gênero, grupo etário e região do local de residência. Depois, analisaram-se as relações existentes entre os resultados obtidos por região com um conjunto de indicadores demográficos e socioeconômicos.

Como indicadores demográficos, foi selecionado, em cada uma das regiões, para o primeiro e último ano do estudo (2007 e 2014, respectivamente), o índice de envelhecimento que corresponde ao número de habitantes existentes com 65 anos e mais a cada 100 pessoas com idade compreendida entre 0 e 15 anos. Ou seja, representa a relação entre a população idosa e a população jovem. Relativamente às variáveis sociais, escolheu-se a taxa de analfabetismo que se refere ao percentual de pessoas com idade superior a 15 anos que não sabem nem ler nem escrever no seu idioma.

ma. Como indicadores econômicos, recorreu-se ao total de população com baixa renda (até meio salário mínimo) que sobrevive com benefícios da seguridade social (rendimentos sociais) e à taxa de desemprego, que representa a proporção da população que não tem trabalho remunerado, mas que está disponível para trabalhar.

Todas as variáveis mencionadas foram selecionadas com base na revisão da literatura e no encontro da informação disponível no INE. É de destacar que a estatística portuguesa dispõe do coeficiente de Gini apenas no âmbito nacional, e não por regiões. Esse coeficiente, de acordo com a literatura, seria um bom comparador.

A fim de identificar as principais causas de suicídio no país, foram calculadas as proporções de acordo com os números disponíveis nos sistemas de informação e integrados nas categorias da CID-10 para o ano 2014.

RESULTADOS

Em Portugal, a evolução da taxa de suicídio no período de 2007 a 2014 iniciou-se com uma tendência crescente, que se agravou a partir do ano de 2010. A Tabela 1 apresenta os principais dados estatísticos dos indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (o suicídio).

O número de óbitos na população portuguesa por suicídio cresceu cerca de 21,2% entre os anos de 2007 e 2014, aumentando a taxa bruta de mortalidade por suicídio de 9,5/100.000 habitantes para 11,7/100.000 habitantes. Os números da viragem (passando um milhão de casos) ocorreram após o ano 2010 (ano em que se começaram a sentir os efeitos de uma crise que se prolongou até 2015).

A taxa de mortalidade padronizada global por suicídio, entre 2007 e 2014, variou entre os valores de 7,5/100.000 e 8,9/100.000 habitantes e os pontos máximos de suicídio se registram entre os anos de 2010 (1.049 suicídios) e 2014 (1.154 suicídios). Esses anos estão associados a uma conjuntura nacional de crise econômico-financeira, marcada por baixo rendimento das famílias, desemprego, austeridade e perda do poder de compra.

O perfil das pessoas que cometem suicídio em Portugal também varia segundo a causa, o gênero, a idade e a região de residência.

Tabela 1. Indicadores de mortalidade relativos ao suicídio em Portugal Continental, entre 2007 e 2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de óbitos	952	976	957	1.049	951	1.015	1.006	1.154
Taxa bruta de mortalidade	9,5	9,7	9,5	10,4	9,5	10,1	10,1	11,7
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	7,7	7,6	8,1	7,5	7,8	7,8	8,9

Taxas por 100.000 habitantes – Códigos da CID: X60-X84. Fonte: Instituto Nacional de Estatística³.

Causas

As causas do suicídio em Portugal foram, ao longo dos anos, contabilizadas em registro manual. Nesse procedimento existiam muitos registros que atribuíam a classificação “outras causas”, o que inviabilizava a correta análise dos dados. Contudo, desde a implementação do sistema eletrônico de informação para a certificação dos óbitos, deixou de ser possível encerrar o atestado de óbito sem atribuir uma causa concreta.

Dados de 2014 mostram que 9,2% dos óbitos por suicídio decorreram de autointoxicação, enquanto 90,8% foram por lesão autoprovocada.

Tabela 2. Percentual de suicídios por causa e por sexo, entre 2007 e 2014

	H	M	Total
Enforcamento, estrangulamento e sufocação	54,8%	36,9%	50,7%
Meios não especificados	11,0%	14,9%	11,9%
Disparo de arma de fogo	11,5%	2,1%	9,3%
Autointoxicação	6,7%	17,8%	9,2%
Precipitação de um lugar elevado	6,8%	12,0%	8,0%
Afogamento e submersão	5,2%	12,9%	6,9%
Outros meios específicos	4,1%	3,3%	3,9%

Fonte: Instituto Nacional de Estatística⁴.

Do total de suicídios por lesão autoprovocada, 50,7% foram por enforcamento, estrangulação ou sufocação, 11,9% por meios não especificados, 9,3% por disparo de arma de fogo e 8,0% por precipitação de um lugar elevado. Entre os suicídios autocometidos em homens, predomina, com 54,8%, o enforcamento, seguindo-se com 11,5% o disparo de arma de fogo. No caso das mulheres, predomina o enforcamento, com 36,9%, e em seguida a autointoxicação, com 17,9%, estando o disparo com arma de fogo em último lugar, com 2,1% dos casos.

Gênero

Além das causas de morte por suicídio variarem entre homem e mulher, também as taxas de mortalidade por suicídio são diferentes (Tabela 3).

Os homens têm em Portugal, tal como verificado na revisão da literatura, maior tendência ao suicídio. No período de tempo analisado, a porcentagem de suicídio nos homens cresceu 21,8%, passando de um total de 11,9 para 14,5 sui-

cídios em 100.000 habitantes. No caso das mulheres, o aumento foi de 10,3%, crescendo de 3,9 para 4,3 suicídios em 100.000 habitantes. No entanto, em média, o suicídio ocorre 3,75 vezes mais frequentemente entre homens do que entre mulheres (registrando-se em 2012 um pico de 4,7 vezes mais).

Grupo etário

Sendo Portugal um país que atravessa um período de transição demográfica, para a promoção da prevenção do suicídio, é importante avaliar a distribuição da taxa de mortalidade por suicídio tendo em conta a idade das vítimas. A Figura 1 mostra os dados evolutivos para esse indicador.

Na análise dos dados estatísticos sobre a mortalidade por lesão autoprovocada em Portugal, não se consideram os casos de óbitos de crianças com idade inferior a 15 anos, devido à sua raridade. Por esse mesmo motivo, também não foram aqui consideradas essas faixas etárias.

Em todo o período analisado, a tendência da taxa de mortalidade por suicídio aumenta com a idade. Ou seja, em 2014 os valores mais elevados se localizam no grupo das pessoas com mais de 75 anos (30,9), seguindo-se o grupo com idade compreendida entre os 65 e 74 anos (16,9), o grupo dos adultos que estão chegando à aposentadoria (15,9), o grupo dos 45 a 54 anos (14,5), o grupo dos 35 a 44 anos (10,1), o grupo dos 25 a 34 anos (6,7) e, finalmente, o grupo dos 15 a 24 anos (2,8).

Em termos da sua variação, entre 2007 e 2014, a taxa de mortalidade por suicídio registrou aumento da taxa de suicídio em todas as faixas etárias:

- 15 a 24 anos: apresentou um pico em 2010, tendo em 2014 se aproximado dos valores de 2007;
- 25 a 34 anos: apresentou um pico em 2014, tendo ficado 1,6% acima da taxa de 2007;
- 35 a 44 anos: apresentou um pico em 2010 (9,4%) e em 2014 (10,1% - 3,5% acima da taxa de 2007);
- 45 a 54 anos: apresentou um pico em 2009 e em 2014 (14,5% - 3,3% acima da taxa de 2007);
- 55 a 64 anos: apresentou um pico em 2014 (15,9% - 3,9% acima da taxa de 2007);
- 65 a 74 anos: apresentou um pico em 2008, tendo em 2014 apresentado uma taxa abaixo da registrada em 2007 (-1,8%);
- 75 anos e mais: apresentou um pico em 2010, tendo em 2014 apresentado uma taxa abaixo da registrada em 2007 (-1,6%).

Tabela 3. Taxa de mortalidade por suicídio por sexo, entre 2007 e 2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taxa de mortalidade (homens)	11,9	12,6	12,8	13,2	12,6	13,6	13	14,5
Taxa de mortalidade (mulheres)	3,9	3,5	3,1	3,9	3,2	2,9	3,4	4,3
Razão (taxa de mortalidade homens/mulheres)	3,05	3,6	4,1	3,4	3,9	4,7	3,8	3,4

Taxas por 100.000 habitantes – Códigos da CID: X60-X84. Fonte: Instituto Nacional de Estatística⁴.

Diferenças regionais

De acordo com Machado e Santos³⁵, “não seria possível tratar a mortalidade por suicídio como um fenómeno único no país” (p. 35). Assim, considera-se relevante, em Portugal, abordar também a questão regional, verificando as diferentes realidades em cada uma das cinco regiões.

A taxa de mortalidade por suicídio está crescendo em todas as regiões do país, com exceção da região do Alentejo e do Algarve, devido a uma intervenção no ano 2007, por serem regiões que apresentavam mais do dobro da média das restantes:

- Na região Norte, a taxa de mortalidade duplicou, passando de 3,7 para 7,6 suicídios por 100.000 habitantes;

- Na região Centro, a taxa de mortalidade cresceu 23,1%, passando de 7,8 para 9,6 suicídios por 100.000 habitantes;
- Na região de Lisboa, a taxa de mortalidade cresceu 15,1%, passando de 7,3 para 8,4 suicídios por 100.000 habitantes;
- Na região do Alentejo, a taxa de mortalidade desceu 42,2%, passando de 18,2 para 12,8 suicídios por 100.000 habitantes;
- Na região do Algarve, a taxa de mortalidade cresceu 30,6%, passando de 17,3 para 12,0 suicídios por 100.000 habitantes.

No entanto, apesar das variações registradas em 2014, as tendências de evolução mantêm-se. A maior incidência em

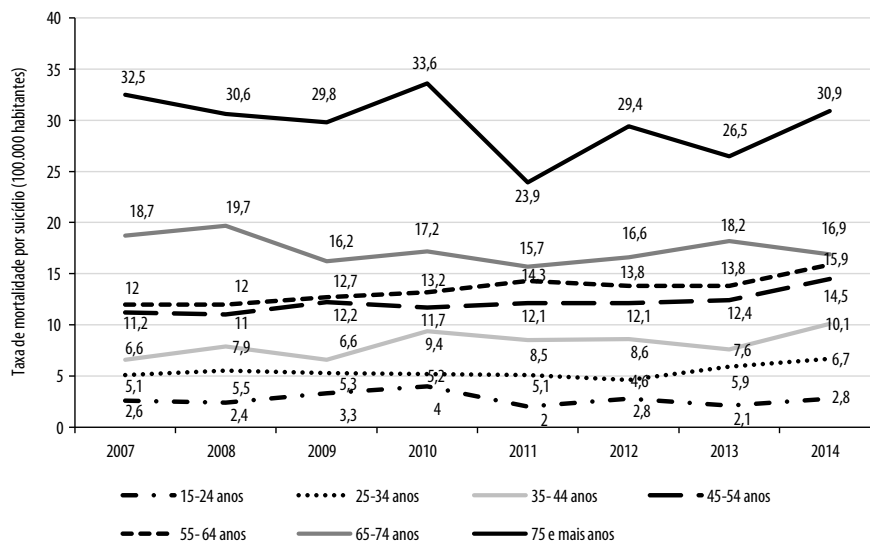


Figura 1. Taxa de mortalidade por suicídio por faixa etária, entre 2007 e 2014. Taxas por 100.000 habitantes – Códigos da CID: X60-X84. Fonte: Instituto Nacional de Estatística⁸.

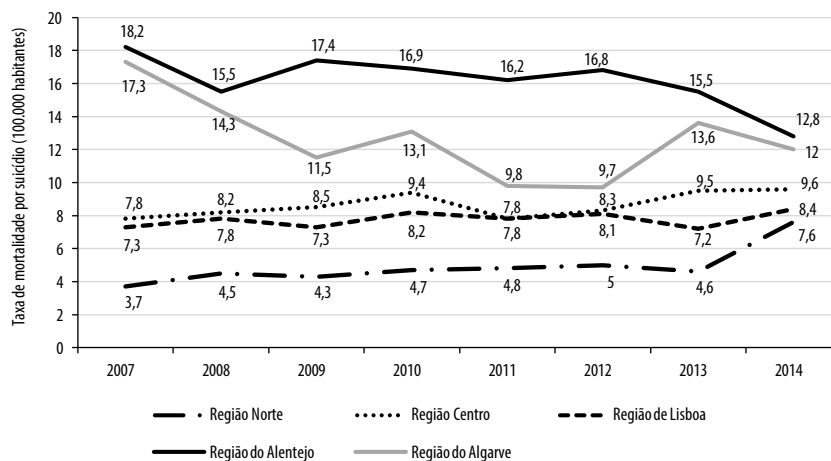


Figura 2. Taxas de mortalidade por suicídio por região, entre 2007 e 2014. Taxas por 100.000 habitantes – Códigos da CID: X60-X84. Fonte: Instituto Nacional de Estatística⁸.

todos os anos ocorre na região do Alentejo (12,8), seguindo-se o Algarve (12,0), zona Centro (9,6), Lisboa (8,4) e, por último, a região Norte (7,6).

Sendo a região do Alentejo a que em todo o período de tempo apresentou a mais elevada incidência de suicídio, tem havido atenção prioritária nas medidas de prevenção nacional, que têm apresentado efeito significativo na redução verificada quando comparados os anos de 2007 e 2014.

A identificação exclusiva dos fatores de risco de cada pessoa, embora seja importante para compreender os fatores individuais que estão na base do ato do suicídio, consegue explicar as variações regionais das taxas de suicídio. Contudo, assim como a tendência da mortalidade por suicídio variou regionalmente, também ocorreram mudanças demográficas e socioeconômicas ao longo do período estudado. Na Tabela 4, apresentam-se os dados dos principais indicadores socioeconômicos e demográficos locais que podem ter impacto na vida das pessoas.

Essa análise torna-se importante para orientar programas de proteção e prevenção da ocorrência:

- As regiões Norte e de Lisboa são semelhantes em todos os indicadores, desatacando-se que a região de Lisboa foi a que menos aumentou a taxa de suicídio e é a que apresenta a mais baixa taxa de desemprego. Em oposição, verificou-se um crescimento em dobro da taxa de suicídio na região Norte, muito associado a um crescimento significativo do desemprego nessa região;
- A região do Alentejo é a que apresenta a maior taxa de suicídio do país em ambos os anos e, simultaneamente, é a mais envelhecida, a que tem maior taxa de analfabetismo e a que tem mais pessoas com baixa renda. No entanto, registrou uma redução na taxa de suicídio entre 2007 e 2014 (-5,4%) devido aos es-

forços realizados no acompanhamento dessa população (por exemplo, o desenvolvimento de equipes móveis integradas nas unidades de atenção primária, destinadas a dar apoio domiciliar aos residentes);

- A região do Centro, apesar de também ser uma região envelhecida e a segunda com maior número de analfabetos, é a que tem a menor porcentagem de população com baixa renda. Aqui também se registrou crescimento da taxa de suicídio (+1,8%), com aumento de praticamente o dobro da taxa de desemprego;
- Em oposição, a região do Algarve, a segunda com maior taxa de suicídio, tem um índice de envelhecimento inferior ao da região do Alentejo e Centro, mas apresenta a terceira taxa de analfabetismo mais alta. Porém, a taxa de suicídio reduziu 5,3%, mesmo com o aumento da taxa de desemprego, devido aos esforços realizados no acompanhamento dessa população (região prioritária do Plano de Prevenção do Suicídio realizado pela DGS).

Com base no exposto, verifica-se que há relação entre as taxas de suicídio mais elevadas e os indicadores socioeconômicos apresentados, nomeadamente a taxa de desemprego.

Finalmente e para demonstrar outra consequência do suicídio para a sociedade, apresentam-se os resultados em termos dos anos de vida potencialmente perdidos.

Anos de vida potencialmente perdidos por suicídio

Os valores dos anos de vida potencialmente perdidos, acompanham os dados da evolução da taxa de suicídio apresentados na Tabela 5.

No entanto, analisando o indicador, verifica-se que em Portugal os anos de vida potencialmente perdidos são cal-

Tabela 4. Indicadores sociais, econômicos e demográficos, entre 2007 e 2014

	Taxa de suicídio (100.000 habitantes)		Índice de envelhecimento		Densidade populacional (hab/km ²)		Taxa de analfabetismo		% Beneficiários de rendimentos sociais		Taxa de desemprego	
	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014	2007	2014
Região Norte	3,7	7,6	102,2	128,7	174,7	170,1	4,50%	4,54%	3,3%	3,8%	9,3	14,8
Região Centro	7,8	9,6	148,0	173,6	83,2	80,3	5,79%	5,86%	2,1%	2,7%	5,4	10,6
Região de Lisboa	7,3	8,4	112,3	127	945,8	931,7	2,95%	2,89%	3,0%	2,9%	8,4	14,9
Região do Alentejo	18,2	12,8	170,9	183,6	24,3	23,2	8,61%	8,76%	3,2%	5,3%	8,0	14,3
Região do Algarve	17,3	12,0	119,1	135,6	87,0	88,4	5,02%	4,89%	2,5%	5,0%	6,7	14,5

Fonte: Instituto Nacional de Estatística³⁶.

Tabela 5. Anos de vida potencialmente perdidos por suicídio, entre 2007 e 2014

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Número de anos de vida potencialmente perdidos	13.763	14.410	14.753	14.273	13.158	13.178	12.965	15.590

Taxas por 100.000 habitantes – Códigos da CID: X60-X84. Fonte: Instituto Nacional de Estatística³.

culados pelo INE tendo como referência os 70 anos de idade. Acontece que, de acordo com fonte do mesmo instituto, a esperança média de vida é já de 77,2 anos para homens e de 80,2 para mulheres.

DISCUSSÃO

Em Portugal, no período estudado, registraram-se as mais elevadas taxas de suicídio. Esse crescimento ocorreu num período simultâneo com uma crise socioeconômica mundial iniciada em 2008. No caso português, a crise financeira iniciou-se de modo mais modesto no ano de 2008, tendo-se agravado pelas tendências dos mercados que desconfiaram de Portugal, até que no ano de 2011 foi necessário um resgate pelo Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia. Esse foi o terceiro pedido de ajuda externa na história de Portugal (o primeiro ocorreu em 1977 e o segundo no ano de 1983)³⁷⁻⁴¹.

No período em análise, a taxa de mortalidade por suicídio cresceu, atingindo um valor máximo em 2014 (11,7 em 100.000 habitantes).

Mais de metade dos suicídios (50,7%) na população portuguesa são devidos a enforcamento, estrangulamento e sufocação, seguindo-se as intoxicações no caso das mulheres e o disparo de arma de fogo nos homens. Em 2010, destaca-se que a utilização de arma de fogo, a autointoxicação e o afogamento e submersão atingiram proporções mais elevadas nesse período, com 13,2%, 9,1% e 5,8% do total dos suicídios. Uma tendência oposta seguiu o recurso à precipitação de um lugar elevado para consumir o suicídio, que atingiu a proporção máxima em 2014, com um total de 6,8%.

O conhecimento das causas do óbito por suicídio permite orientar os planos de intervenção voltados à população no âmbito da prevenção e permite igualmente definir estratégias mais eficazes.

A parcela de óbitos relacionada com enforcamento e a precipitação de lugares elevados são exemplos de métodos em que não é necessária a aquisição de meios específicos, pois os utensílios utilizados fazem parte de rotinas, por isso são mais difíceis de controlar. Porém, o óbito por armas de fogo está crescendo com o aumento da venda de armas ilegais ou atribuição de licença de caça. Vários trabalhos apontam que a opção do suicídio por arma de fogo está ligada ao fácil acesso a uma arma⁴².

Em concordância com a revisão da literatura realizada^{5,43,44}, a análise da tendência das taxas de suicídio por sexo realizadas neste trabalho permite concluir que o suicídio ocorre com maior frequência nos homens, numa proporção de 3:1 relativamente ao sexo feminino. Uma das justificativas para esse fato pode estar relacionada com o maior consumo de álcool e substâncias psicotrópicas no homem ou com o

maior acesso e lida com materiais que podem ser utilizados no enforcamento e com armas de fogo. As mulheres têm maior facilidade em lidar e se adaptar a novas situações e hesitam mais dado o seu papel normativo na sociedade e a sua ligação a práticas religiosas e a educação dos filhos⁴⁴⁻⁴⁶.

São os maiores de 65 anos que mais morrem por suicídio em Portugal em todos os anos analisados neste trabalho. Em 2014, a taxa de suicídio no grupo etário dos 65 aos 74 anos foi de 16,9 para cada 100.000 habitantes e nas pessoas com mais de 75 anos foi de 30,9 para cada 100.000 habitantes. No entanto, comparando com o ano de 2007, o maior crescimento do suicídio ocorreu nas pessoas com idade compreendida entre 55 e 64 anos e nos adultos com 35 a 44, com 3,9% e 3,5% de aumento, respectivamente. Esses resultados estão em concordância com a literatura, que demonstrou que as maiores taxas de suicídio estão entre os mais idosos e que se verifica um aumento da taxa na população em idade ativa^{5,46}.

Em Portugal, verificam-se diferenças na mortalidade por suicídio nas cinco regiões do país. As taxas mais elevadas encontram-se no sul do país e na região Centro e a menor na região Norte, o que já se verificava, de acordo com a literatura, na década de 1990 e no ano de 2000⁴⁷.

Em todo o país, o Alentejo é a região com a mais elevada incidência do suicídio. Essa é uma região muito envelhecida, que foi objeto de um plano de intervenção, no início deste século, que promoveu o desenvolvimento de equipes móveis integradas nas unidades de atenção primária, destinadas a dar apoio domiciliar aos residentes mais isolados, particularmente em zonas de alta dispersão habitacional e densidade populacional muito baixa. Esse programa, em conjunto com outros de apoio social, teve efeitos positivos que ocorreram com a redução de 29,7% da taxa em sete anos (2007 a 2014).

A região do Algarve, região turística mais conhecida de Portugal, é a segunda zona com maior taxa de suicídios no país, mais por problemas económicos (baixa renda e desemprego). Por esse motivo, tem sido alvo de atenção especial e prioritária do Plano de Prevenção do Suicídio realizado pela Direção Geral da Saúde⁴⁸.

Ao encontro da revisão da literatura internacional⁴⁹⁻⁵¹, as regiões de Portugal com maior proporção de analfabetos têm tendência de aumento do número de suicídios. De acordo com a literatura, poderá existir relação entre os problemas de baixa autoestima e a ideação suicida⁵².

Apesar disso, essas regiões coincidentemente são as que têm maior número de pessoas de baixa renda e maior número de desempregados, o que vai também ao encontro do referido na literatura⁵³, que destaca uma forte relação entre suicídio e dificuldades económicas. No entanto, no caso particular da crise financeira que se iniciou em Portugal nos anos 2010/2011 e que levou a um resgate financeiro liderado pelo Fundo Monetário Internacional, Comissão Europeia e Banco

Central Europeu, não há estudos na literatura que comprovem a relação de causalidade entre essa crise e o crescimento da taxa do suicídio, que, até então, estava a reduzir. Contudo, pode-se constatar que nas regiões com mais problemas sociais e econômicos existe maior tendência ao suicídio⁵⁴.

Como referido, o suicídio em Portugal foi sempre uma preocupação da política de saúde do país, nomeadamente na região do Alentejo, onde o programa de prevenção tinha como objetivos:

- Identificar casos problemáticos, sinalizando as pessoas idosas e aquelas que vivem sozinhas;
- Promover a visita domiciliar e a integração em grupos na sociedade local promovidos pelas prefeituras;
- Fazer um monitoramento da saúde física e mental nas unidades de saúde de proximidade (atenção primária);
- Melhorar a rede de apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária⁴⁸.

Além dos idosos, o plano português para a prevenção do suicídio tem definida uma estratégia com os profissionais de saúde, os adolescentes, a população prisional, as forças de segurança, o grupo de lésbicas, gays, bissexuais e transexuais/transgêneros e as pessoas com deficiência⁴⁸.

Limites do estudo

O presente estudo teve como principal limite o acesso a dados mais detalhados sobre a causa da morte por suicídio (exemplo autointoxicação), pois não estão disponíveis à população, o que se compreende pelo fato de poder incentivar algumas pessoas a uma tentativa de suicídio. Também foi uma limitação a alteração do sistema de informação de certificação de óbitos, com a implementação de um sistema eletrônico – SICO –, que introduziu alterações metodológicas em relação às contabilizações anteriores. Outra limitação foi a falta de estudos portugueses recentes sobre o suicídio, daí a importância deste trabalho.

CONCLUSÃO

O suicídio é uma realidade que em todo o mundo tem gerado elevadas taxas de mortalidade, sendo já uma das 10 principais causas de morte.

Com este estudo, concluiu-se que o padrão de suicídio em homens e mulheres evoluiu de forma diferente nos últimos anos (varia em função do gênero) e encontrou-se uma possível relação com o envelhecimento, a região de residência, a privação de bens (zonas mais isoladas, rurais), o analfabetismo, a baixa integração social, a baixa renda e outros problemas econômicos como o endividamento das famílias, o crescimento do desemprego, o crescimento da migração da população ativa (força de trabalho) e as restrições no apoio social.

A mortalidade por suicídio continua a crescer em Portugal e é mais elevada nas regiões do Centro e Sul. Os resultados agora demonstrados neste trabalho reforçam a necessidade da implantação prática de medidas que visem à maior vigilância do comércio de armas de fogo e de pesticidas, bem como à promoção de políticas públicas para melhorar a prevenção do suicídio na população portuguesa, nomeadamente nas faixas etárias em que se registram tendências de crescimento. Contudo, a luta contra esse fenômeno complexo que é o suicídio implica interações e sinergias intersectoriais, multiculturais e multiprofissionais, em que a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada. Por isso, considera-se necessário implementar, em Portugal, campanhas de informação e sensibilização, maior acompanhamento por profissionais de saúde da rede de atenção primária, mais intervenção das prefeituras para a redução das barreiras que promovem o isolamento e a aposta no desenvolvimento de parcerias sociais para integrar as pessoas isoladas.

CONTRIBUIÇÕES INDIVIDUAIS

O autor realizou a concepção e desenho do estudo, análise, interpretação dos dados, bem como a elaboração do artigo, com a revisão crítica de seu conteúdo intelectual, assim, aprovando a sua versão final a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Impact of economic crises on mental health. Copenhagen: WHO; 2011.
2. World Health Organization (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Luxembourg: WHO; 2014.
3. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
4. Kposowa AJ, McElvain JP. Gender, place, and method of suicide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(6):435-43.
5. Saraiva CB, Peixoto B, Sampaio D. Suicídio e comportamentos autolesivos: dos conceitos à prática clínica. Lisboa: Lidel; 2014.
6. Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28(1):1-23.
7. Möller-Leimkühler AM. The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2003;253(1):1-8.
8. Instituto Nacional de Estatística (INE). Estatísticas demográficas – taxa de mortalidade padronizada. Lisboa: INE; 2015.
9. Lovisi GM, Santos SA, Legay L, Abelha L, Valencia E. Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(Supl 2):86-93.
10. Meneghel SN, Victora CG, Faria NM, Carvalho LA, Falk JW. Características epidemiológicas do suicídio no Rio Grande do Sul. *Rev Saúde Pública.* 2004;38(6):804-10.
11. Burrows S, Auger N, Gamache P, St-Laurent D, Hamel D. Influence of social and material individual and area deprivation on suicide mortality among 2.7 million Canadians: a prospective study. *BMC Public Health.* 2011;11:577.

12. Kim MH, Jung-Choi K, Jun HJ, Kawachi I. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. *Soc Sci Med*. 2010;70(8):1254-61.
13. Murali V. Poverty, social inequality and mental health. *Adv Psychiatr Treat*. 2004;10:216-24.
14. Rezaeian M, Dunn G, St Leger S, Appleby L. Do hot spots of deprivation predict the rates of suicide within London boroughs? *Health Place*. 2007;13(4):886-93.
15. Stark C, Hopkins P, Gibbs D, Belbin A, Hay A. Population density and suicide in Scotland. *Rural Remote Health*. 2007;7(3):672.
16. Sampson RJ. The neighborhood context of well-being. *Perspect Biol Med*. 2003;46(3 Suppl):S53-64.
17. Robert SA. Socioeconomic position and health: the independent contribution of community socioeconomic context. *Ann Rev Soc*. 1999;25(1):489-516.
18. Andrés AR, Halicioglu F. Determinants of suicides in Denmark: evidence from time series data. *Health Policy*. 2010;98(2-3):263-9.
19. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012:1-7.
20. Ferretti F, Coluccia A. Socio-economic factors and suicide rates in European Union countries. *Leg Med (Tokyo)*. 2009;11 Suppl 1:S92-4.
21. Patel V, Lund C, Hatherill S, Plagerson S, Corrigan J, Funk M, et al. Mental disorders: equity and social determinants. In: Blas A, Kurup AS, editors. *Equity, social determinants and public health programs*. Geneva: WHO press; 2010.
22. Ceccherini-Nelli A, Priebe S. Economic factors and suicide rates: associations over time in four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(10):975-82.
23. Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009;68(7):1322-31.
24. Derek Cheung YT, Spittal MJ, Williamson MK, Tung SJ, Pirkis J. Predictors of suicides occurring within suicide clusters in Australia, 2004-2008. *Soc Sci Med*. 2014;118:135-42.
25. Milner A, McClure R, De Leo D. Socio-economic determinants of suicide: an ecological analysis of 35 countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(1):19-27.
26. Agerbo E, Sterne JA, Gunnell DJ. Combining individual and ecological data to determine compositional and contextual socio-economic risk factors for suicide. *Soc Sci Med*. 2007;64(2):451-61.
27. Diez Roux AV, Mair C. Neighborhoods and health. *Ann N Y Acad Sci*. 2010;1186:125-45.
28. Page A, Morrell S, Taylor R, Dudley M, Carter G. Further increases in rural suicide in young Australian adults: secular trends, 1979-2003. *Soc Sci Med*. 2007;65(3):442-53.
29. World Health Organization (WHO). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: WHO; 2008.
30. Sepodes B, Mota-Filipe H. Rare diseases and orphan drugs. *Acta Farmacêutica Portuguesa*. 2013;2(1):59-63.
31. Nunes AM. Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Rev Kairós Gerontol*. 2017;20(1):133-54.
32. Saraiva C. *Depressão e suicídio: um guia clínico nos cuidados de saúde primários*. Lisboa: Lidel; 2014.
33. Sampaio D. *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho; 1991.
34. World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases: ICD-10*. Geneva: WHO; 1992.
35. Machado DB, Santos DN. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. *J Bras Psiquiatr*. 2015;64(1):45-54.
36. Instituto Nacional de Estatísticas (INE). *Estatísticas da população portuguesa*. Lisboa: INE; 2016.
37. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-331.
38. Santana P, Costa C, Cardoso G, Loureiro A, Ferrão J. Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health Place*. 2015;35:85-94.
39. Augusto GF. Mental health in Portugal in times of austerity. *Lancet Psychiatry*. 2014;1(2):109-10.
40. Baumbach A, Gulis G. Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):399-403.
41. Carneiro A, Portugal P, Varejão J. Catastrophic job destruction during the portuguese economic crisis. *J Macroecon*. 2014;39:444-57.
42. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373(9672):1372-81.
43. Marín-León L, Barros MBA. Mortes por suicídio: diferenças de género e nível socio-económico. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(3):357-63.
44. Li Z, Page A, Martin G, Taylor R. Attributable risk of psychiatric and socio-economic factors for suicide from individual-level, population-based studies: a systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(4):608-16.
45. Durkheim E. *O Suicídio – Estudo Sociológico*. 4ª ed. Lisboa: Presença; 1987.
46. Erlangsen A, Jeune B, Bille-Brahe U, Vaupel J. Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*. 2004;33(4):378-83.
47. Campos M, Leite S. O suicídio em Portugal nos anos 90. *Rev Estudos Demográficos*. 2002;32:81-106.
48. Direção-Geral da Saúde/Programa Nacional de Saúde Mental. *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2012.
49. Stack S. Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide Life Threat Behav*. 2000;30(2):145-62.
50. Desaulniers J, Daigle MS. Inter-regional variations in men's attitudes, suicide rates and sociodemographics in Quebec (Canada). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(6):445-53.
51. Stevović LI, Jašović-Gašić M, Vuković O, Peković M, Terzić N. Gender differences in relation to suicides committed in the capital of Montenegro (Podgorica) in the period 2000-2006. *Psychiatr Danub*. 2011;23(1):45-52.
52. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, de Vries NK. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*. 2004;19(4):357-72.
53. Sakellarides C, Castelo-Branco L, Barbosa P, Azevedo H. The impact of the financial crisis on the health system and health in Portugal. Copenhagen: World Health Organization; 2014.
54. Bourgoin N. *Suicide et activité professionnelle*. Population. 1999;54(1):73-101.