

Filipa Carvalho

Artigo de Revisão Bibliográfica: do Mestrado Integrado em Medicina submetido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS-UP).

Ano letivo: 2014/2015.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sara Moreira, Médica Especialista em Psiquiatra, Assistente Hospitalar Graduada do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade de Psiquiatria de Ligação, Centro Hospitalar do Porto (CHP), Hospital de Santo António (HSA), Assistente da Unidade Curricular de Psiquiatria e Saúde Mental no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS-UP).

Co-orientadora: Dr.^a Margarida Branco, Psicóloga Clínica, Técnica Superior no Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental, Unidade de Psiquiatria de Ligação, Centro Hospitalar do Porto (CHP), Hospital de Santo António (HSA).

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº228, 4050-313 Porto.

Correspondência: filipacarvalho.fc@gmail.com

Índice	Página
Resumo	4
Palavras-chave	4
Abstract	5
Keywords	5
Introdução	6-9
Metodologia	10
Resultados	11-22
Discussão	23-36
Considerações finais	37-38
Referências Bibliográficas	39-42
Agradecimentos	43

Abreviaturas

ACeS: Agrupamentos de Centros de Saúde

APVP: Anos Potenciais de Vida Perdidos

CSP: Cuidados de Saúde Primários

DALY: Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (*Disability Adjusted Life Years*)

DDD: Dose Diária Definida de um Fármaco

DEO: Documento de Estratégia Orçamental

DHD: Dose Diária Definida de um Fármaco por 1000 habitantes

DPOC: Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EUA: Estados Unidos da América

IMLCF: Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses

LVT: Lisboa e Vale do Tejo

OCDE: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

PNPS: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

REC: Regimes Especiais de Participação

SICO: Sistema de Informação de Certificados de Óbito

SIDA: Síndrome Imunodeficiência Adquirida

SNS: Serviço Nacional de Saúde

SPS: Sociedade Portuguesa de Suicidologia

UE: União Europeia

USF: Unidade de Saúde Familiar

VIH: Vírus Imunodeficiência Humana

YLD: Anos de Vida com Incapacidade (*Years Lived with Disability*)

YLL: Anos de Vida Perdidos (*Years of Life Lost*)

Resumo

A crise económica que se instalou no mundo com início a partir de 2008, e a sua repercussão na recente evolução económica em Portugal, têm determinado um sentimento de crise social praticamente generalizado, onde se acentuam as diferenças sociais e os indivíduos correm o risco de perder o seu bem-estar psíquico.

Mais do que o afastamento dos extremos sociais, com os mais pobres a acentuarem-se, em carência e em número, e os mais ricos a ostentarem, são os efeitos da crise na denominada classe média que ameaçam a sua estruturação devido à sobrecarga fiscal, de que são os principais alvos, e o risco de perda de emprego em função da instabilidade das empresas. Daqui resulta também o agravamento das condições de sobrevivência do denominado “Estado Social” tal como foi conhecido nos últimos 20 anos.

O clima laboral agrava-se, com a competitividade erigida como valor supremo, sem olhar ao stresse que acarreta, propiciando o florescer do individualismo e o desenraizamento social de muitos.

Ficam assim criadas as condições para o aumento das perturbações mentais de diversos tipos e, naturalmente, para o aumento do risco de suicídio.

De forma não surpreendente, ocorreram incrementos significativos nos níveis de desemprego, pobreza e exclusão social, consumo de psicofármacos, e taxas de suicídio.

Acresce que, nestas condições, aumentam as despesas com a saúde mental e o consumo de cuidados de saúde, clamando por uma melhor disponibilidade dos cuidados básicos e uma adequada articulação com os cuidados especializados. Ora, se isto já não estava a ser fácil de conseguir, com o agravar das pressões mais difícil se torna, quando as necessidades aumentam e as disponibilidades em recursos humanos e financeiros se reduzem.

O suicídio, em particular, é um fenómeno complexo, influenciado por diversos fatores.

Contudo, sabe-se que a forma como a sociedade o percebe tem um grande impacto na sua prevenção, pelo que é essencial diminuir o estigma em relação às perturbações mentais e aumentar o conhecimento sobre os comportamentos da esfera suicidária.

Por outro lado, é crucial sensibilizar os profissionais de saúde para estarem alerta, de forma a que os casos de risco de suicídio sejam diagnosticados e orientados atempadamente.

A implementação do Programa Nacional de Prevenção do Suicídio, é mais um importante passo neste processo de prevenção, que se espera seja frutífero num futuro próximo.

Palavras-chave: suicídio, crise económica, desemprego, pobreza, psicofármacos.

Abstract

The burst of the economic crisis around the world in 2008, and the recent evolution of Portugal's economic situation, have determined a social crisis, in which social differences have been clearly noted, and individuals may lose their well-being.

More than the distance between the social extremes, with the poor becoming poorer, and the rich becoming richer, the effects of the economic crisis threaten particularly those in the middle, and the maintainance of the "Social State" as we have known for 20 years.

The labour market gets wild, with competition raised to its highest level, regardless of the stress levels that it takes, encouraging individualism and social disconnection.

The conditions for the increase in mental disorders and suicide rates are therefore easily created.

Unsurprisingly, there have been significant rises in unemployment rates, poverty and social exclusion, as well as, an increase in the consumption of psychotropic medications, and suicide rates.

It's also known that in these situations the costs associated with health, especially with mental health increase, and a close interaction between primary health care and specialized care is needed. With the increasing needs, and the scarce human and economic resources this strategy presents as a challenge to our country.

Suicide, in particular, is a complex phenomenon, influenced by several different factors.

However, it's well known that the way in which society perceives it has a great impact in its prevention process, therefore it's essential to decrease the stigma towards mental disorders, and increase the knowledge related to suicide behavior.

On the other hand, it's crucial that health professionals are aware of suicide, so that high risk situations are promptly diagnosed and correctly managed.

The implementation of the National Plan for Suicide Prevention, it's another important step in the prevention process, and we hope that it will be successful.

Keywords: suicide, economic crisis, unemployment, poverty, psychotropic medications.

Introdução

Suicídio ou autocídio (do latim, *sui*, ou do grego *autos*: "próprio"; e do latim *caedere* ou *cidium* "matar"), citado pela primeira vez por Desfontaines em 1737, é o ato intencional de um indivíduo se matar a si mesmo. É um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Por outro lado, é igualmente complexo e multifactorial, sendo hoje considerado um problema de saúde pública, dada a importante proporção que assumiu nos últimos anos.

Em 1897 o grande sociólogo francês Émile Durkheim estudou as conexões entre os indivíduos e a sociedade. Acreditava que se pudesse demonstrar o quanto um ato individual é o resultado do meio social que o cerca, teria uma prova da utilidade da sociologia.⁹

Defendia que o vínculo social era composto por dois fatores: a integração social (ligação a outros indivíduos dentro da sociedade) e a regulação social (ligação com as normas da sociedade), e que as taxas de suicídio poderiam aumentar nos extremos de ambos os fatores.⁹

Constatou, assim, que níveis anormalmente baixos ou altos de integração social poderiam resultar num aumento das taxas de suicídio: níveis baixos porque a baixa integração social resulta numa sociedade desorganizada, levando os indivíduos a voltarem-se para o suicídio como uma última alternativa; níveis altos porque as pessoas preferem destruir-se a si próprias do que viver sob grande controlo da sociedade.⁹

Concluiu, também, que as taxas de suicídio eram maiores entre os solteiros, viúvos e divorciados do que entre os casados; maiores entre as pessoas que não tinham filhos; maiores entre protestantes do que entre católicos ou judeus, isto porque os dois últimos tendiam a ser comunidades mais integradas onde existiam laços familiares mais fortes e onde o suicídio era considerado como um pecado.⁹

O seu estudo permitiu-lhe ainda classificar o suicídio em quatro tipos: egoísta (em que o egoísmo é um estado onde os laços entre o indivíduo e os outros na sociedade são fracos e, como o indivíduo está fracamente ligado à sociedade terminar a sua vida terá pouco impacto sobre a mesma, algo que verificou entre divorciados — baixa integração na sociedade); altruísta ou filantrópico (em que o suicídio acontece como forma de sacrifício onde, por um lado, os indivíduos se vêem sem importância ou oprimidos pela sociedade e preferem cometer suicídio, tal como acontece em sociedades "primitivas" ou "antigas", regimes militares muito tradicionais, como guardas imperiais ou de elite, ou, por outro lado, vêem o mundo social sem importância e sacrificar-se-iam a si próprios por um grande ideal, tal como se passa em algumas religiões orientais, ou no caso dos kamikazes e dos homens-bomba — alta integração na sociedade); anómico (em que a anomia é um estado onde existe uma fraca regulação social entre as normas da sociedade e o indivíduo, mais frequentemente trazidas por mudanças dramáticas nas circunstâncias económicas e/ou sociais, e que ocorre quando as normas sociais e leis que governam a sociedade não correspondem aos objetivos de vida do indivíduo, tal como acontecia com os suicidas protestantes — baixa regulação da

sociedade); fatalista (em que existiria a perda do controlo devido ao excesso de regulação exercida sobre o indivíduo, sendo este vítima de opressão mental e física, tal como se passava com os escravos e os prisioneiros — alta regulação da sociedade).⁹

Ao longo dos anos esta visão tem sido debatida, desde o contrariar da concepção metafísica da sociedade, o contestar da sociedade como comunidade moral ou, ainda, pela não-aceitação do conceito de consciência coletiva.

Maurice Halbwachs referiu que as taxas de suicídio resultavam não só das correntes coletivas mas, também, das circunstâncias individuais. Havia nitidamente já um compromisso entre o “macro” — social — e o “micro” — individual. Considerou, ainda, que sacrifício não seria um verdadeiro suicídio, a partir do momento em que a vontade individual estivesse mitigada.^{3,22,32}

Anos mais tarde, Jean Baechler define o suicídio como um comportamento que busca solução para um problema existencial que atenta contra a vida de um indivíduo e classifica-o em quatro tipos: evasivo [que se divide em fuga (de situação), luto (após perda) e castigo (expição)]; agressivo [que se divide em crime (arrastar outros), vingança (culpa sobre outrem), chantagem (pressão sobre outrem), apelo (aviso e manipulação)]; lúdico [que se divide em sacrifício (atingir valor superior à vida), passagem (busca de algo mais agradável), ordálico (julgamento dos deuses), jogo (brincar com a vida)]; e oblativo.¹

No século XXI a anomia está de novo na ordem do dia. Facilmente se compreenderá, à luz dos tempos que têm sido vivenciados por todo o mundo, um desencanto e insatisfação entre as expetativas e a dura realidade política, social e económica, transposta para a chamada “crise” que atravessa a maioria dos países. É admissível que, nos tempos que correm, pela primeira vez os filhos possam viver com menos recursos e menos proventos que os pais, com menos esperança, e talvez mesmo com mais desespero. Tudo isto para além da quebra de valores tradicionais, tais como a baixa nupcialidade e natalidade, o elevado número de divórcios, de desemprego, de criminalidade violenta, e de agnosticismo. Esta é a anomia do século XXI.^{44,45,46,47}

Existe um amplo espectro de situações que envolvem o risco de suicídio na clínica. A avaliação do risco de suicídio é por isso um desafio, e geralmente mais importante do que a procura imediata da causa. Embora a conduta suicida seja variável, parece haver uma diferença no perfil dos pacientes que tentam suicídio e aqueles que realmente concretizam o ato.

Para Shneidman, considerado por muitos o pai da suicidologia, o suicídio seria o resultado final da confluência de um máximo de dor, de perturbação e de pressão. Estes três elementos são conhecidos como o “cubo suicida de Shneidman”: onde a dor é a designada dor psicológica (*psychache*), em que há frustração pela falta das necessidades básicas psicológicas, sendo o componente central do suicídio; a perturbação significa qualquer distúrbio, tal como perturbações cognitivas ou auto-

mutilações; e a pressão está relacionada com “tudo o que está fora” e “tudo o que está dentro do indivíduo”, ou seja, os acontecimentos de vida (*life events*) do mesmo.^{49,50,51,52,53,54,55,56}

Existem vários fatores de risco para o suicídio.

Fatores de Risco Individuais: idade; sexo masculino; estado civil (solteiros, viúvos ou divorciados); profissão (profissionais de saúde e trabalhadores em meio rural); residência (em Portugal os suicídios são mais frequentes em meio rural, mas regista-se uma tendência de aumento nos centros urbanos); tentativa prévia de suicídio (50% dos indivíduos que se suicidam tiveram uma tentativa prévia); patologia mental (a existência de perturbação mental é o fator de risco mais importante para o suicídio, já que 90% dos suicidas têm uma perturbação mental, sendo a depressão a perturbação mais frequente, mas, existem outras patologias associadas, com diferentes riscos de suicídio ao longo da vida, tais como as perturbações do humor (4%), psicóticas e da personalidade (estado-limite e antissocial), esquizofrenia (5%), doença bipolar (8%), dependência de álcool (7%) e substâncias ilícitas; história familiar de suicídio; perdas e dificuldades económicas; dor e doenças crónicas (nomeadamente cancro, diabetes mellitus, doenças neurológicas, DPOC, VIH/SIDA, ou outras doenças associadas a défices funcionais e/ou alterações da imagem corporal); vulnerabilidade e traços da personalidade (hostilidade, desamparo, dependência, rigidez, perfeccionismo, e sentimento de desesperança); história familiar (violência, abuso físico ou sexual e negligência); fatores neurobiológicos (a investigação sugere a existência de uma relação entre os sistemas de neurotransmissores envolvidos na depressão e no suicídio, mas também que os indivíduos que cometem suicídio poderão ter outras vulnerabilidades genéticas adicionais que aumentam o risco, tais como alterações no eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenérgico e anomalias nas neurotrofinas em setores específicos do cérebro).³⁴

Fatores de Risco Socioculturais: dificuldade no acesso a cuidados de saúde (as barreiras podem ser financeiras, físicas, geográficas ou pessoais tal como nos casos de minorias étnicas e sexuais); acesso fácil a meios que permitem o suicídio; estigma da sociedade em relação à doença mental que perpetua o desconhecimento, o medo e o tabu sobre a temática do suicídio; notícias sensacionalistas sobre suicídio nos *media*; dificuldades nas relações interpessoais; isolamento social (pode estar relacionado com fatores geográficos como a desertificação, mas também pode ser o resultado de depressão, alcoolismo, vergonha, perdas afetivas, divórcio, prisão, *bullying* e *mobbing*, e por outro lado, o envelhecimento da população e o menor suporte familiar e social, têm um grande impacto no isolamento dos idosos, assim como a mudança atual da estrutura social caracterizada por um individualismo crescente e perda da solidariedade de vizinhança que acentua vulnerabilidades prévias).³⁴

Fatores de Risco Situacionais: desemprego (os efeitos do desemprego são mediados por fatores como a pobreza, baixo nível social, dificuldades domésticas, desesperança, e em períodos de crise económica acresce o grau de endividamento e a perda de habitação); acesso a meios letais (pesticidas, medicamentos, armas de

fogo, locais potencialmente perigosos); acontecimentos de vida negativos recentes (divórcio, viuvez, perdas relacionais significativas, perda de estatuto socioeconómico, abuso sexual ou físico e violência doméstica).³⁴

Todavia, também existem fatores protetores do risco de suicídio.

Fatores Protetores Individuais: capacidade na resolução de problemas e conflitos; iniciativa no pedido de ajuda; noção de valor pessoal; abertura para novas experiências e aprendizagens; estratégias comunicacionais desenvolvidas e empenho em projetos de vida.³⁴

Fatores Protetores Familiares: relações de confiança; bom relacionamento e apoio familiar.³⁴

Fatores Protetores Sociais: estar empregado; ter facilidade de acesso aos serviços de saúde; articulação entre os vários níveis de serviços de saúde e parcerias com instituições que prestam serviços sociais e comunitários; valores culturais e pertença a uma religião.³⁴

É de realçar que não é um único fator de risco ou protetor que determina ou evita o ato suicida. Além disso, nem todos os fatores são igualmente significativos em termos de previsão, pelo que devem ser pensados em conjunto e, enquadrados no contexto do indivíduo e na sua história biográfica.

Segundo Shneidman para ocorrer um suicídio é necessária uma combinação de diversos fatores: sentimento de dor intolerável (diretamente relacionada com a frustração pelas necessidades psicológicas básicas não terem sido satisfeitas); atitude de se auto-desvalorizar/auto-denegrir (auto-imagem que não consegue aguentar a dor psicológica intensa); constrição marcada da mente e um prejuízo das tarefas do dia-a-dia; sensação de isolamento (um sentimento de deserção e perda de suporte/apoio de pessoas significativas); sentimento de desesperança intenso (a sensação de que já nada pode ser feito); e decisão consciente de fuga (abandono, desaparecimento, interrupção, cessação ou paragem) da vida como a única, (ou pelo menos, a melhor possível) solução para resolver o problema da dor intolerável.^{49,50,51,52,53,54,55,56}

Em Portugal, o perfil do indivíduo suicida enquadra-se num homem, a viver na grande Lisboa, no Alentejo, ou no Algarve, com mais de 50 anos, desempregado ou reformado, separado, divorciado ou viúvo, isolado socialmente, sem práticas religiosas, deprimido, por vezes com internamento psiquiátrico prévio, com múltiplos problemas afetivos, económicos, ou de saúde física ou mental, incluindo alcoolismo e/ou distúrbio da personalidade, com prévia ideação suicida ou episódio de parasuicídio, acompanhado de avisos subtis ou explícitos, que põe termo à vida através de enforcamento, disparo com arma de fogo, ingestão de pesticidas, precipitação, afogamento ou trucidamento por comboio, na Primavera ou no Verão.⁵⁷

Metodologia

Para a elaboração do presente trabalho foi realizada pesquisa bibliográfica em várias fontes tais como PubMed e MedLine, utilizando as seguintes palavras chave: suicídio, crise económica, desemprego, pobreza e psicofármacos. Os artigos e documentos consultados são, na sua grande maioria, referentes aos anos de 2000 em diante, com particular enfoque nos anos após 2008 até à data. Foram também foram consultados vários websites de relevo para o tema, todos estes referidos no final na secção Referências Bibliográficas.

Resultados

Mundo

É estimado que 804 000 indivíduos cometam suicídio todos os anos — o que pode vir a constituir cerca de 2.4% do peso da carga de doença (1.8% em 1998) em 2020 (1.5 milhões de pessoas).³⁸

Por dia, suicidam-se em todo o mundo cerca de 3 000 pessoas — uma a cada 40 segundos. Sabe-se que por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio, e por cada pessoa que se tenta suicidar cerca de 10 experienciam ideação suicida.³⁴

Além disto, cada indivíduo tem pessoas que lhe são queridas e, está inserido numa comunidade, pelo que milhões de pessoas são afetadas — um número muito superior àquele dos que cometem suicídio.³⁸

À escala mundial, o suicídio representa uma taxa de mortalidade de 16 por 100 000 constituindo: a 13ª causa de morte, sendo que dos 15-19 anos de idade é a 2ª causa, e dos 15-34 anos a 3ª. As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de défice funcional permanente.³⁴

A taxa de suicídio mundial ajustada para a idade é de 11.4 por 100 000 — 15.0 no sexo masculino e 8.0 no sexo feminino.³⁸

Nos países com altos rendimentos económicos, o número de suicídio nos homens é 3 vezes superior ao das mulheres, no caso dos países com rendimentos médios ou baixos, o número de suicídios também é superior nos homens, mas menor (1.5).³⁸

Considerando a percentagem de mortes violentas por sexo, o suicídio constitui 50% no sexo masculino, e 71% no sexo feminino.³⁸

Tendo em conta a idade, as taxas de suicídio são mais elevadas nos grupos etários com mais de 70 anos de idade, para ambos os sexos, em quase todas as regiões do globo. Contudo, as taxas de suicídio têm vindo a elevar-se nos grupos etários mais novos (2ª causa de morte entre os 15-29 anos de idade), pelo que, atualmente, estes constituem o grupo de maior risco em 1/3 dos países, e perspetiva-se que nos países em crise económica e social esta tendência de acentue.^{34,38}

Na União Europeia (UE), desde 2007, o número de suicídios nos indivíduos com menos de 65 anos aumentou, revertendo o decréscimo verificado nos anos anteriores em vários países. Nos estados membros que se juntaram após 2004, o número de suicídios atingiu um pico no ano de 2009 e permaneceu elevado durante 2010. Nos quinze estados membros “pré-2004” verificou-se também um aumento pronunciado em 2010.²⁷

A ingestão de pesticidas, o enforcamento e o uso de armas de fogo, estão entre os métodos mais frequentes, mas existem outros métodos que podem ser usados preferencialmente tendo em conta o grupo etário e o sexo do indivíduo em questão.³⁸

A preocupação acerca da possível associação entre o aumento do número de suicídios e a instalação de uma crise económica não é algo recente.

Foi estimado que a crise económica asiática, que se vivenciou na década de 90, pode ter resultado num aumento de mais de 10 000 suicídios, em países como o Japão, Coreia e China. Além disso, verificou-se que o maior impacto se deu sobre o sexo masculino, em particular sobre aqueles que trabalhavam e que, na sequência da crise, perderam o seu emprego. O mesmo se passou em 1995 na Rússia e em 1930 como consequência da Grande Recessão.

Num estudo publicado por conceituados investigadores desta área, constataram-se dados preocupantes. O estudo incluiu 27 países da União Europeia (representativos de 78% da população), 18 países do Continente Americano (representativos de 88% da população), assim como países Asiáticos e Africanos (representativos de 5% e 0.1% da população respetivamente).⁵⁹

A queda do produto interno bruto (PIB) desde o início da crise em 2008, culminou em 2009 num decréscimo do mesmo de 3% *per capita* e, num aumento de 37% do nível de desemprego, refletindo bem a seriedade do problema.⁵⁹

Em 2009, o desemprego na Europa subiu cerca de 17% a 35% e, em 2010, a escalada continuou, aumentando cerca de 25% a 36%. De 2007 a 2013 mais de 31.8 milhões de pessoas encontravam-se desempregadas.²³

Nos Estados Unidos da América o padrão no aumento do desemprego também ocorreu. Em 2008 cresceu cerca de 23%, com um aumento dramático de quase 94% em 2009.⁵⁹

Na América Central também se constatou aumento do desemprego, de cerca de 45%, e na América do Sul, pelo contrário, não se verificou aumento.⁵⁹

Os países do Leste Asiático, também experienciaram um aumento de cerca de 26%.⁵⁹

Globalmente, o sexo masculino é o mais afectado, em particular os europeus na faixa dos 15-24 anos, e os americanos dos 45-64 anos. A população feminina europeia não contabilizou aumento no número de suicídios, já a americana teve um ligeiro aumento, embora menos significativo do que aquele verificado no sexo oposto.⁵⁹

Um outro estudo a nível mundial, englobando 63 países, aponta para o facto do risco de suicídio se elevar cerca de 20-30% nos casos em que ocorre desemprego. Globalmente, 41 148 suicídios ocorreram associados a situações de desemprego em 2007, e 46 131 em 2009, totalizando assim um acréscimo de 4 983 suicídios desde a instalação da crise económica em 2008.²³

Na Europa, dependendo das regiões e das faixas etárias, o risco de suicídio varia, mas encontra-se aumentado: região norte e oeste dos 15-24 anos (0.643%), 45-64 anos (1.516%), e mais de 65 anos (1.449%); região este e sul dos 15-24 anos (0.571%), 45-64 anos (1.701%) e mais de 65 anos (2.172%).²³

Portugal

Em 2010, no que diz respeito aos anos de vida ajustados à incapacidade (DALY), se as doenças cérebro-cardiovasculares obtiveram o peso mais expressivo (13.74%), as perturbações mentais e do comportamento e as doenças oncológicas, não ficaram muito atrás, representando 11.75% e 10.38% da carga global de doença, respetivamente, demonstrando claramente o estatuto destas três entidades como doenças crónicas com elevado impacto no quotidiano dos portugueses.³⁷

Relativamente à carga de morbilidade, quantificada através dos anos vividos com incapacidade (YLD), as perturbações mentais e do comportamento destacaram-se de modo proeminente (20.55%), face ao valor encontrado para as nosologias que se lhe seguem: respiratórias (5.06%) e diabetes (4.07%).³⁷

Portugal apresenta dos valores mais altos de prevalência de perturbações psiquiátricas (22.9%), comparativamente a outros países ocidentais, apenas inferiores aos da Irlanda do Norte (23.1%), dentro da Europa, e dos EUA (26.4%), fora desta.³⁷

Ao nível das perturbações da ansiedade (16.5%) e do control de impulsos (3.5%), Portugal apresenta a prevalência mais elevada da Europa, depois da Irlanda do Norte (23.1%). Quanto às perturbações do humor, em que domina a depressão major com 6.8%, figuramos em terceiro lugar com 7.9%, antecidos pela França (8.5%) e pela Irlanda do Norte (9.6%). Tão, ou mais grave, quanto às perturbações do humor em Portugal, é a media entre o início dos sintomas e o tratamento médico — 4 anos, para o grupo, registando o subgrupo da depressão major (a que potencialmente estará mais presente no suicídio) um intervalo de 5 anos.^{25,48}

A crise económica instalada em 2008 influenciou de forma negativa a vida de muitos indivíduos, pelas dificuldades financeiras enfrentadas no dia-a-dia, às quais se somam os conflitos laborais e familiares, que todo este clima de instabilidade e dificuldade condicionou. O bem estar psíquico de muitos cidadãos foi perturbado, traduzindo-se em condutas preocupantes.

A taxa de mortalidade padronizada por suicídio variou, nos últimos cinco anos avaliados (2008 a 2012), entre os valores de 7 e 8 por 100 mil habitantes, com um incremento de 0.3 no último ano disponível.³⁷

Dentro destes valores globais destaca-se o mais expressivo, na faixa etária dos 65 ou mais anos de idade, com uma taxa de 21.1/100 000 em 2012.³⁷

Os valores referentes aos anos potenciais de vida perdidos (APVP) por suicídio acompanham, de uma forma aproximada, a evolução das taxas de mortalidade padronizada, destacando-se, entre 2011 e 2012, o aumento deste indicador no sexo masculino e uma diminuição do mesmo no sexo feminino.³⁷

A taxa de mortalidade por suicídio é maior no sexo masculino, em todas as regiões

de Portugal Continental, sendo 4 a 6 vezes superior à do sexo feminino.³⁷

Considerando em específico as diversas regiões, o Alentejo é a região onde a taxa de suicídio é mais elevada, tanto nos homens como nas mulheres, com valores em 2012, respetivamente, de 44.1 e 14.6 por 100 mil habitantes. Seguem-se as regiões do Algarve, Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Açores.³⁷

A evolução entre 2011 e 2012 mostra que em Portugal Continental a taxa de mortalidade por suicídio no sexo masculino subiu nas regiões do Norte, Centro, LVT e Algarve, descendo, contudo, na região do Alentejo que, ainda assim, registou o valor mais elevado comparativamente às restantes regiões. No sexo feminino a taxa desceu nas regiões Centro e LVT, mantendo-se na região Norte.³⁷

Nas Regiões Autónomas, para o mesmo período, considerando os dados disponíveis para ambos os sexos, a taxa de suicídio diminuiu nos Açores e aumentou na Madeira.³⁷

Atendendo à análise por grupo etário, a distribuição da taxa de suicídio no sexo masculino, revela que as regiões do Centro, LVT e Alentejo, apresentam padrões semelhantes na sua distribuição ao longo das faixas etárias, pautados por um aumento progressivo generalizado das mesmas, na medida do aumento da idade.³⁷

Este padrão é, todavia, diferente nas regiões do Norte e do Algarve, onde a taxa de suicídio é superior entre os 55-64 anos, quando comparada com a mesma taxa no intervalo dos 65-74 anos.³⁷

No sexo feminino, o padrão nas regiões do Norte, Centro e LVT é caracterizado por uma diminuição da taxa de suicídio na faixa etária dos 75 e mais anos, comparando com o intervalo de idades imediatamente anterior.³⁷

No entanto, isso não acontece nas regiões do Algarve e do Alentejo, verificando-se um aumento da taxa de suicídio quando considerados os mesmos intervalos.³⁷

Nos Açores salienta-se a preocupante taxa de suicídio em jovens do sexo masculino com idades entre os 15 e os 24 anos, acima dos 10/100 000, bem como a taxa mais elevada de todo o país na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (41.6/100 000), que nesta região se destaca quando comparada com as restantes faixas etárias.³⁷

Para um melhor entendimento dos comportamentos dos portugueses, é ainda relevante analisar a realidade das taxas de mortalidade por doenças atribuíveis à ingestão de álcool e ao consumo de substâncias psicotrópicas.

A evolução das taxas de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool não apresenta uma variação substancial nos últimos cinco anos, diminuindo ligeiramente a sua taxa padronizada entre 2008 e 2012. Dados estes que são concordantes com outros indicadores relacionados com os padrões do consumo do álcool, nomeadamente com a diminuição do consumo per capita em Portugal entre 1990 e 2010.³⁷

O número de vítimas mortais em acidentes de viação, com resultados positivos no rastreio para a presença de substâncias psicotrópicas, aumentou entre 2009 e 2013, representando 11.2% do total dos rastreios feitos em 2013 pelo Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses (IMLCF). A distribuição dos casos positivos revela que a deteção positiva mais frequente, em 2013, foi a da combinação de álcool e drogas (53,8%).³⁷

Importa destacar que, do total dos casos suspeitos de suicídio por consumo de álcool ou substâncias psicotrópicas, recebidos no IMLCF entre 2008 e 2012, em cada ano, aproximadamente cerca de um quarto corresponderam efetivamente a casos de suicídio.³⁷

Encaixando Portugal no puzzle que é a União Europeia (UE), a comparação das taxas de suicídio entre os Estados Membros, mostra que Portugal teve uma das taxas mais baixas de suicídio em 2011 (7.7/100 000), a par de outros países do sul da Europa. Esta taxa é substancialmente inferior à média da UE (10.2/100 000).³⁷

Porém, quando se considera a faixa etária dos 65 e mais anos, verifica-se que a taxa de suicídio em Portugal é superior à média Europeia para ambos os sexos, influenciada pela taxa de suicídio no sexo masculino (36.1/100 000), muito superior à taxa média Europeia (29.0/100 000).³⁷

Espanha

O impacto da crise económica sentido pelos diversos países depende, em grande parte, dos recursos económicos e sociais que os mesmo dispõem para lhe fazer face, pelo que os países do sul da Europa foram sem dúvida dos mais atingidos. Espanha não foi uma exceção apesar de, na década prévia ao ano de 2007, a sua economia se encontrar entre as que mais cresciam na Europa, com taxas de crescimento do produto interno bruto superiores a 5%.^{17,42,61}

Assim que os efeitos da crise se começaram a fazer sentir o panorama espanhol foi ficando cada vez mais delicado e, no início de 2010, mais de 20% da população estava desempregada, refletindo um aumento de 8.5% na taxa de desemprego desde 2006 e o maior número de pessoas desempregadas na Europa — 4.5 milhões.^{17,42,61}

Tendo em conta a preocupação acerca do efeito desta crise na saúde dos cidadãos, um estudo levado a cabo pelos Cuidados de Saúde Primários espanhóis, analisou a prevalência de perturbações mentais entre 2006-2007 — período pré-crise — comparou-as com as registadas entre 2007-2010 — período de crise: verificou-se um aumento substancial e estatisticamente significativo ($P < 0.001$) em várias perturbações — humor (19.4% na depressão major), ansiedade (8.4% na ansiedade generalizada), somatoformes (7.3%), abuso e dependência de substâncias (4.6% na dependência de álcool).^{17,42,61}

O suicídio, por sua vez, só de 2007 a 2008 aumentou de 5.16 para 5.56 por 100 000, invertendo a tendência descendente prévia ao ano 2000. Ainda que aparentemente pareça apenas um ligeiro aumento percentual, é de salientar que se refere somente a um ano de análise, podendo por isso ser muito mais significativo daí em diante, à medida que a contração económica se intensifica e as medidas de austeridade se multiplicam. Além disso, vale a pena lembrar que por 1 suicídio, é estimado que existam 10 tentativas de suicídio e que 100 a 1 000 indivíduos sofram de algum tipo de perturbação depressiva.^{17,42,61}

Bélgica e França

Também na Bélgica se desenvolveram estudos que associaram o aumento do desemprego a um maior risco de suicídio.

De acordo com um estudo realizado pelos Cuidados de Saúde Primários belgas, em 2010 na região de Deurne e La Louvière, cerca de 1 em cada 10 indivíduos tinha ficado desempregado no último ano e mais de 1/4 já tinham experienciado ideação suicida. Aliadas à ideação suicida destacam-se as seguintes características: estar solteiro, desempregado, não ter uma rede social de apoio e ter sintomas depressivos.⁶⁶

Um estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstrou que aproximadamente 1/3 dos indivíduos que revelam ideação suicida nos últimos 12 meses, desenvolvem um plano de suicídio e, 15-20% tentam de facto suicidar-se, sendo que mais de 60% da transição entre a ideação suicida e a tentativa de suicídio ocorre no primeiro ano após o aparecimento destes pensamentos.⁶⁶

Em 2008 o Inquérito Nacional de Saúde Belga constatou que no último ano 3.1% da população tinha tido ideação suicida, o que conjugado com os dados que se sabe em torno das probabilidades referentes a esta problemática, se revela bastante significativo.⁶⁶

Em 2011 um estudo conduzido em França com adultos jovens, entre os 18-37 anos de idade, revelou que 5% tinham tido ideação suicida no último ano, associada em particular à insegurança no emprego, desemprego de longa duração e desemprego recente.⁶²

Itália

Em Itália foram analisadas as mortes por suicídio desde 1980 a 2010, a fim de comparar as taxas de suicídio antes e depois da presente crise económica se ter instalado.

A taxa de suicídio referente ao sexo masculino, na faixa etária dos 25 aos 64 anos de idade, começou a aumentar em 2008, (após um período prévio de decréscimo entre 1994 e 2007), sendo que em 2010 era 12% superior àquela verificada em 2006.¹⁵

No sexo feminino, pelo contrário, assim como nos homens com menos de 25 e mais de 65 anos, verificou-se uma diminuição na taxa de suicídio.¹⁵

Por conseguinte, pode afirmar-se que o maior impacto se deu nos indivíduos do sexo masculino, em idade laboral, provavelmente potenciado pelas condições mais precárias de trabalho e pelo incremento do nível de desemprego.¹⁵

Inglaterra

Em Inglaterra entre 2007-2008, a taxa de suicídio aumentou 7% no sexo masculino e 8% no sexo feminino.⁶⁰

Entre 2008-2010, ocorreram mais 846 suicídios entre homens e mais 155 suicídios entre mulheres, comparativamente aos padrões históricos previamente evidenciados por estes números. Foi estimado no sexo masculino, que por cada aumento de 10% no número de desempregados, o aumento de suicídios seria de 1.4%, reforçando assim a relação que existe entre o aumento dos níveis de desemprego e o crescente número de suicídios.⁶⁰

Num estudo com 26 países europeus constatou-se que por cada 1% no aumento do número de desempregados, o risco de suicídio aumenta 0.79% para os indivíduos com menos de 65 anos. Ainda que este valor seja inferior ao verificado em Inglaterra, é necessário ter em linha de conta as diferenças sociais e culturais entre países que podem, direta ou indiretamente, influenciar este resultado.²⁸

Irlanda

O custo total (custos diretos e indiretos) das mortes por suicídio para a Irlanda no ano de 2001 foi de mais de 906 milhões de euros e, de mais de 835 milhões de euros em 2002, o que equivale a quase 1% do seu PIB.²⁴

Fazendo uma projeção destes resultados para a situação económica atual pelo perigo que representam para a sociedade, este estudo anterior ao período pré-crise económica, teve como objetivo alertar a nação irlandesa, e a comunidade internacional, para as consequências que um aumento das taxas de suicídio pode ter na economia de um país.²⁴

Grécia

A prevalência de depressão major na Grécia no ano de 2008 foi de cerca de 3.3%, aumentando para 8.2% em 2011.⁵⁸

Recentes estudos apontam para que a Grécia seja o país europeu mais afetado pela crise económica. Em 30 anos de análise (1983-2012), ocorreram 11 505 suicídios — 9 079 no sexo masculino e 2 426 no sexo feminino — sendo que os maiores

números se registaram em 2012, após as marcadas medidas de austeridade decididas em 2011.⁶⁷

Logo em 2008, com o início da recessão, ocorreu um aumento da taxa de suicídios (13.1%), que foi crescendo sucessivamente, atingindo um aumento de 20.5% em Junho de 2011. Após Junho de 2011, os suicídios aumentaram 35.7% e ambos os sexos registaram subidas nas suas taxas.⁶⁷

Estados Unidos da América

Nos anos prévios à crise (1999-2007) a taxa de suicídio crescia em média cerca de 0.12 por 100 000 por ano.²

Coincidente com o início da recessão o crescimento desta taxa acelerou e, entre 2008-2010, foi de 0.51 por 100 000, o que corresponde a 1 580 suicídios adicionais por ano.²

Austrália

O impacto da crise económica foi de facto global e desengane-se quem pensa que apenas os países financeiramente mais frágeis foram os únicos afetados. A Austrália não fugiu à regra: entre 2001 e 2010, o sexo masculino registou um aumento de 7% na taxa de suicídios entre os homens empregados e de 12% nos desempregados; o sexo feminino, por sua vez, registou um aumento de 12% entre as mulheres desempregadas, mas não entre as empregadas.²⁶

População Laboral e Doenças Mentais

De acordo com um estudo da OCDE, atualmente, cerca de um quinto das pessoas que trabalham sofre de uma doença mental que vai afetar, em algum momento da vida, metade desta população.¹⁴

Esta prevalência explica o elevado custo económico das doenças mentais, com base nas análises de casos de nove países-membros e outros trabalhos realizados desde 2012.¹⁴

Em 2010, um estudo da UE quantificava o custo das doenças mentais em 3.5% do PIB, estimativa que a OCDE considera conservadora por não contabilizar o impacto das doenças associadas ao consumo de estupefacientes e, por avaliar apenas custos diretos, conhecidos pela atribuição de subsídios de doença e incapacidade.¹⁴

Os trabalhadores que têm uma doença mental considerada como leve a moderada, estão expostos, no mundo desenvolvido, a um risco duplo de ficarem desempregados. No caso dos trabalhadores que têm uma doença mental considerada grave, a taxa de desemprego pode chegar a ser quatro ou cinco vezes

superior à de trabalhadores saudáveis.¹⁴

Para dar resposta a esta situação, a OCDE defende que a saúde mental deve ser uma prioridade no mundo laboral, no sistema de saúde e em todas as políticas sociais, de forma coordenada, a fim desta integração levar a resultados significativamente melhores e mais céleres.¹⁴

A intervenção deve ser feita, desde logo, a partir do momento em que a doença mental afeta negativamente a educação e a transição para o mundo laboral. Porém, frequentemente apenas se começa a atuar quando o doente já está afastado do mercado laboral há anos, adverte a organização.¹⁴

Consumo de Psicofármacos

Portugal apresenta uma elevada prevalência de doenças mentais, as quais também se encontram entre as principais responsáveis pela incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial da população portuguesa, com destaque para a depressão major.⁴¹

Em análises prévias efetuadas pelo Infarmed, verificou-se que os medicamentos que atuam no sistema nervoso central constituem um dos grupos terapêuticos com maior peso no consumo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em ambulatório, e com uma tendência global de crescimento. Nesses estudos foi particularmente evidente o peso dos psicofármacos, nomeadamente dos antipsicóticos e antidepressivos, no aumento da utilização e despesa na última década.⁴¹

Entre 2000 e 2012 ocorreu um aumento da utilização, expressa através da dose diária definida de um fármaco por 100 000 habitantes (DHD), em todos os subgrupos, mas mais evidente nos antidepressivos e nos antipsicóticos.⁴¹

Embora os ansiolíticos, sedativos e hipnóticos não tenham apresentado um crescimento tão acentuado, são o subgrupo que apresenta o maior nível de consumo, e de forma consistente.⁴¹

Em 2012, verificou-se um consumo de 96 DHD de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, o que representa um aumento de 6% relativamente ao ano de 2000.⁴¹

Relativamente aos antidepressivos, verificou-se uma taxa de crescimento muito elevada (240%), passando de 26 DHD em 2008 para 88 DHD em 2012.⁴¹

Os antipsicóticos, embora apresentem níveis de utilização inferiores (14 DHD em 2009), apresentaram também uma taxa de crescimento muito acentuada (171%).

Os níveis de utilização de lítio mantiveram-se residuais ao longo do período de estudo.⁴¹

É ainda possível comparar Portugal a outros países, nomeadamente aqueles que apresentam dados de utilização de psicofármacos em DDD ou DHD — Itália, Dinamarca, Noruega.⁴¹

O nosso país apresenta claramente o maior consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (96 DHD), muito superior à Dinamarca (31 DHD), Noruega (62 DHD) e Itália (53 DHD).⁴¹

Nos antidepressivos, Portugal apresenta um consumo (88 DHD) similar à Dinamarca (93 DHD), mas superior à Itália (37 DHD) e Noruega (62 DHD).⁴¹

No que diz respeito aos antipsicóticos, não existem diferenças significativas entre países.⁴¹

Em relação à despesa com psicofármacos, entre 2000 e 2011, os encargos dos utentes mantiveram-se constantes. Em contrapartida, no mesmo período observou-se um elevado aumento dos encargos do SNS, decorrente do regime especial de participação (REC) aos antidepressivos e antipsicóticos prescritos por qualquer especialidade médica.⁴¹

A partir de 2011, com a eliminação do REC os encargos do SNS diminuíram e, em 2011 observou-se um decréscimo tanto dos encargos do SNS como dos utentes, uma vez que o custo médio destes fármacos também diminuiu.⁴¹

Desemprego

Entre 2009 e 2010 o desemprego subiu rápida e significativamente: cerca de 3% em Portugal, Eslováquia e Bulgária; 4% na Grécia, Dinamarca e Hungria; 5% na Islândia; 9% na Irlanda; 12% em Espanha e na Estónia; 13% na Letónia e 14% na Lituânia.²⁷

Na área da OCDE, a taxa de desemprego caiu 0.1% para o valor de 7% em Fevereiro de 2015, com um decréscimo cumulativo de 1.1% desde que atingiu o seu valor máximo em Janeiro de 2013, o que corresponde a 42.6 milhões de indivíduos desempregados, menos 6 milhões do que em Janeiro de 2013.^{18,36}

Desde Janeiro de 2013 até Fevereiro de 2015, a taxa de desemprego caiu cerca de 1.1% quer no sexo feminino (7.1%), quer no sexo masculino (7.0%), e diminuiu cerca de 2.5% para os indivíduos na faixa etária dos 15-24 anos (14.3%), o menor valor registado desde Novembro de 2008.^{18,36}

Na zona Euro, globalmente, a taxa de desemprego caiu 0.1% para o valor de 11.3% em Fevereiro de 2015, menos 0.8% que no pico registado em Abril de 2013. No entanto, foi registado um aumento do nível de desemprego em Portugal, Itália e Finlândia.^{18,36}

Entre os jovens, todavia, o desemprego continua extremamente elevado em alguns países — Portugal (35.0%), Espanha (50.7%), Grécia (51.2%) e Itália (42.6%).^{18,36}

Quanto às expectativas sobre o emprego, 60% considera que já estão numa situação má ou muito má, e 74% acredita que vai piorar. Talvez estes dados ajudem a compreender melhor a forte tendência de emigração, comparável, senão superior, à dos anos 60, sendo Portugal o segundo país da UE com maior percentagem de

emigrantes — 90 a 95 mil por ano — com a particularidade de, nos dias de hoje, serem maioritariamente os estratos academicamente mais qualificados da sociedade a emigrar na busca de melhores condições de vida.^{11,48}

Pobreza

Segundo o relatório apresentado pela Cáritas em Fevereiro de 2015, que analisa os países da UE mais atingidos pela crise económica (Portugal, Grécia, Espanha, Roménia, Chipre, Itália e Irlanda), Portugal foi o país que mais aumentou o risco de pobreza e exclusão social (2.1%), logo seguido pela Grécia (1.1%) em 2014.^{21,33}

A prolongada crise levou à intensificação das dificuldades financeiras das famílias no primeiro trimestre de 2014, com as de mais baixos rendimentos a sentirem as maiores dificuldades para fazer face às despesas correntes.^{21,33}

Além disso, um número significativo de pessoas desempregadas não está abrangido pelas redes de segurança normais, como as prestações de desemprego ou a assistência social. A percentagem de pessoas que não recebe apoio ao rendimento é especialmente elevada na Grécia, Chipre, Itália e Portugal, onde mais de 40% das pessoas que vivem em famílias sem (ou quase sem) trabalho, e pobres, recebem apenas até 10% do seu rendimento de transferências sociais, e em Espanha e na Roménia, onde a percentagem se situa entre 30% e 40%, pelo que a falta de cobertura destas pessoas sugere falta de eficácia do sistema de benefícios para chegar aos mais vulneráveis.^{21,33}

A taxa de pobreza dos agregados portugueses, entre 2011 e 2012, passou de 12.0% para 12.9% e, os níveis de pobreza consolidada subiram de 12.4% para 13.6% — o sexto valor mais elevado entre os 34 países da OCDE e acima do nível médio de pobreza consolidada deste bloco de países (9.9%).^{21,33}

O relatório conclui ainda que, entre 2007 e 2011, a maioria dos países registou um aumento na desigualdade do rendimento disponível, tendo 15 países ficado mais desiguais e 9 mais iguais.^{21,33}

Na Grécia, Irlanda e Portugal, o aumento da desigualdade nos rendimentos de trabalho foi fortemente influenciado pelos efeitos do desemprego. No entanto, as diferenças salariais reduziram-se por causa dos cortes nos salários do setor público, em especial, os cortes salariais da classe médica, tal como se verificou em Portugal.^{21,33}

Na maioria dos países, o fosso entre os mais ricos e os mais pobres está ao nível mais alto dos últimos 30 anos, com dez por cento dos mais ricos a registarem em média 9.6 vezes o rendimento dos dez por cento mais pobres.^{21,33}

Segundo o relatório, as desigualdades continuaram a aumentar durante a crise, devido sobretudo ao crescimento do desemprego.^{21,33}

Estamos, assim, perante um cenário de elevada prevalência base de doença mental, num contexto em que os determinantes sociais de saúde são extremamente desfavoráveis, sendo que estes normalmente coexistem nas mesmas pessoas potenciando sinergicamente o seu efeito.⁴⁸

De acordo com a OMS, em 2020, existe como meta retirar, pelo menos, 20 milhões de pessoas da situação de pobreza e de exclusão em que se encontram atualmente.³³

É necessário assegurar um rendimento mínimo para todas as pessoas que lhes permita viver com dignidade e, reduzir as desigualdades, criando emprego a médio prazo. Para isto ser possível, a riqueza gerada tem de ser distribuída com justiça e têm de ser criadas condições para um combate eficaz à evasão fiscal para que haja taxas justas e equilibradas para todos os sectores da sociedade, no sentido de existir um equilíbrio justo na repartição dos sacrifícios.³³

Crescimento Económico

Em 2009 o PIB caiu em todos os países da UE exceto na Polónia: em média houve um decréscimo de 4.3%, mas este valor variou desde 1.9% no Chipre a 17.7% na Letónia.²⁷

Segundo as previsões da OCDE em Outubro 2014, é estimado que a economia portuguesa cresça 1.3% em 2015, abaixo do que esta organização previu em Maio do mesmo ano, e abaixo dos 1.5% previstos pelo Governo.³⁶

Segundo o relatório, a OCDE prevê um crescimento de 1.5% em 2016, também 0.2 pontos percentuais abaixo do que antecipou o Governo para esse ano (1.7%) no Documento de Estratégia Orçamental (DEO) divulgado em Abril de 2015.

A OCDE estima também que o défice atinja os 2.9% do PIB e, a dívida pública portuguesa os 128,3% do PIB em 2015, acima das metas previstas pelo Governo.³⁶

Discussão

Efeitos da Crise Económica na Sociedade

O aumento do número de suicídios parece, de facto, ser bastante influenciado pela crise económica que se vive no Mundo. Esta, contudo, não pode ser avaliada exclusivamente por estes números, até porque embora estes sejam preocupantes, não revelam toda a dimensão do problema socioeconómico que se instalou nas sociedades contemporâneas.

Muitos indivíduos desempregados, emaranhados em dívidas e dificuldades no seu quotidiano, ficam em risco.

Como é sabido, o desemprego é um sinal das consequências nefastas que os países atravessam: fecham empresas, diminui a produção e, conseqüentemente, a exportação e o retorno financeiro que dela advém. O PIB vai contraindo, enquanto a despesa pública se mantém, e assim o défice aumenta progressivamente. Vai-se tornando cada vez mais difícil para as entidades bancárias concederem créditos que estimulem a criação de novas empresas e, novas oportunidades de trabalho. O número de inscritos nos Centros de Emprego e daqueles que vivem apenas com o rendimento social de inserção vai crescendo, e a esperança de encontrar um novo posto de trabalho vai desvanecendo. As pensões daqueles que contribuíram ativamente para a sociedade são encurtadas, e o número de impostos vai-se multiplicando. A determinada altura corre-se o risco de não haver dinheiro suficiente a entrar, pelo que também não haverá para sair e a rotura do estado social pode ficar por um fio. A par e passo, o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos vai ficando mais fragilizado — a saúde fica comprometida.

Cria-se assim um ciclo vicioso: não trabalham porque não têm emprego; não compram porque não têm dinheiro; não se alimentam convenientemente e não têm acesso a cuidados de saúde ficando doentes; e dificilmente conseguem agarrar e manter-se num emprego porque estão doentes. A desesperança leva a comportamentos aditivos e dependências, assim como a sentimentos depressivos e autodestrutivos, conduzindo muitos ao abismo — suicídio.

De acordo com um estudo da OCDE, um aumento anual de \$100 por pessoa, em termos de gastos sociais para o seu bem-estar — *social welfare spending* — traduz-se num decréscimo de mortalidade de 1.19%. Nos países em que este gasto anual é inferior a \$70, nomeadamente nos países da Europa de leste, associa-se um aumento do número de suicídios. Na Finlândia e na Suécia este gasto pode exceder \$300 e, apesar disso, as pequenas oscilações que a economia pode sofrer não se associam a mudanças significativas em termos de mortalidade, provavelmente pelo bom acesso aos cuidados de saúde e pelas estruturas de apoio social disponíveis.²⁷

O nível de stresse emocional é crescente: em primeiro lugar vai-se dissipando muitas vezes pela família e amigos mais próximos, depois, pela sociedade em geral, acabando assim por se generalizar. As pessoas vivem tensas, angustiadas, desesperadas, sem saber como contornar as dificuldades e, assim, se vão perpetuando os problemas.

Cada vez mais as pessoas tentam apoiar-se em organizações não governamentais para obter as suas refeições diárias, alojamento, aconselhamento legal, e apoio psicológico.

O delicado estado económico das nações faz com que os *media* transmitam, em grande parte dos noticiários televisivos, várias notificações sobre a dívida, o aumento do desemprego, da emigração e o endividamento das famílias, gerando assim um sentimento de ansiedade e preocupação crescentes na sociedade.

À televisão somam-se as notícias na rádio, nas capas dos jornais e nos websites, de modo que, de uma maneira ou de outra, os cidadãos acabam sempre por constatar aqui e ali o que se passa no país, quase como macerando de novo as mesmas ideias, e assim se vai generalizando a ansiedade à população.

Obviamente que as pessoas devem ser informadas da realidade mas, também, pode ser feito um esforço, por parte dos *media*, para valorizar o que de bom se faz no nosso país. Da mesma forma, quando ocorrem casos de suicídio, existem normas acerca de como estes casos devem ser noticiados.

Um fenómeno relativamente recente e ainda pouco estudado, tem a ver com a internet e as redes sociais. Se é impossível negar a sua influência, mais difícil é o seu controlo, visto depender essencialmente dos utilizadores, normalmente a coberto do anonimato e, por isso, não permitir medidas individuais mas somente globais.

Os dados relativos às taxas de suicídio no mundo, embora preocupantes, ficam muito aquém da realidade, porquanto o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado.

Em Portugal, a implementação do programa SICO em 2014 pode permitir a obtenção de resultados futuros mais exatos.

Ainda assim, ao contrário das demais, a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. Por outro lado, a atribuição da etiologia suicida nem sempre é evidente, uma vez que existem muitas mortes de causa equívoca, cujo diagnóstico diferencial exige recursos e dispositivos nem sempre disponíveis, o que explica a diversidade dos procedimentos médicos, médico-legais, e administrativos, adotados em vários países.³⁴

A explicação para o facto de os homens serem mais afectados pela crise, do que as mulheres, prende-se com vários fatores, entre eles, o facto de desde cedo se admitir que possam ter menos recursos psicológicos para lidar com as adversidades, sendo por isso um grupo mais vulnerável. Por outro lado, em muitos casos, o elemento masculino é o principal angariador do sustento familiar, pelo que a perda desse papel perante a família e a sociedade, pode desencadear um sentimento de vergonha e/ou de angústia, destabilizando o seu íntimo, expondo-os assim a um maior risco e uma maior probabilidade de cometerem suicídio.

As diferenças etárias, por sua vez, são mais complexas de se explicar, no sentido em que os valores devem ser analisados mais de país para país, ou de continente

para continente, e não de forma tão transversal, já que a força laboral difere entre os mesmos, influenciando assim os resultados obtidos.

Contudo, convém não esquecer que o custo de um suicídio não se reflete apenas em números e que, por uma vida perdida, toda uma família pode ficar emocionalmente perturbada, generalizando a sua fragilidade pessoal àqueles que a rodeiam e apoiam.

O aumento do consumo de psicofármacos, constatado no nosso país e não só, pode dever-se a uma maior acessibilidade aos medicamentos, a uma utilização mais prolongada destes fármacos, ou à aprovação de novas indicações terapêuticas. Contudo, não se pode negligenciar o impacto que a presente crise económica tem no desequilíbrio emocional dos indivíduos, e o conseqüente aumento da necessidade de responder com farmacoterapia. Por um lado, pelo facto de haver necessidade biológica de o fazer e, por outro lado, pelo facto de as sessões de psicoterapia serem mais dispendiosas e os indivíduos não terem capacidade económica para as suportar.

O sentimento de tristeza que se pode desenvolver face às dificuldades dos tempos vividos, pode assim representar um desafio para os profissionais de saúde, que devem ter em mente o que pode representar apenas um estado natural de descontentamento, e o que pode ser um estado depressivo, mascarado ou não.

É essencial não deixar escapar as oportunidades de ajuda.

Efeitos da Crise Económica nos Sistemas de Saúde

Globalmente todos os países foram afetados pela crise económica que se instalou em 2008, uns mais outros menos, dependendo do estado financeiro prévio de cada um, e de como cada um reagiu à adversidade económica.

Alguns países (República Checa, Itália, Estónia, Eslováquia) encontravam-se melhor preparados, tendo em conta as medidas fiscais adotadas previamente e, por isso, conseguiram manter a despesa prevista para a saúde.

Noutros países (Bélgica, Dinamarca, Reino Unido), o *budget* disponível para a saúde manteve-se à custa de cortes noutros sectores. Outros países (Dinamarca, Grécia, Letónia, Portugal, Eslovénia) tentaram reduzir os custos globais de saúde renegociando preços de medicamentos com a indústria farmacêutica e ajustando os gastos hospitalares, tanto em recursos físicos como humanos: adquirindo menos equipamentos, consertando os equipamentos pré-existent, reduzindo (Chipre, Grécia, Irlanda, Portugal, Lituânia, Roménia), congelando (Inglaterra, Eslovénia) ou diminuindo a taxa de aumento (Dinamarca) dos salários dos profissionais de saúde, aumentando taxas moderadoras (Dinamarca, República Checa, Portugal, Irlanda, Grécia, Estónia, Finlândia, Letónia, Holanda, Roménia, França), diminuindo ou abolindo a comparticipação de alguns serviços de saúde (fisioterapia, fertilização *in vitro*) (Holanda).²⁷

Como é de conhecimento geral, o nosso país vive ainda um contexto de ajuda financeira externa, pelo que a necessidade de ajuste rápido de organizações coletivas e individuais a níveis de endividamento suportáveis e índices de desenvolvimento sustentáveis, é uma premissa básica com a qual temos e teremos de conviver nos próximos anos.

A falta de liquidez dificulta a gestão quotidiana e hipoteca a capacidade de gerar riqueza a partir de novos ciclos de investimentos económicos.

Para além da situação económico-financeira do país, salienta-se igualmente que o atual estado financeiro do SNS é extremamente preocupante, gerando défices operacionais significativos, sendo incapaz de garantir fluxos de tesouraria capazes de sustentar o seu regular funcionamento.⁵

O memorando de entendimento acordado entre o governo de Portugal e a *Troika*, pretendia que o país poupasse cerca de € 670 milhões em despesas de saúde, sendo que os principais alvos recaíam sobre as taxas moderadoras, os salários dos profissionais de saúde e os custos da prescrição e comparticipação de medicamentos.⁵

Para 2012 o gasto com medicamentos deveria corresponder a 1.25% do PIB (menor do que 1.55% em 2010), e chegar a 1% em 2013. Com a competição entre os diversos laboratórios foi possível renegociar o preço de alguns medicamentos e, com a introdução da prescrição electrónica e a monitorização da prescrição por parte dos médicos foi possível fazer algumas poupanças. A estas medidas, aliou-se o congelamento dos salários para os trabalhadores da função pública em 2010 e, posteriormente, os cortes salariais efetuados em 2011 e 2012.⁵

Desde Janeiro de 2012 o preço de uma consulta de rotina nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) aumentou de €2.25 para €5.00, e uma consulta de urgência aumentou de €3.80 para €10.00 nos Cuidados de Saúde Primários, e de €9.60 para €20.00 nos Cuidados de Saúde Secundários. Um dos motivos apontados para este aumento foi o facto de esta medida incentivar a população a recorrer aos CSP e, por outro lado, reduzir o número de consultas não urgentes inapropriadas. Porém, cerca de 15% da população portuguesa não tem Médico de Família atribuído, pelo que necessitando de recorrer aos cuidados de saúde, fica limitada às consultas de urgência nos hospitais. Alguns cidadãos estão isentos de taxas moderadoras, tendo em conta o seu diminuto rendimento, a sua incapacidade ou doença crónica. Atualmente os menores também não pagam taxas moderadoras, contudo o apoio financeiro às famílias foi reduzido em 30% em 2011, e em 2012 cerca de 67.000 famílias perderam o direito a receber apoio do estado.^{5,27}

Como se tem verificado, a despesa do governo português na saúde tem vindo a diminuir, contribuindo para piores resultados a nível de saúde da população: aumentam as taxas moderadoras e diminuem os rendimentos mensais das famílias, conseqüentemente diminuem as possibilidades dos utentes acederem a cuidados de saúde, e crescem os casos de potenciais suicidas, que poderiam ser prevenidos e

diagnosticados atempadamente e que, ao invés disso, podem culminar em atos consumados, afetando comunidades inteiras, e o país como um todo.

Se as consequências imediatas do ajustamento financeiro, a que o nosso país se encontra sujeito, têm impacto nos mais diversos setores de atividade – entre os quais se encontra a saúde – as consequências futuras que serão sentidas como resultado deste processo, influenciarão também, de forma decisiva, a vida do país a médio e longo prazo.⁵

A capacidade e flexibilidade de adaptação às solicitações exigidas constituem um desafio imediato que se coloca às organizações e aos indivíduos.⁵

Tal como já demonstrado, através de variáveis qualitativas e quantitativas, que vale a pena investir na saúde mental das populações (promovendo a saúde e mantendo uma vigilância ativa do estado emocional dos indivíduos de modo a que possa ser feita uma intervenção eficaz no sentido de prevenir desfechos mais trágicos) deve estimular os governos a fazê-lo.

Os efeitos desta crise podem ser graves, mas constituem, também, uma oportunidade para fortalecer as políticas que podem mitigar o impacto da recessão na saúde mental e, estabelecer medidas que previnam que esta seja atingida de forma negativa, independentemente do estado económico das nações.²⁰

Efeitos da Crise Económica na Saúde Mental

A saúde mental é uma parte indivisível da saúde pública e afeta, significativamente, os países no seu capital humano, social e económico.

A saúde mental não é meramente a ausência de patologia mental propriamente dita, mas sim um estado de bem-estar global para o indivíduo, que lhe permite atingir o seu potencial como pessoa e, alcançar a máxima produtividade na sociedade.

Uma boa saúde mental permite flexibilidade cognitiva e emocional, que é a base para as capacidades sociais e de resiliência aquando de uma situação de stresse, seja este intrínseco ou extrínseco ao indivíduo. Este capital mental é, assim, vital para uma dinâmica harmoniosa a nível familiar e social.

A relação entre a saúde mental e as crises económicas é estreita. Se as dificuldades económicas podem, por um lado, trazer consequências significativas para a saúde mental dos indivíduos, a saúde mental dos indivíduos, por sua vez, pode também determinar consequências económicas, mensuráveis através dos níveis de produtividade de um país, levando a uma redução de 3 a 4% do PIB dos países da UE. Uma boa saúde mental é assim crucial para ocorrer crescimento económico.²⁰

Além disso, como muitas perturbações mentais começam na adolescência, ou no período de vida adulta jovem, a perda de produtividade pode ser duradoura. Na Europa, estas perturbações contribuem para mais de 1/3 de anos vividos com incapacidade, proporção esta que tem vindo a crescer gradualmente.²⁰

As mudanças no mercado de trabalho inerentes à situação de crise económica aumentam a exigência cognitiva e emocional no mundo laboral. Por conseguinte, aumentam também os níveis de absentismo, stresse, ansiedade e perturbações depressivas.²⁰

Um bom emprego influencia de forma muito positiva a saúde mental dos cidadãos: a sensação de ter um posto de trabalho seguro, aliada a uma remuneração justa e um bom ambiente laboral entre colegas, promove a saúde mental.

O capital social de um indivíduo é igualmente importante para a saúde mental, e manifesta-se pela qualidade das suas relações interpessoais na sociedade, incluindo a participação em redes sociais e atividades na própria comunidade, aumentando assim o sentido de pertença, cooperação, e confiança.²⁰

A atual crise económica tem aumentado tanto a exclusão dos grupos mais vulneráveis (crianças, jovens, famílias monoparentais, desempregados, minorias étnicas e emigrantes), como a quantidade de pessoas a viver no limiar de pobreza na UE.

De forma não surpreendente, as pessoas que experienciam desemprego, empobrecimento e disrupções familiares, têm um risco aumentado de desenvolver problemas a nível da sua saúde mental, tais como ansiedade, depressão, dependência de álcool ou substâncias ilícitas, comportamentos autolesivos e suicídio.

As situações de endividamento, particularmente as que se relacionam com a habitação própria, são um dos principais motivos que desencadeia estas situações — quanto maior a dívida que as pessoas têm, maior a probabilidade de verem a sua saúde mental fragilizada.

Como Mitigar os Efeitos da Crise Económica na Saúde Mental

É sabido que as perturbações mentais são universais, afetando pessoas de todos os países, sociedades, classes sociais, idades e etnias.

Esta universalidade induz uma extensão do problema, estimando-se que cerca de 450 milhões de pessoas sofram de perturbações mentais, verificando-se que, quatro das seis causas principais de anos vividos com incapacidade são devidas a doenças mentais.^{7,31,48}

Não se estranha, portanto, que a doença mental tenha um enorme impacto económico nas sociedades, e na qualidade de vida dos indivíduos e das suas famílias.^{7,31,48}

Este cenário torna evidente que os governos devem ter uma reposta organizada, e alocar os recursos financeiros, materiais e humanos adequados para dar resposta à magnitude deste problema. No entanto, esta resposta está sujeita às contingências de cada sociedade, podendo estas influenciar o modelo e as especificidades da

organização, financiamento e afetação dos recursos dos serviços de saúde mental.^{7,31,48}

Apesar disso, nos últimos anos, as políticas de saúde europeias e mundiais têm-se centrado na saúde mental.

O ano de 2005 foi pautado pela aprovação conjunta da *Mental Health Declaration and Action Plan for Europe* pela OMS (região europeia), Comissão Europeia e Conselho Europeu, a qual pretendeu dar resposta aos desafios europeus de saúde mental.^{29,30,48}

A estratégia delinada em 2005 pelos Ministros da Saúde europeus, em alinhamento com o atual *Mental Health Action Plan 2013-2020* definiu, entre outros, como pontos fundamentais a necessidade dos países europeus: criarem e implementarem sistemas de saúde mental compreensivos, integrados (Cuidados de Saúde Primários, Secundários, Continuados e Serviços Sociais) e eficientes, que abranjam a promoção, a prevenção, o tratamento, a reabilitação e a prestação de cuidados; garantirem uma força de trabalho competente e efetiva em todas as áreas acima referidas e, um financiamento justo e adequado para a saúde mental.^{29,30,48}

Em 2011, o relatório publicado pela OMS sobre o impacto da crise económica na saúde mental, destacou cinco medidas no sentido de mitigar os efeitos negativos da mesma: programas para estimular o mercado de trabalho e de emprego; programas de apoio às famílias; controlo da disponibilidade e dos preços das bebidas alcoólicas; aumento dos cuidados de saúde para os indivíduos em risco de terem problemas relacionados com a sua saúde mental; e alívio da dívida dos países.⁴

Os programas ativos de criação de emprego, têm por objetivo manter e reintegrar os indivíduos no mercado de trabalho, uma vez que se sabe que na UE por cada 1% de aumento da taxa de desemprego, a taxa de suicídio sobe cerca de 0.8%. Por outro lado, por cada \$100 por pessoa despendido anualmente neste tipo de programas, o desemprego reduz 1% e o suicídio 0.4%.⁴

Os programas de apoio às famílias, incluem por exemplo um incremento no abono familiar concedido pelos governos, assim como maior apoio financeiro aquando dos períodos de licença de maternidade ou paternidade, já que na UE por cada \$100 por pessoa despendido anualmente, se reduz o efeito do desemprego nas taxas de suicídio em 0.2%.⁴

O controlo dos preços do álcool e da sua disponibilidade, fazem com que o seu consumo seja menor e, daí, que seja possível reduzir a dependência associada ao mesmo e os comportamentos autolesivos que dele também possam surgir.⁴

A necessidade de uma maior acessibilidade aos cuidados de saúde é essencial para toda a população, de forma a que se possa promover a saúde mental, prevenir situações limite, e detetar atempadamente situações de risco a fim de as orientar eficaz e corretamente.⁴

Os programas de alívio da dívida dependem mais das políticas internacionais e do que é possível negociar entre as entidades competentes. Contudo, é sabido que

sendo possível melhorar a situação económica da população, esta irá ficar menos exposta a problemas de saúde mental, e poderá ter recursos económicos para aceder a cuidados de saúde se necessitar.⁴

Estas medidas servem como sugestões de linhas de atuação nos diferentes países, que têm de ser ajustadas à realidade sociocultural dos mesmos para que possam atingir o seu potencial.

Embora as crises económicas estejam na sua grande maioria associadas a um aumento da dependência de álcool, na Grécia, por exemplo, verificou-se o efeito oposto, tendo o consumo de álcool diminuído — pelo que neste caso as medidas relativas ao preço e disponibilidade de álcool não serão uma prioridade. Por outro lado, como é sabido pela cultura do povo mediterrânico, as medidas que englobam programas de apoio às famílias podem ser extremamente importantes, devendo ser uma prioridade na Grécia e nos restantes países do sul da Europa.⁴

A psicoterapia, por sua vez, pode ser fundamental para ajudar a aumentar a resiliência dos indivíduos. Ainda que os profissionais de saúde não possam devolver o emprego que as pessoas perderam e que não consigam modificar as dificuldades financeiras das famílias, podem ajudar os vários elementos da mesma a apoiarem-se e a aceitarem uma nova forma de viver o seu dia-a-dia — embora com menos retorno financeiro, certamente com mais apoio e ganho emocional.⁴

Um outro aspeto fundamental para diminuir os problemas psíquicos dos indivíduos, é acabar com o estigma da sociedade em relação à doença mental e, desfazer os mitos associados ao suicídio.

O Papel dos Profissionais de Saúde na Avaliação e Orientação do Risco de Suicídio

No contexto da avaliação do risco de suicídio é importante que esta aponte para uma orientação que efetive a sua prevenção e melhore a qualidade de vida da pessoa.

Neste processo de avaliação não há uma conduta única, sendo necessário que o método envolva flexibilidade e que englobe os inúmeros aspetos do suicídio. Como foi possível perceber, os fatores de risco e proteção são muitos e não há uma fórmula que revele as combinações corretas, pelo que, para que o indivíduo seja compreendido, é fundamental a análise e a integração dos vários dados. A literatura aponta várias técnicas, entre elas está, principalmente, a entrevista clínica e o uso de instrumentos de auto-aplicação (testes, escalas).

Após a avaliação do risco, o clínico pode decidir desde um acompanhamento em ambulatório até ao internamento imediato, seguindo por exemplo, um modelo com o enquadramento do risco em alguma das três classificações seguintes:

Risco eminente: quando o clínico acredita que a pessoa poderá tentar suicídio o mais breve possível e que, provavelmente, não retornará no próximo encontro ou nem chegará à sua residência. Nestes casos, está indicado chamar algum familiar

ou responsável imediatamente, para que possa ser informado do risco e possa atuar como rede social de apoio e, em seguida, o internamento é fundamental para que o indivíduo possa superar esse momento de crise.

Risco a curto prazo: o clínico julga que nas próximas duas semanas a pessoa tentará suicidar-se. Nesse momento, a rede social de apoio precisa ser contactada e avaliada, para saber se terá condições de promover uma monitorização constante. Caso esta seja possível, as possibilidades de tratamento em ambulatório devem ser exploradas, e devem ser providenciadas medidas imediatas quanto a tratamento psiquiátrico e psicológico. Caso não seja possível, está indicado o internamento.

Risco a médio prazo: quando o clínico acredita que se a pessoa tentar suicídio será somente em um mês ou dois. Nesta situação, e quando a rede social de apoio é efetiva, o tratamento em ambulatório é possível.

A ideação, o planeamento e a intencionalidade devem ser destacados, pois estão presentes na maioria dos instrumentos para a avaliação e podem ajudar a definir o nível de risco.

A estratégia de abordagem dos indivíduos com ideação suicida, comportamentos autolesivos, ingestão excessiva de medicamentos, ou utilização de outro método potencialmente letal, visa uma compreensão e uma explicação, que está para além do reconhecimento dos sintomas. Podem ser adotados procedimentos de psicoterapia, psicofarmacoterapia e suporte social, privilegiando sempre um acompanhamento regular de proximidade.

Em muitos casos o Médico Assistente do indivíduo é quem tem o primeiro contato com situações de risco, e pode geri-las em ambulatório. No entanto, tal como supracitado, existem situações de elevado risco, que implicam orientação para um especialista em Psiquiatria e/ou internamento.

Optando pelo encaminhamento, o médico deve: explicar ao paciente, com tempo, as razões para o encaminhamento; diminuir o estigma e a ansiedade em relação às medicações psicotrópicas, deixando claro que as terapias psicológicas e farmacológicas são eficazes; enfatizar que encaminhamento não significa “abandono”, e assegurar que a relação com o paciente continuará.

Todos os profissionais de saúde devem estar sensibilizados e alerta para diagnosticar situações de risco de suicídio.

Neste ponto, importa ainda destacar que os CSP oferecem oportunidades ímpares para a prevenção das perturbações mentais, e para a promoção da saúde mental, assim como para a educação da família e da comunidade, e ainda para a colaboração com outros sectores da sociedade.⁴⁸

O atual modelo de intervenção em saúde mental é baseado na integração dos serviços de saúde mental nos de saúde geral, apoiado por equipas comunitárias multidisciplinares, articuladas com os CSP — modelo considerado pela OMS e a UE

como o de maior efetividade e mais económico.⁴⁸

Todavia, os Cuidados Continuados em saúde mental continuam sem dar uma resposta satisfatória ao nível da cobertura nacional, o que pode acentuar alguma carência em termos do número de internamento de adultos, uma vez que a ausência de respostas reabilitativas comunitárias para as pessoas com perturbações mentais agrava o risco de agudização dessas patologias, em geral crónicas.⁴⁸

Tendo em conta esta lacuna, é necessário criar em grande parte dos Serviços Locais de Saúde Mental, sediados em hospitais gerais, Equipas Comunitárias de Saúde Mental que garantam uma articulação efetiva com os CSP.⁴⁸

Esta prática contribuirá assim para a melhoria da capacidade diagnóstica e terapêutica dos Médicos de Medicina Geral e Familiar, bem como da intervenção dos Profissionais de Enfermagem, e outros profissionais de saúde, nos CSP.⁴⁸

Por outro lado, também irá permitir gerir de modo mais eficiente indivíduos com perturbações mentais graves, sobretudo aqueles com perturbações depressivas graves, particularmente em risco de suicídio.⁴⁸

Estratégias de Prevenção de Suicídio: o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio e Outras Intervenções

O suicídio é um fenómeno complexo e multifacetado fruto da interação de fatores de ordem filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social.³⁴

As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos, e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídios consumados), implicam interações e sinergias multissetoriais, multiculturais e multiprofissionais, onde a vertente da saúde deverá funcionar como o núcleo central no planeamento, organização, operacionalização e avaliação, mas nunca de forma isolada.³⁴

Baseado em cinco princípios — acessibilidade e equidade; multiculturalidade e multidisciplinaridade; proximidade; sustentabilidade; evidência científica e boas práticas — foi em criado em Portugal, no ano de 2013, o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS).³⁴

O PNPS contempla, assim, as condições para uma uniformização da terminologia, melhoria no registo dos atos suicidas e, a prazo, uma redução de comportamentos autolesivos e atos suicidas — finalidade primeira e última de qualquer iniciativa desta natureza.³⁴

Numa primeira fase (2013-2014) os principais objetivos foram os seguintes: uniformizar a terminologia e os registos dos comportamentos autolesivos e atos suicidas; iniciar a caracterização de forma rigorosa; aumentar os níveis de bem estar psicológico; aumentar a acessibilidade aos cuidados de saúde; reduzir o acesso a meios letais; melhorar o acompanhamento após alta de internamento hospitalar;

melhorar a informação e a educação em saúde mental; diminuir o estigma em torno da doença mental e do suicídio; sensibilizar os *media* para a necessidade da aplicação dos princípios para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas; monitorizar e avaliar o PNPS.³⁴

Numa segunda fase (2014-2017), ainda em curso, espera-se que sejam cumpridos os seguintes objetivos: continuar a aumentar os níveis de bem-estar psicológico; continuar a diminuir os comportamentos autolesivos e atos suicidas; aumentar a informação em saúde mental; aumentar o acompanhamento de pessoas com comportamentos e atos lesivos através de consultas especializadas em todos os distritos; aumentar a investigação neste domínio com ênfase nos aspetos socioculturais e outros correlacionados com comportamentos autolesivos e atos suicidas; monitorizar e avaliar o PNPS.³⁴

Estes objetivos pressupõem a adaptação das medidas indicadas tendo em conta áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas com maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (p. ex. Alentejo), ou a contextos específicos (p. ex. Serviços Prisionais ou das Forças Armadas), que poderão justificar a elaboração e a implementação de planos próprios.³⁴

Em relação à população geral, várias medidas podem ser adotadas: campanhas de informação/educação nas escolas e comunidades visando a redução do estigma sobre a doença mental, com ênfase na depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas; informação sobre serviços, redes e associações de apoio na prevenção e pósvenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas; aumento da rede de cobertura ao nível dos cuidados de saúde primários e da articulação com serviços especializados através de equipas de saúde mental comunitária; facilitar o acesso aos cuidados de saúde quando são identificadas vulnerabilidades endógenas no campo da saúde mental (p. ex. depressão, perturbação da personalidade ou perturbação de impulsos) ou outra (p. ex. doença oncológica, dor crónica, ou doença incapacitante), ou externas (p. ex. desemprego, endividamento, consumo de álcool, problemas familiares, perda de habitação); sensibilização das autarquias e instituições públicas para a criação de barreiras protetoras em locais identificados como potencialmente perigosos para a prática de atos suicidas por precipitação (p. ex. pontes); maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas; campanha de sensibilização da comunicação social sobre as boas práticas do modo de noticiar comportamentos autolesivos e atos suicidas; formar e desenvolver redes de parceiros sociais na autarquia/comunidade e em contextos específicos (p. ex. escolas, Forças de Segurança, prisões); aumentar o horário de atendimento de linhas de telefone SOS através de sinergias e complementaridade entre as existentes; contribuir para uma maior racionalização da política do medicamento, particularmente na prescrição de psicofármacos, sobretudo benzodiazepinas e antidepressivos.³⁴

Naturalmente, os cuidados e os profissionais de saúde também têm um papel preponderante neste processo. Assim, é importante existirem campanhas de informação/sensibilização para a problemática do suicídio; uniformizar a terminologia diagnóstica; diagnosticar os casos de risco atempadamente; reforçar a articulação

dos cuidados de saúde primários com os cuidados de saúde mental comunitária e, aumentar a cobertura nacional de consultas de prevenção de suicídio, promovendo a existência de uma resposta especializada e acessível em cada hospital com valência de Psiquiatria.³⁴

O estigma da doença mental, entendido como um constructo multifacetado que inclui pouco conhecimento, preconceito, discriminação e rotulagem negativa, representa um dos maiores obstáculos para as pessoas com doença mental e para as suas famílias, causando entraves sérios ao pedido de ajuda, e comprometendo a intervenção dos serviços de prevenção do suicídio, incluindo o aconselhamento e a pósvenção.³⁴

Relativamente aos mitos em torno da temática do suicídio, destacam-se aqui alguns: “a pessoa que fala sobre suicídio não fará mal a si própria, apenas quer chamar a atenção” — todas as ameaças devem ser encaradas com seriedade, até porque muitos suicidas comunicam previamente a sua intenção; “o suicídio é sempre impulsivo e acontece sem aviso” — apesar de frequentemente parecer impulsivo, pode obedecer a um plano e ter sido comunicado anteriormente; “os indivíduos suicidas querem mesmo morrer ou estão decididos a matar-se” — muitos suicidas conversam previamente com outras pessoas ou ligam para uma linha de emergência, o que mostra a ambivalência que subjaz ao ato suicida; “quando um indivíduo mostra sinais de melhoria ou sobrevive a uma tentativa está fora de perigo” — na verdade, um dos períodos de maior risco é o que surge durante o internamento ou após a alta, pelo que a pessoa permanece em risco; “a tendência para o suicídio é sempre hereditária” — há dúvidas acerca desta possibilidade, mas sabe-se que uma história familiar de suicídio é um fator de risco importante, particularmente em famílias onde a depressão é comum; “os indivíduos que tentam ou cometem suicídio têm sempre uma perturbação mental” — como já foi referido em muitos casos existe patologia mental subjacente, contudo, a existência desta não é patognomónica de ideação suicida, e também há vários casos de suicídio por outros motivos que não uma doença mental; “se alguém falar sobre suicídio com outra pessoa está a transmitir a ideia de suicídio a essa pessoa” — não se causam comportamentos suicidas por se falar com alguém sobre isso; “o suicídio só acontece aos outros” — o suicídio é uma realidade transversal, podendo ocorrer em qualquer pessoa, independentemente do estrato socioeconómico ou das relações familiares; “após uma tentativa de suicídio a pessoa nunca mais volta a tentar matar-se” — uma tentativa de suicídio prévia constitui um fator major para uma recidiva do ato.³⁴

Os telefones de ajuda merecem destaque na prevenção do suicídio, na medida em que tentam diminuir o isolamento das pessoas em risco oferecendo alguém que está disponível para escutar. Os sentimentos, geralmente contraditórios — querer morrer e querer viver — podem ser partilhados com outra pessoa, e quem liga não vê as expressões faciais de quem ouve, e sente que é um ser igual do outro lado da linha. É, paradoxalmente, esta possibilidade de estabelecer uma ponte com outra pessoa, este reavivar de sentimentos de partilha e solidariedade, que permite algumas vezes ultrapassar ou adiar a situação aguda de risco de suicídio. Ainda que as pessoas em alto risco de suicídio representem menos de 10% das chamadas para os telefones

de ajuda, estes são importantes recursos de saúde mental para as pessoas em sofrimento.³⁴

O primeiro serviço de ajuda telefónica em Portugal — SOS Voz Amiga (Lisboa), surgiu em 1978. Posteriormente seguiram-se outros, dos quais se destacam o SOS Telefone Amigo (Coimbra), Telefone da Amizade (Porto), SOS Estudante (Coimbra), SOS Palavra Amiga (Viseu), Escutar Voz de Apoio (Gaia), Conversa Amiga (Lisboa), e Telefone da Esperança (Porto). Estas organizações partilham normas gerais como a confidencialidade das chamadas, anonimato do apelante, aceitação da diferença, ausência de julgamento ou pressão, incluindo a pressão religiosa, política ou ideológica, e assentam na seleção e formação adequada dos voluntários.³⁴

Um outro telefone importante é o Saúde 24, em que é possível fazer uma triagem clínica do comportamento suicida, através de uma avaliação algorítmica. Os objetivos na avaliação suicida estão relacionados com o despiste/avaliação das situações agudas, bem como facultar informação para a prevenção e o aconselhamento. A triagem é suportada na árvore de decisão e guia a avaliação/decisão clínica, intervenção terapêutica, prevenção e a orientação/encaminhamento mais adequado.³⁴

Todavia, de pouco serve um plano de prevenção se não existir monitorização e avaliação do mesmo, pelo que faz sentido que sejam criadas equipas com este fim (p. ex. ACeS com maior incidência de atos suicidas) e que essas avaliações sejam publicadas periodicamente, de modo a facilitar a análise da eficácia do plano, e a elaboração de medidas corretivas que sejam necessárias.³⁴

Sendo o suicídio um fenómeno de grande complexidade e multiplicidade fatorial, haverá que obter mensurações através de diversos indicadores: decréscimo da prevalência de depressão; decréscimo da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas; difusão de maior conhecimento sobre o suicídio e a existência de fatores de proteção, para enumerar apenas alguns.³⁴

Não é fácil avaliar a eficácia de um programa de prevenção do suicídio e, também não é fácil mensurar de forma exata o número de mortes por suicídio, uma vez que estão frequentemente subvalorizadas.

Uma sugestão interessante vem de um sistema implementado na Irlanda — *National Registry of Deliberate Self-Harm*. Este sistema tem por objetivo determinar e monitorizar a incidência e a repetição de auto-lesões que se apresentam nos serviços de urgência do país, no sentido de identificar grupos e áreas de maior incidência, e uniformizar os serviços de saúde e os vários profissionais que podem intervir na prevenção de comportamentos suicidas.

Portugal, por sua vez, está a preparar uma nova intervenção. Não é de hoje que se conhecem os benefícios das aplicações de saúde que os indivíduos instalam nos seus equipamentos electrónicos. São cada vez mais as opções deste tipo de aplicações que se podem instalar gratuitamente nos *smartphones* ou *tablets* — equipamentos cada vez mais comuns entre todos, incluindo mesmo as pessoas mais idosas.^{8,13}

Recentemente, no final de Maio deste ano, foi apresentada uma aplicação que irá ajudar no tratamento e seguimento de pessoas com depressão ligeira a moderada, combatendo assim a doença e prevenindo o suicídio.

Esta plataforma digital de autoajuda faz parte de um projeto da EUTIMIA — representante em Portugal da Aliança Europeia Contra a Depressão. Trata-se de uma ferramenta cognitiva comportamental, por módulos, que as pessoas utilizam quando é prescrita pelo Médico de Família, e que depois é guiada pelo próprio Médico de Família, Enfermeiro ou Psicólogo dos CSP, que trabalham em equipa no seguimento destas pessoas.^{8,13}

O projeto já começou, as ferramentas estão a ser adaptadas e estão a ser introduzidas melhorias. No decorrer do mesmo, os médicos vão ser treinados para reconhecer quem é que tem indicação para lhe ser prescrita esta plataforma, e os enfermeiros e psicólogos vão ser treinados para fazer essa orientação.^{8,13}

Em Setembro, irá ser feita a formação primeiro dos líderes regionais – entre 12 e 20 pessoas que trabalham no norte – para depois estes treinarem “peritos em depressão” que trabalham nos CSP e que ficam capacitados para diagnosticar e tratar a depressão, inclusivamente por meios não farmacológicos. Está prevista a formação de um universo de 4300 profissionais dos CSP (1 700 Médicos de Família e 2 435 Enfermeiros, entre outros especialistas), dos quais 900 serão os considerados peritos em depressão.^{8,13}

Esta iniciativa irá envolver assim cerca de um milhão de utentes, sendo que se estima que 200 mil sofram de depressão. Os outros envolvidos são pessoas com patologias mentais comuns que utilizam os CSP.^{8,13}

Cientificamente comprovada em termos de eficácia, espera-se que esta aplicação e a formação dos profissionais de saúde sejam mais dois passos fulcrais na prevenção do suicídio, no combate à depressão, e na melhoria da qualidade de vida da nossa população.^{8,13}

Considerações finais

As crises económicas são uma realidade. Ao longo da história várias ocorreram e os efeitos negativos na saúde são notórios.

Todavia, as dificuldades financeiras dos indivíduos podem constituir oportunidades de melhoria de alguns aspetos do seu bem-estar — maior uso de transportes públicos, bicicletas, ou andar a pé para os locais de trabalho; frequentar as ruas durante esse percurso cruzando-se com amigos e conhecidos, reduzindo assim o isolamento social; redução do excesso de peso e das comorbilidades a este associadas; frequentar centros de dia com atividades recreativas gratuitas que aumentem assim o seu sentido de bem-estar e diminuam estados depressivos e condutas autolesivas.

A chave para contornar os efeitos socioeconómicos negativos de uma crise reside em grande parte nas políticas governamentais, e no sentido de coesão social existente na sociedade — tal como aconteceu na Islândia onde os efeitos da crise não se fizeram sentir de forma tão significativa, em grande parte pela união e pelo sentido de pertença que existe entre o governo e a população islandesa.

Contudo, as sociedades não são todas iguais e, a verdade é que as políticas económicas internacionais podem ultrapassar o poder de decisão de um país. Por isso, é crucial que os profissionais de saúde estejam alerta para cuidar de uma população com a sua saúde em risco.

Fatores individuais, sociais, e culturais, interagem de forma integrada e cumulativa no sentido de levar uma pessoa a suicidar-se, mas, o estigma associado à doença mental faz com que muitas pessoas não procurem ajuda.

A forma como a sociedade perceciona o suicídio tem um enorme impacto na prevenção.

As campanhas de prevenção do suicídio para a população geral visam sobretudo a diminuição do estigma e o aumento do conhecimento em torno dos comportamentos da esfera suicidária.

Quando se fala do combate ao estigma da doença mental, é inevitável considerar a imprensa e a comunicação social em geral, preciosíssimos aliados ou, se não sensibilizados, difusores potentes de preconceitos e perspetivas incorretas, quer na abordagem geral das temáticas de saúde mental, quer no modo como muitas vezes tratam as mortes violentas, o suicídio em particular.

Por outro lado, é necessário enfatizar junto dos profissionais de saúde o reconhecimento do risco de suicídio e sinais de alarme, que devem ser diagnosticados atempadamente a fim de existir uma prevenção eficaz.

A saúde mental é frequentemente subvalorizada no SNS, assim como a formação dos CSP, apesar de a investigação mostrar que cerca de 2/3 dos indivíduos que se suicidaram tiveram contacto com um profissional de saúde, frequentemente o seu Médico de Família, no mês anterior à sua morte.⁴³

Nos casos em que não tenha sido possível evitar o suicídio, a estratégia de pós-venção visa apoiar no processo de luto os familiares e amigos da pessoa que se tenha suicidado. É comum acharem que fracassaram em proteger a pessoa de quem gostavam e, sentirem que são tratados de forma diferente, acabando por se isolar e ficar em risco. Os principais objetivos são não só facilitar a resolução do processo de luto, mas também prevenir outros atos suicidas.

Referências Bibliográficas

1. BAECHLER, Jean. Les Suicides. Calmann Lévy. 1975.
2. BASU, Sanjay, et al. Increase In Suicide Rates In The USA During Economic Recession. November 2012.
3. BECKER, Annette. Maurice Halbwachs, Un Intellectuel En Guerre Mondiales, 1914-1945. Paris. Agnès Viénot. 2003.
4. CHRISTODOULOU, G.N. Financial Crisis: Impact On Mental Health And Suggested Responses. 2013.
5. CUSTOS E PREÇOS NA SAÚDE: Passado, Presente E Futuro. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Lisboa. Junho 2013.
6. DE LEO, Diego; FLEISCHMANN, Alexandra. The World Health Organization Report On Suicide. A Fundamental Step In Worldwide Suicide Prevention. Crisis. 2014. Vol 35 (5). p289-291.
7. DLOUHY, M. Mental Health Policy In Eastern Europe: A Comparative Analysis Of Seven Mental Health Systems. BMC Health Services Research. 2014.
8. Doentes Do SNS Com Depressão Vão Poder Fazer Psicoterapia Através De Smartphone. Jornal Médico. <http://www.jornalmedico.pt/2015/05/26/doentes-do-sns-com-depressao-vao-poder-fazer-psicoterapia-atraves-de-smartphone/>. Acessado em 26 de Maio de 2015.
9. DURKHEIM, Émile. Le Suicide. Stude De Sociologie. Paris. Félix Allan Éditeur. 1897.
10. ECONOMIC CRISIS IN EUROPE: Causes, Consequences And Responses. European Economy 7. European Commission. Luxembourg. 2009.
11. EUROBARÓMETRO. PORDATA. Conhecer a Crise, A Crise Tem Muitas Caras, Conhecer os Números: Expetativas Sobre O Emprego Em Portugal. Lisboa. Pordata. Eurobarómetro. 2013.
12. EUROPEAN PACT FOR MENTAL HEALTH AND WELL-BEING. EU High Level Conference. "Together For Mental Health And Well-Being". World Health Organization. Brussels. 2008.
13. EUTIMIA. Aliança Europeia Contra A Depressão Em Portugal. Relatório De Atividades. 2013.
14. FIT MIND, FIT JOB. From Evidence To Practice In Mental Health And Work. Organization For Economic Cooperation And Development. March 2015.
15. GIARDI, P. Suicide In Italy During A Time Of Economic Recession: Some Recent Data Related To Age And Gender Based On A Nationwide Register Study. July 2014.
16. GREEN PAPER: Improving The Mental Health Of The Population: Towards A Strategy On Mental Health For The European Union. European Union. Brussels. 2005.
17. GUSTAFSSON, Per.E, et al. Economic Crisis And Suicidal Behavior: The Role Of Unemployment, Sex And Age In Andalusia, Southern Spain. July 2014.
18. HARMONISED UNEMPLOYMENT RATES. Organization For Economic Cooperation And Development. February 2015.

19. HEALTH SYSTEMS AND THE FINANCIAL CRISIS. EuroHealth. European Observatory On Health Systems And Policies. Brussels. 2012.
20. IMPACT OF ECONOMIC CRISIS ON MENTAL HEALTH. World Health Organization. 2011.
21. IN IT TOGETHER, WHY LESS INEQUALITY BENEFITS ALL. Organization For Economic Cooperation And Development. 2015.
22. JAISSON, Marie; BANDELOT, Christian. Maurice Halbwachs, Sociologue Retrouvé. Paris. Rue D'Ulm. 2007.
23. KAWAHL, Wolfram, et al. Modelling Suicide And Unemployment: A Longitudinal Analysis Covering 63 Countries, 2000-11. Lancet Psychiatry. 2015. p239-45.
24. KENNELLY, B. The Economic Cost Of Suicide In Ireland. Crisis. 2007.
25. KESSLER, Ronald C; USTUN, T. Bedirhan. The World Mental Health Survey. Initiative Version Of The World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). International Journal Of Methods In Psychiatry Research. Vol 13. Nº 2. 2013.
26. LA MONTAGNE, et al. Economically Inactive, Unemployed and Employed Suicides In Australia By Age And Sex Over A 10 Year Period: What Was The Impact Of The 2007 Economic Recession? International Journal Of Epidemiology. October 2014.
27. McKEE, Martin, et al. Financial Crisis, Austerity And Health In Europe. March 2013.
28. McKEE, Martin, et al. The Public Health Effect Of Economic Crisis And Alternative Policy Responses In Europe: An Empirical Analysis. Lancet. July 2009.
29. MENTAL HEALTH ACTION PLAN 2013-2020. World Health Organization. Geneva. 2013.
30. MENTAL HEALTH DECLARATION AND ACTION PLAN FOR EUROPE. Facing The Challenges, Building Solutions. World Health Organization European Ministerial Conference on Mental Health. Helsinki. 2005.
31. MENTAL HEALTH POLICY AND PRACTICE ACROSS EUROPE: The Future Direction Of The Mental Health Care. Observatory On Health Systems And Policies. New York. 2007.
32. NAMER, Gérard. Halbwachs Et La Mémoire Sociale. Paris. L'Harmattan. 2000.
33. O AUMENTO DA POBREZA E DAS DESIGUALDADES. Relatório da Crise. Cáritas Europa. 2015.
34. PLANO NACIONAL DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO 2013-2017. Direção Geral Da Saúde. 2013.
35. PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL 2007-2016. Resumo Executivo. Coordenação Nacional Para A Saúde Mental. Direção Geral da Saúde. 2007.
36. PORTUGAL: DEEPENING STRUCTURAL REFORM TO SUPPORT GROWTH AND COMPETITIVENESS. Better Policies Series. Organization For Economic Cooperation And Development. July 2014.
37. PORTUGAL: SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS 2014. Direção Geral da Saúde. Novembro 2014.

38. PREVENTING SUICIDE: A Global Imperative. World Health Organization. 2014.
39. PROJEÇÕES 2030: Cenários Demográficos Para 2030 Em Portugal. Encontro Presente No Futuro. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Lisboa. 2012.
40. PROPOSTA DE PLANO DE AÇÃO PARA A REESTRUTURAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL EM PORTUGAL 2007-2016. Comissão Nacional Para A Reestruturação Dos Serviços De Saúde Mental. Ministério Da Saúde. 2007.
41. PSICOFÁRMACOS: Evolução Do Consumo Em Portugal Continental 2000-2012. Infarmed. 2012.
42. ROCA, M., et al. Economic Crisis And Mental Health. SESPAS Report 2014. March 2014.
43. SANTOS, José Carlos P., et al. Guia Orientador De Boas Práticas Para A Prevenção De Sintomatologia Depressiva E Comportamentos Da Esfera Suicidária. Ordem Dos Enfermeiros. 2014.
44. SARAIVA, Carlos Braz. Comportamentos Suicidários Em Portugal. Sociedade Portuguesa de Suicidologia. 2006.
45. SARAIVA, Carlos Braz. Depressão E Suicídio. Lidel. 2014.
46. SARAIVA, Carlos Braz. Psiquiatria Fundamental. Lidel. 2014.
47. SARAIVA, Carlos Braz. Suicídio E Comportamentos Autolesivos. Lidel. 2014.
48. SAÚDE, SÍNDROMA EM NEGAÇÃO. Relatório Da Primavera. Observatório Português Dos Sistemas De Saúde. 2014.
49. SHNEIDMAN, Edwin. Clues To Suicide. 1957.
50. SHNEIDMAN, Edwin. Essays In Self Destruction. 1967.
51. SHNEIDMAN, Edwin. Suicide As Psychache: A Clinical Approach To Self-Destructive Behavior. 1993.
52. SHNEIDMAN, Edwin. Suicidology: Contemporary Developments. 1976.
53. SHNEIDMAN, Edwin. Suicide Thoughts And Reflections, 1960-1980. 1981.
54. SHNEIDMAN, Edwin. The Definition Of Suicide. 1985.
55. SHNEIDMAN, Edwin. The Suicidal Mind. 1998.
56. SHNEIDMAN, Edwin. The Psychology Of Suicide: A Clinician's Guide To Evaluation And Treatment. 1970.
57. SOCIEDADE PORTUGUESA DE SUICIDOLOGIA. O Perfil Do Suicida. <http://www.spsuicidologia.pt/sobre-o-suicidio/procura-apoio/sobre-o-suicidio>. Acessado em 5 de Junho de 2015.
58. STEFANIS, C.N., et al. Major Depression In The Era Of Economic Crisis: A Replication Of A Cross-Sectional Study Across Greece. March 2013.
59. STUCKLER, David., et al. Impact Of 2008 Global Economic Crisis On Suicide: A Time Trend Analysis in 54 Countries. British Medical Journal. September 2013.
60. STUCKLER, David., et al. Suicides Associated With The 2008-10 Economic Recession in England: Time Trend Analysis. British Medical Journal. August 2012.
61. STUCKLER, David., et al. The Mental Health Risks Of Economic Crisis In Spain: Evidence From Primary Care Centres, 2006 and 2010. April 2012.

62. SURKAN, P.J., et al. Work Characteristics And Suicidal Behavior in Young Adults In France. October 2014.
63. THE FINANCIAL CRISIS AND GLOBAL HEALTH. Report Of A High Level Consultation. World Health Organization. Geneva. 2009.
64. THE GLOBAL BURDEN OF DISEASE: 2004 UPDATE. World Health Organization. 2008.
65. THIRD EU HEALTH PROGRAMME 2014-2020. European Commission. 2014.
66. VAN HAL, G., et al. Employment Loss During Economic Crisis And Suicidal Thoughts in Belgium: A Survey in General Practice. October 2013.
67. WIEBE, Douglas, et al. The Impact Of Economic Austerity And Prosperity Events On Suicide in Greece: A 30 Year Interrupted Time-Series Analysis. British Medical Journal. 2015.
68. WORLD HEALTH STATISTICS 2014. World Health Organization. 2014.
69. 25 ANOS DE PORTUGAL EUROPEU. Comentários Ao Estudo. Fundação Francisco Manuel Dos Santos. Lisboa. 2013.

Agradecimentos

Após a elaboração deste trabalho, não tenho dúvidas de que esta página é, por razões emocionais, a mais difícil de escrever.

Perdoem-me, desde já, por não citar todos os nomes que tenho em mente. Muitos saberão quem são, e aqueles que não o sabem, podem estar certos que não me esqueci do contributo que tiveram na minha formação, como pessoa, e como aprendiz da arte da Medicina.

Em primeiro lugar, obrigada à Prof.^a Sara Moreira e à Dr.^a Margarida Branco, por me terem aceite neste projeto, pela ajuda que me deram e pela serenidade com que sempre me receberam no acompanhamento deste trabalho.

Ao Mr. John Braton, ao Prof. John Casenelli e ao Prof. Francisco Mariz, obrigada pela frontalidade, pelas palavras que me disseram em momentos chave, pela dedicação, e pelo carinho com que me incentivaram, ajudaram e acompanharam no meu percurso.

Como diria o Dr. Luís de Carvalho, que tive o privilégio de conhecer, “O caminho faz-se andando” — frase gravada na placa do corredor do nosso Hospital, que tantas vezes eu li durante estes anos. Espero que todos os que pisem estes corredores vistam a camisola, e que, tal como eu, em momentos mais difíceis tenham a memória reavivada por esta frase. Obrigada ao ICBAS e ao Hospital de Santo António. Serão sempre a minha Escola.

Ao Meu Pai, e à Minha Mãe, um obrigada muito especial — aquele que dificilmente eu conseguiria expressar por palavras — por tudo, incondicionalmente, sempre.

Porto, 8 de Junho de 2015.