

INTRODUÇÃO

O suicídio e a tentativa de suicídio são apontados como importantes problemas de saúde pública em todo o mundo (Purebl et al., 2015). É uma importante causa de morte em muitos países da Europa. Em 2013, registaram-se 60 000 mortes por suicídio nos estados membros da União. O suicídio é um fenómeno complexo, com causas múltiplas, resultante da interação de fatores de natureza filosófica, antropológica, psicológica, biológica e social. Está reconhecidamente subdeclarado na medida em que a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada, por um lado e por outro, a atribuição da etiologia suicida nem sempre é evidente (DGS, 2016).

De acordo com a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, o risco de suicídio tende a aumentar com idade (OECD, 2016). Além disso, há diferenças na taxa de suicídio (TS) de acordo com o género.

Na união europeia a TS é quatro vezes superior nos homens em comparação com as mulheres sendo que estas tendem a usar métodos menos fatais que homens (OECD/EU, 2016).

A depressão surge como a entidade que mais contribui para as mortes por suicídio, (Santana, Costa, Cardoso, Loureiro, & Ferrão, 2015; Purebl et al., 2015), no entanto, comportamentos de risco, como consumo excessivo de álcool, uso de drogas ilegais, tabagismo, horas de sono reduzidas e uso elevado da internet podem estar associados (Purebl et al., 2015; OECD, 2014). Embora exista evidência científica a referir os problemas graves de saúde mental na esmagadora maioria das pessoas que se suicidam ou se tentam suicidar, as crises económicas, enquanto geradoras de desemprego, empobrecimento e insegurança, surgem como risco acrescido de suicídio (Wahlbeck & Mcdaid, 2012; DGS, 2016).

Além destas componentes, o fenómeno do suicídio, seus contextos e consequências, vertem para a grande área da saúde mental, um conjunto de problemáticas e constrangimentos, com os quais é necessário lidar. Desde os apoios e orientação psico afetiva dos elementos familiares, tentando dar sentido à perda, bem como o acompanhamento dos respetivos lutos, até à gestão da perturbação que se desencadeia no seio da comunidade onde o suicídio ocorre.

Este conjunto de consequências, mobiliza técnicos e instituições, que de uma forma ou de outra dizem respeito à saúde mental.

Eis porque, a nível global, o suicídio é uma prioridade plasmada no WHO Mental Health Action Plan (2013-2020), onde os estados membros se comprometem reduzir as taxas de incidência deste fenómeno para os 10% até 2020 (WHO, 2013).

Assim, fazer a análise da variação temporal e geográfica deste problema de saúde pública ajuda a compreender o fenómeno, permitindo não só a implementação de estratégias preventivas, mas também prever a necessária disponibilidade de profissionais e serviços de apoio, quer ao conjunto de sentimentos difíceis de gerir, quer ao processo, quase sempre doloroso, do luto. Partindo dos pressupostos atrás assumidos, foi desenvolvido um trabalho com o objetivo de conhecer e avaliar a variação temporal da TS nos dois países da Península Ibérica.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de tendências temporais baseado em dados secundários de vigilância epidemiológica. Recorreu-se à base de dados da OCDE (OCDE, 2017) disponível online ao público e que contém informação sobre indicadores de saúde, recolhidos de forma sistemática em cada ano civil, nos diferentes países membros da OCDE.

Desta base de dados obtiveram-se as estimativas (taxas de mortalidade e número de óbitos por suicídio) para cada ano entre 1971 e 2013 reportadas em Portugal e Espanha, estratificando de acordo com o género. Com base nestas estimativas obtiveram-se os valores da população para cada ano, país e género.

Para avaliar a tendência do suicídio ao longo do tempo, utilizaram-se modelos de regressão linear segmentada (joinpoint regression models) aplicados a cada grupo (homens e mulheres) e em cada país (Portugal e Espanha).

Esta abordagem estatística permite obter segmentos de reta separados por pontos de inflexão (joinpoints) que indicam os anos em que houve mudança significativa na evolução temporal da mortalidade. A partir do declive de cada segmento de reta é possível obter a percentagem de variação anual (%VA) da taxa. Desta forma, obtiveram-se medidas de tendência ao longo do tempo expressas em %VA negativa (se houve diminuição durante o período) ou positiva (se houve aumento durante o período) e respetivo intervalo de confiança a 95% (IC95%).

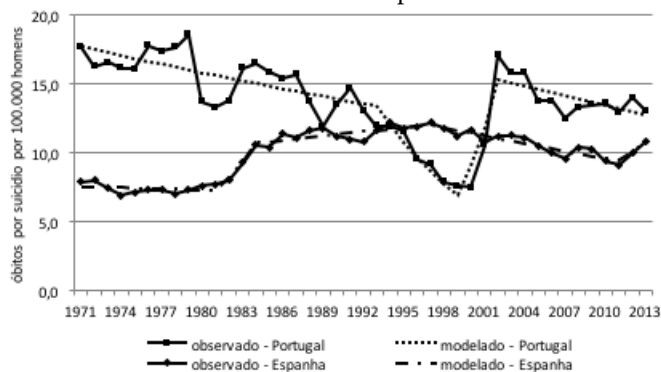
Para esta análise, utilizou-se o programa Joinpoint versão 4.3.1.0.

As taxas de mortalidade observadas e previstas pelo modelo de regressão apresentam-se como sendo o número de óbitos por 100.000 indivíduos do respetivo género. O nível de significância considerado foi de 0,05. Utilizaram-se dados disponibilizados ao público em geral pela OCDE, por isso, não houve necessidade de aprovação pela Comissão de Ética.

RESULTADOS

Com exceção do período entre 1995-2001 a TS nos homens é mais elevada em Portugal do que em Espanha. Em Portugal a TS nos homens variou de 17,7 a 18,8 entre 1971 e 1979, atingindo o valor mínimo de 7,5 em 2000, e aumentando depois, para atingir 13,1 em 2013. Em Espanha a TS nos homens variou de 7,5 a 10,8 ao longo do período em estudo (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Evolução temporal da TS em homens, de acordo com o país.



O Quadro 1, mostra a %VA para a tendência temporal de TS em homens de acordo com o país. Em Portugal, observaram-se grandes flutuações na TS mas, de acordo com o modelo de regressão houve descidas estatisticamente significativas de 1,3% ao ano (IC95%: -1,8 a -0,7) entre 1971 e 1993 e de 10,3% ao ano (IC95%: -16,0 a -4,5) entre 1993 e 1999. Um aumento súbito de 30,2% ao ano (IC95%: -2,9 a 74,9) (embora sem significância estatística) observou-se nos três anos subsequentes, verificando-se uma reversão, com descida da TS de 1,6% ao ano (IC95%: -3,2; -0,15) entre 2002 e 2013.

Quadro 1 - Percentagem de variação anual (%VA) e pontos de inflexão para a TS em homens

Portugal homens		Espanha homens	
Período	%VA (IC95%)	Período	%VA (IC95%)
1971-1993	-1,3 (-1,8; -0,7) *	1971-1981	-0,4 (-1,5; 0,7)
1993-1999	-10,3 (-16,0; -4,5) *	1981-1984	14,0 (0,5; 29,3) *
1999-2002	30,2 (-2,9; 74,9)	1984-1997	0,9 (0,3; 1,6) *
2002-2013	-1,7 (-3,2; -0,2) *	1997-2011	-1,7 (-2,3; -1,2) *
		2011-2013	6,7 (-3,7; 18,4)

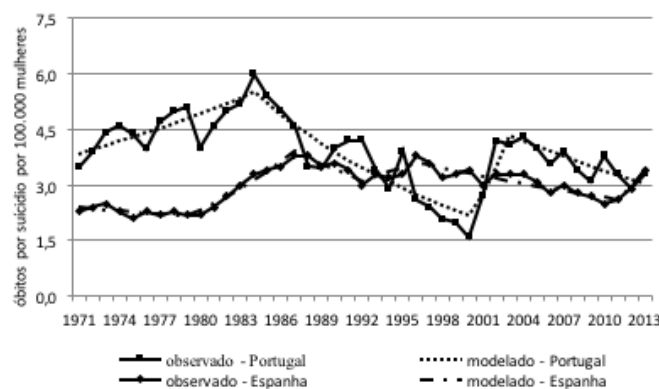
Legenda: *valores significativos $p < 0,05$

Em Espanha, e diferentemente do ocorrido em Portugal, foram constatados aumentos significativos da TS em homens de 14% ao ano (IC95%: 0,5 a 29,3) entre 1981 e 1984 e de 0,9% ao ano (IC95%: 0,3 a 1,6) entre 1984 e 1997, depois esta tendência reverteu para descida significativa entre 1997 e 2011 (%VA=-1,7; IC95%: -2,3; -1,2), voltando a observar-se uma tendência crescente embora não significativa nos últimos 3 anos (%VA=6,7; IC95%: -3,7; 18,4).

As tendências da TS observadas em mulheres de Portugal e Espanha são muito semelhantes às observadas no grupo de homens do respetivo país, embora com valores notoriamente mais baixos.

Em Portugal, a TS em mulheres variou de 3,5 para 6,0 entre 1971 e 1984, atingiu o valor mínimo de 1,6 em 2000 e após algumas flutuações ficou em 3,4 em 2013. Em Espanha, esta taxa variou de 2,3 a 3,8 entre 1971 e 1996 e com várias flutuações atingiu o valor 3,4 em 2013 (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Evolução temporal da TS em mulheres de acordo com o país.



Analisando as tendências temporais da TS em mulheres (Quadro 2), em Portugal, destaca-se uma tendência decrescente significativa entre 1984 e 2000, (%VA=-5,7 IC95%: -7,0 a -4,2). No período de 2000 a 2003, verifica-se um aumento de 26% ao ano (IC95%: -10,6 a 77,4), embora sem significância estatística. Desde 2003, observou-se em Portugal uma redução significativa da TS de 3,5% ao ano (IC95%: -5,9; -1,1).

Quadro 2 - Percentagem de variação anual (%VA) e pontos de inflexão para a TS em mulheres

Portugal mulheres		Espanha mulheres	
Período	%VA (IC95%)	Período	%VA (IC95%)
1971-1984	2,8(1,1;4,5) *	1971-1979	-1,2 (-3,1; 0,6)
1984-2000	-5,7(-7,0; -4,2) *	1979-1987	7,7 (5,5; 9,8) *
2000-2003	26,0(-10,6;77,5)	1987-1992	-4,4(-8,2; -0,4) *
		1992-1996	3,7 (-3,0; 11,0)
2003-2013	-3,5(-5,9; -1,1) *	1996-2011	-2,1 (-2,7; -1,5) *
		2011-2013	13,2(-0,3; 28,5)

Legenda: *valores significativos $p < 0,05$

Em Espanha, houve um aumento significativo da TS em mulheres (%VA=7,7 IC95%: 5,5 a 9,8) entre 1979 e 1987 que reverteu até 1992 (%VA=-4,4 IC95%: -8,2 a -0,4).

Observou-se um novo aumento seguido de redução da TS na população feminina espanhola, respetivamente entre 1992 e 1996 (%VA=3,7 IC95%: 3,0 a 11,0) e entre 1996 e 2011 (%VA=-2,1 IC95%: -2,7 a -1,5). No último período (2011-2013), observou-se uma tendência crescente, embora não estatisticamente significativa (%VA=13,2 IC95%: -0,29 a 28,5).

DISCUSSÃO

De uma forma geral a TS tanto em homens como em mulheres são mais elevadas em Portugal do que em Espanha. Os pontos de inflexão e a variação da TS são em cada país muito semelhantes entre homens e mulheres, no entanto a TS é mais elevada nos homens que nas mulheres em ambos os países, corroborando o reportado por outros autores (Santana et al., 2015). Embora Portugal apresente valores de TS mais elevados, o decréscimo ocorrido até 1999 em homens e no ano de 2000 em mulheres, esta evidência colocou Portugal numa posição mais favorável em relação a Espanha, mas apenas nos últimos anos da década de 90.

A partir de 2002, Portugal volta a apresentar valores de TS mais elevados comparativamente a Espanha, e, embora a tendência temporal da TS observada em Portugal nos últimos anos da série, seja decrescente, para ambos os géneros, em Espanha verifica-se algo diferente: os dados registam uma tendência crescente de 2011 a 2013 em homens, e de 2010 a 2013, esta tendência ocorre em mulheres.

O desemprego é um fator que tem sido associado ao suicídio pela vulnerabilidade social e económica que gera (Wahlbeck & Mcdaid, 2012; DGS, 2016). Todavia, Espanha apresenta desde 1986, as taxas de desemprego mais elevadas que Portugal, mas curiosamente, os dados relativos a Espanha, apresentam valores de TS mais baixos (INE, 2017). Esta evidência, não só expõe o fenómeno do suicídio como um fenómeno multifatorial, como sugere que, há outros fatores – eventualmente protetores – que de facto podem contrariar a tendência para o suicídio em contextos económicos adversos. Sendo a doença mental o principal fator associado ao suicídio, a maior prevalência de problemas mentais na população portuguesa, em relação a outros países europeus o que pode explicar os valores mais elevados observados em Portugal (Santana et al., 2015).

Em Portugal, salienta-se a tendência decrescente de casos de suicídio observada desde 2003. Esta tendência pode ser parcialmente explicada por algumas melhorias, embora aquém do desejado, que se têm observado no contexto português. De facto, em Portugal, ao longo da última década, o número de consultas de saúde mental duplicou (DGS, 2015).

A realidade encontrada sugere uma reflexão de toda a comunidade e profissionais no sentido de um maior investimento na Saúde Mental Positiva, integrada numa lógica de Promoção da Saúde Mental que deve ser uma prioridade (Cortez, 2016).

A preocupação com os resultados é maior, se considerarmos que por cada suicídio, há muitas mais tentativas que deixam sequelas graves nos indivíduos (DGS, 2015).

Estimativas dizem-nos que para cada adulto que morreu de suicídio, podem ter ocorrido mais de 20 outras tentativas de suicídio (Sher, 2004; World Health Organization, 2014).

Apesar do suicídio ser mais prevalente em idades mais avançadas, emerge a reflexão e um acutilante esforço na promoção da saúde mental em todos os grupos etários e consequentemente no bem-estar das populações em geral. Com o agravamento das doenças mentais a nível mundial, prevê-se um agravamento da TS, quiçá proporcional ao aumento de incidência, nas respetivas zonas geográficas onde estas patologias se verificarem.

Em Portugal, e segundo a DGS (2017), é espectável a ocorrência de um aumento da prevalência de algumas doenças mentais, assim como o aumento da taxa de suicídio em alguns setores da população (DGS, 2017), razão porque faz todo o sentido conhecer com critério as oscilações cronológicas tanto de TS, como de ocorrências de patologia mental. A monitorização deste problema deve ser uma prioridade dos governos, de modo a proporcionar respostas antecipadas e investir na promoção da saúde mental em geral e dos idosos em particular.

Cada vez mais, o investimento nesta área deverá passar pelo aumento de competências sociais e emocionais ao longo do ciclo vital para ajudar a lidar com a adversidade.

Esta perspetiva, juntamente com outras evidências que vão surgindo a partir de investigações e estudos realizados poderá ser um fator mobilizador de profissionais, de gestores institucionais, e sobretudo de decisores políticos.

A implementação de políticas de apoio à família, permitindo uma maior estabilidade familiar, a promoção da coesão social e do desenvolvimento sustentado das comunidades poderá ser importante na valorização da saúde mental (Alves & Rodrigues, 2010), das mesmas, porque apesar de o comportamento suicida decorrer de uma tragédia pessoal e familiar, acaba por emergir como uma problemática mais alargada, não só da responsabilidade e competência da saúde mental em particular, como também da saúde pública em geral.

CONCLUSÃO

Embora Portugal apresente uma tendência decrescente para a TS em homens e mulheres nos últimos anos, os seus valores são superiores aos observados no país vizinho.

Os resultados encontrados enfatizam o recomendado no Plano Nacional de Prevenção do Suicídio Português (PNPS) 2013-2017, onde a prevenção, é uma necessidade premente, tanto mais que reconhece que a subnotificação dos suicídios, oculta a verdadeira dimensão do fenómeno (DGS, 2016).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Tendo em conta, que tanto Espanha como Portugal vivenciaram contextos socioeconómicos adversos, a posição desfavorável de Portugal comparativamente a Espanha no que respeita à TS requer uma maior consciência desta realidade por parte dos decisores em matéria de planeamento serviços de saúde em geral, e da saúde mental em particular.

Do ponto de vista da práxis clínica, torna-se pertinente a aquisição de uma consciência, baseada na evidência, em matéria da ideação suicida bem como da sua consecução.

É essencial que gestores, decisores e especialistas da área da saúde mental, reconheçam a necessidade deste conhecimento e dessa consciência. Não só para promoverem a desaceleração da tendência de suicídio nos contextos onde as suas variáveis promotoras se verificam, mas também e sobretudo, para se organizarem enquanto corpo formativo e cuidativo nesta matéria, para atingir o objetivo prioritário consignado pelo WHO Mental Health Action Plan (2013-2020), na redução das taxas de incidência da TS e, não menos importante, na redução económica em recursos e técnicos, quase sempre de carácter multiprofissional - para tratarem as respetivas consequências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, A. A. M., & Rodrigues, N. F. R. (2010). Determinantes Sociais e Económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28 (2), 127-131. Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-saude-publica-323/pdf/S0870902510700031/S300/>

Direção Geral de Saúde. (2015). PORTUGAL Saúde Mental em Números – 2015: Programa Nacional de Saúde mental. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-saude-mental-em-numeros-201511.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2016). Programa Nacional de Saúde Mental: Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-de-prevencao-do-suicidio-20132017.aspx>

Direção Geral de Saúde. (2017). Depressão e outras Perturbações Mentais Comuns. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>

Instituto Nacional de Estadística. (2017). Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponível em: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=publi&idp=1254735573175

Purebl, G., Petrea, I., Shields, L., Tóth, M. D., Székely, A., Kurimay, T., Abello, K. M. (2015). Joint Action on Mental Health and Well-being: Depression, Suicide Prevention and E-Health (Situation analysis and recommendations for action). Disponível em: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/2017_depression_suicide_ehealth_en.pdf

Santana, P., Costa, C., Cardoso, G., Loureiro, A., & Ferrão, J. (2015). Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis. *Health and Place*, 35, 85–94. Doi: 10.1016/j.healthplace.2015.07.001.

Sher, L. (2004). Preventing suicide. *QJM - Monthly Journal of the Association of Physicians*, 97 (10), 677-680.

Wahlbeck, K. & Mcdaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*, 11 (3), 139-145. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/j.2051-5545.2012.tb00114.x>

World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Disponível em: <http://www.who.int/iris/handle/10665/131056>

World Health Organization. (2013). *Mental Health: Action Plan 2013-2020*. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=72D48E3375811374EF549C63C17FDF94?sequence=1

