

PROGRAMA NACIONAL

Saúde Mental

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017



DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE
PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL

Plano Nacional de Prevenção do Suicídio

2013/2017



DGS desde
1899
Direção-Geral da Saúde



Programa Nacional
para a Saúde Mental

GRUPO DE TRABALHO

Álvaro de Carvalho, Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental (Coordenador)

Bessa Peixoto

Carlos Braz Saraiva

Daniel Sampaio

Fausto Amaro

Jorge Costa Santos

José Carlos Santos (Relator)

José Henrique Santos

Nazaré Santos

Com a colaboração de: Diogo Guerreiro^a, Horácio Firmino^b, Isabel Santos^c, Marco Paulino^d, Miguel Xavier^e, Pedro Frazão^f, Sérgio Gomes^g, Alexandre Teixeira^h

^a Capítulo sobre nomenclatura

^b Subcapítulo sobre população idosa

^c Subcapítulo sobre deficiência intelectual

^d Subcapítulo sobre linhas de Telefones SOS

^e Subcapítulo sobre monitorização e avaliação

^f Subcapítulo sobre lésbicas, gays, bissexuais, transsexuais/ transgéneros

^g Subcapítulo sobre Linha Saúde 24

^h Subcapítulo sobre outros grupos

SUMÁRIO EXECUTIVO

O presente Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) 2013-2017 é uma necessidade premente do país tendo em conta:

- a. O impacto do suicídio na saúde pública;
- b. O aumento das taxas de suicídio registado pelo INE na última década;
- c. A subnotificação dos suicídios, que oculta a verdadeira dimensão do fenómeno;
- d. A prevalência de fatores de risco, nomeadamente da doença mental;
- e. A dificuldade na harmonização da terminologia relacionada com os diversos tipos de atos suicidas e comportamentos autolesivos, que compromete o seu estudo;
- f. A dificuldade de registo e avaliação da efetividade das medidas implementadas ou a implementar;
- g. A necessidade de criar sinergias com as experiências e recursos existentes.

1. Síntese do quadro conceptual

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

As estratégias de prevenção da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas (tentativas de suicídio e suicídio consumado) 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.

2. Valores e princípios

- Acessibilidade e equidade
- Multiculturalidade e multidisciplinaridade
- Proximidade
- Sustentabilidade
- Baseados na evidência científica e boas práticas

3. Objetivos

1ª fase do plano (2013-2014):

- Uniformizar a terminologia e os registos dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Iniciar a caracterização da situação de forma rigorosa, nomeadamente no que se refere a uma mais correta identificação dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- 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 educação em saúde mental;
- Diminuir o estigma em torno da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Sensibilizar os média para a necessidade de aplicação dos princípios definidos para a informação/descrição de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Monitorizar e avaliar o PNPS.

2ª fase (2014-2017)

- Aumentar níveis de bem-estar psicológico;
- Reduzir os comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Aumentar a informação e educação em saúde mental;
- Aumentar o acompanhamento de pessoas com ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas ao nível dos cuidados de saúde primários;
- Aumentar o acesso a cuidados diferenciados através da criação 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.

4. Ações prioritárias a diversos níveis

Os princípios e valores indicados anteriormente pressupõem a adaptação das medidas indicadas como áreas geodemográficas prioritárias, nomeadamente zonas de maior incidência de ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, (p. ex. o Alentejo), ou a contextos específicos (p. ex. Serviços Prisionais ou Forças de Segurança), que poderão justificar a elaboração e implementação de planos próprios.

4.1. População em geral

- a) Campanhas de informação/educação visando a redução do estigma em saúde mental, com ênfase na depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Informação sobre serviços, redes e associações de apoio na prevenção e pósvenção de comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- c) 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;
- d) Sensibilização das autarquias e instituições públicas para a criação de barreiras físicas protetoras em locais (p. ex. pontes) identificados como particularmente propícios à prática de atos suicidas por precipitação;
- e) Maior restrição ao consumo de bebidas alcoólicas;
- f) Campanha de sensibilização da comunicação social relativamente às recomendações internacionais de boas práticas sobre o modo de noticiar comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- g) Formar e desenvolver redes de porteiros sociais na comunidade/autarquia e em contextos específicos (p. ex. escolas, Forças de Segurança, prisões);
- h) Aumentar o horário de atendimento de linhas de telefones SOS, através da criação de sinergias e complementaridade entre as existentes;
- i) Contribuir para uma maior racionalização da política do medicamento, particularmente na prescrição de psicofármacos, sobretudo benzodiazepinas e antidepressivos.

4.2. Profissionais de saúde

- a) Campanha de informação/sensibilização sobre ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Uniformização da terminologia diagnóstica;
- c) Reforço de redes de articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental comunitária;
- d) Aumento da cobertura nacional de consultas de prevenção de suicídio, promovendo a existência de, pelo menos, uma resposta especializada e acessível em cada hospital com valência de psiquiatria.

4.3. Adolescentes

- a) Campanhas de prevenção nas escolas (incluindo alunos, assistentes operacionais, professores e família), através do combate ao estigma em saúde mental, identificação de fatores de risco e protetores da depressão, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, em particular do recurso a substâncias psicoativas;
- b) Criação de sinergias entre a escola, a família, os serviços de saúde e a comunidade, favorecendo uma visão ecológica e integradora;
- c) Maior restrição do consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas;
- d) Aumento da cobertura de respostas de saúde mental da infância e adolescência.

4.4. População idosa

- a) Promover a sinalização e monitorização dos que vivem isolados, a nível de freguesias, em articulação entre a rede de saúde, a rede social e as autarquias;
- b) Maior vigilância e supervisão do seu estado de saúde através dos profissionais dos cuidados de saúde primários;
- c) Promoção de atividades integradas de estimulação relacional, ocupação e combate ao isolamento;
- d) Melhorar a rede de apoio para o desenvolvimento de atividades de vida diária.

4.5. População prisional

- a) Informação e sensibilização dos responsáveis e das equipas prisionais sobre o estigma em doença mental, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas em contexto prisional;
- b) Assegurar o acesso aos serviços de saúde através de uma unidade de cuidados primários de referência em articulação com a respetiva equipa de saúde mental;
- c) Programas de acompanhamento especiais para subpopulações prisionais, nomeadamente toxicodependentes e/ou indivíduos com outras perturbações mentais;
- d) Melhorar a rede de informação e registo de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

4.6. Forças de Segurança

- a) Informação e sensibilização dos dirigentes e dos profissionais sobre o estigma na doença mental, ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- b) Facilitar a acessibilidade a cuidados de saúde mental aos profissionais cujo comportamento indique instabilidade psíquica;
- c) Programa regular de reavaliação psicológica dos profissionais das Forças de Segurança;
- d) Controlo regular do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas;
- e) Restrição do uso e porte de armas, sempre que se identifiquem fatores de vulnerabilidade.

4.7. Lésbicas, gays, bissexuais e transsexuais/transgéneros (LGBT)

- a) Promover uma melhor identificação da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas nesta população;
- b) Informar/sensibilizar os profissionais de saúde para as características comuns e particularidades desta população;
- c) Trabalhar em rede com as associações LGBT e familiares.

4.8. Pessoas com deficiência intelectual

- a) Informar/sensibilizar os profissionais de saúde para as características comuns e particularidades desta população;
- b) Promover uma visão integrada dos profissionais de saúde em articulação com escolas de ensino regular e especial, as ONG e outras entidades vocacionadas para esta população;
- c) Informar/sensibilizar os cuidadores para os sinais de risco de comportamentos autolesivos e atos suicidas e correspondentes atitudes protetoras.

4.9. Estratégias a nível individual

- a) Promover uma visão sistémica e integradora do indivíduo;
- b) Facilitar o acesso aos cuidados de saúde quando identificadas vulnerabilidades endógenas no campo da saúde, sejam de natureza mental (p. ex. depressão, perturbação da personalidade ou perturbação de impulsos) ou outra (p. ex. doença oncológica, dor crónica ou doença crónica incapacitante), ou exógenas (p. ex. desemprego, endividamento, consumo de álcool, problemas familiares, perda de habitação);
- c) Promover programas específicos de acompanhamento do indivíduo e/ou família e/ou conviventes significativos na pósvenção de atos suicidas.

5. Monitorização e avaliação

- a) Criar equipas e mecanismos de monitorização e avaliação ao nível nacional, regional (p. ex. ACES com maior incidência de atos suicidas) e específico (p. ex. prisões e Forças de Segurança);
- b) Publicitar periodicamente a evolução do PNPS e a adoção de eventuais medidas corretivas.

NOTA PRÉVIA

Os comportamentos autolesivos e atos suicidas representam um grave problema de saúde pública. Desde que há registos oficiais de taxas de suicídio em Portugal, este tem-se caracterizado por predominar entre a população idosa e ser mais marcado na região sul. Apesar de toda a sensibilização e formação desenvolvidas, a prevenção do suicídio carece de um programa sistematizado e articulado que permita a identificação de intervenções, a avaliação da implementação e da sua eficácia.

Assim, o grupo de peritos nomeados para a elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS), a que a Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS) se associou, teve em conta a realidade nacional, caracterizada pela pouca fiabilidade do registo do número de atos suicidas, por diversas terminologias e diferentes *clusters*, bem como as orientações mais recentes da Organização Mundial de Saúde (OMS), tendo a sua publicação *“Public Health Action for the Prevention of Suicide”* (2012) constituído um marco de referência para a elaboração do presente plano.

Também as recomendações publicadas em outros importantes documentos sobre a implementação de medidas preventivas neste e outros domínios afins – *“Suicide Prevention Action Network, USA”* (2001), *European Alliance Against Depression* (2008), *OSPI Europe - Optimizing Suicide Prevention Programs* (2009), *Saving and Empowering Young Lives in Europe* (2010) – foram tidas em consideração na elaboração do presente plano, com especial destaque para os seguintes princípios:

- Os programas de prevenção devem ser desenhados, não apenas de forma a promover os fatores protetores, mas também a reverter ou reduzir os fatores de risco conhecidos;
- Devem contemplar períodos longos e repetição das ações destinadas a reforçar os objetivos iniciais;
- Os programas focados nas famílias têm maior impacto que os centrados exclusivamente nos indivíduos;
- Os programas comunitários que incluam campanhas nos média e alteração de políticas são mais efetivos quando acompanhados por intervenções individuais e familiares;

- Os programas comunitários devem contemplar normas que apoiem a ajuda e o bem-estar em todos os contextos, nomeadamente a família, o trabalho, a escola e a comunidade;
- O programa de prevenção deve ser adaptado para responder às especificidades dos problemas detetados na comunidade local ou grupo populacional;
- Quanto maior for o risco da população-alvo, mais ativo e precoce deve ser o plano de prevenção;
- Os programas de prevenção devem ser específicos para uma determinada idade, adequados do ponto de vista desenvolvimental e sensíveis às particularidades culturais;
- Os programas de prevenção devem ser implementados de forma rigorosa, em estreita consonância com o planeado e previamente testado.

Este Plano Nacional de Prevenção do Suicídio contempla:

- medidas universais, destinadas à população em geral;
- medidas seletivas, para grupos de risco específicos;
- medidas indicadas para indivíduos em elevado risco.

A monitorização e avaliação do plano permitirão a sua adequação e redefinição sempre que necessário.

O presente plano contempla, assim, as condições para uma uniformização da terminologia, uma 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.

ÍNDICE

1.	VALORES E PRINCÍPIOS.....	13
2.	ETAPAS DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO	14
2.1	Identificação de Parceiros	14
2.2	Análise da situação.....	16
2.3	Avaliação das necessidades e recursos disponíveis	19
2.4	Compromisso político	24
2.5	Sensibilizar a população e reduzir o estigma	32
3.	ELEMENTOS CHAVE DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO.....	36
3.1	Melhorar o registo de casos e desenvolver a investigação.....	36
3.2	Fatores de Risco e Fatores Protetores Relevantes.....	45
3.3	Intervenções Preventivas Eficazes	52
3.3.1	Comunicação social	58
3.3.2	Porteiros Sociais	60
3.3.3	Linhas de Telefones SOS.....	63
3.3.4	Saúde 24.....	66
3.4	Estratégias preventivas ao nível de populações específicas	68
3.4.1	Adolescentes	68
3.4.2	População Idosa	77
3.4.3	População Prisional	81
3.4.4	Forças de Segurança.....	86
3.4.5	Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transsexuais/Transgéneros.....	92
3.4.6	Pessoas Com Deficiência Intelectual	97
3.4.7	Outros Grupos	99
3.5	Monitorização e avaliação	103
4.	GLOSSÁRIO	109

SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde, I. P.

CID – Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (da OMS, ou ICD na versão anglófona, presentemente na 10ª revisão, referenciada como CID-10 ou ICD-10)

CSMIA – Cuidados de Saúde Mental da Infância e Adolescência

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DPSMIA – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Adolescência

IASP – Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.

MP – Ministério Público

NSP – Novas Substâncias Psicoativas (anteriormente designadas por *smart shops*)

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organizações Não-Governamentais

PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental (da DGS)

PNSM 2007-2016 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

UE – União Europeia

SM – Saúde Mental

SSMIA – Serviço de Saúde Mental da Infância e Adolescência

TAE – Triagem, Aconselhamento e Encaminhamento

ULS – Unidades Locais de Saúde

USMIA – Unidade de Saúde Mental da Infância e Adolescência

WFMH – World Federation Mental Health/Federação Mundial para a Saúde Mental

WHO – World Health Organization

1. VALORES E PRINCÍPIOS

O PNPS norteia-se pelos seguintes valores e princípios:

Acessibilidade e equidade

Deve ser facilitado o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente da sua nacionalidade, situação social e económica, residência, idade, género ou afinidade populacional.

Multiculturalidade

Os serviços de saúde devem ser sensíveis à multiculturalidade, promovendo a interculturalidade.

Multidisciplinaridade

Os serviços de saúde devem promover a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade com respeito pela especificidade do conhecimento disciplinar.

Proximidade

Os serviços de saúde devem estar centrados nos cidadãos, de forma articulada e próxima.

Sustentabilidade

O programa nacional de prevenção do suicídio deve ser implementado de forma sistematizada e sustentável.

Baseado na evidência científica e boas práticas profissionais

O programa nacional de prevenção do suicídio deve contemplar todas as intervenções científicas comprovadamente efetivas e que respeitem as boas práticas dos profissionais das áreas da saúde e social.

2. ETAPAS DA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO DO SUICÍDIO

2.1 Identificação de Parceiros

Sendo a criação de sinergias um dos objetivos do plano e conhecida que é a complexidade dos comportamentos autolesivos e atos suicidas, a identificação de parceiros foi feita de forma abrangente e multisectorial.

PERITOS SETORIAIS

Associações de cidadãos, com intervenção social na área das:

- Perturbações de humor;
- Perturbações esquizofreniformes;
- Perturbações associadas a bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas.

Associações de intervenção junto de:

- Crianças/adolescentes;
- População idosa;
- Pessoas com deficiência intelectual;
- Sobreviventes.

Entidades oficiais:

- Direções-Gerais dos Ministérios relevantes (Segurança Social/ Emprego/ Educação/ Administração Interna/ Justiça/ Defesa/ Agricultura);
- Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, I.P.;
- Instituto Nacional de Estatística;
- Instituto Nacional de Emergência Médica.

Responsáveis por outros programas de saúde com interface;

Diretores de Departamentos e Serviços de Saúde Mental e Diretores Clínicos dos Hospitais Psiquiátricos;

Diretores de ACES;

Coordenadores de USF-piloto com elevada expressão de suicídio;

Linhas telefónicas SOS;

Associações LGBT;

Igrejas.

Representantes de:

- Ordem dos Médicos;
- Ordem dos Enfermeiros;
- Ordem dos Psicólogos;
- Ordem dos Farmacêuticos;
- Instituições Portuguesas de Solidariedade Social da área da saúde mental;
- Associação dos Profissionais de Serviço Social;
- Associação Portuguesa dos Terapeutas Ocupacionais;
- Associação de Medicina Geral e Familiar;
- Associação dos Médicos de Saúde Pública;
- Comunicação Social;
- Observatório da Comunicação – OberCom;
- Organizações Não-Governamentais intervenientes na área da suicidologia;
- Sociedades científicas intervenientes na área da suicidologia;
- Associações Empresariais, Sindicais e Profissionais;
- Estabelecimento de ensino superior públicos e privados, cujos cursos sejam relevantes para a área da suicidologia;
- Outras que venham a ser considerados relevantes.

2.2 Análise da situação

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), suicidam-se diariamente em todo o mundo cerca de 3000 pessoas – uma a cada 40 segundos – e, por cada pessoa que se suicida, 20 ou mais cometem tentativas de suicídio¹. O número anual de suicídios ronda atualmente o milhão, ou seja, cerca de metade de todas as mortes violentas registadas no mundo, estimando-se que, em 2020, esse número atinja 1,5 milhões². Os custos económicos associados ao suicídio são da ordem dos biliões de euros. Eis alguns dos indicadores que justificam amplamente a inclusão do suicídio no leque dos problemas sociais e das mais importantes questões de saúde pública³.

- À escala mundial, o suicídio apresenta uma taxa de mortalidade global de 16 por 100.000 habitantes, constituindo:
 - a 13ª causa de morte;
 - a 3ª no grupo etário dos 15 aos 34 anos;
 - a 2ª nos jovens dos 15 aos 19 anos.
- As tentativas de suicídio representam a 6ª causa de défice funcional permanente.
- Os dados da OMS indicam que as taxas de suicídio aumentaram 60% nos últimos 45 anos, sobretudo nos países em vias de desenvolvimento³.
- Na maioria dos países da Europa, o número anual de suicídios supera o das vítimas de acidentes de viação: nos 27 países da União Europeia a taxa média de suicídio por 100.000 habitantes foi, em 2010, de 9,4 enquanto o número de mortes por acidentes de viação foi de 6,5 por 100.000 habitantes, variando as taxas de suicídio entre o máximo de 28,5 na Lituânia e 2,9 na Grécia.

Em Portugal, a taxa de suicídios por 100.000 habitantes, em 2010, foi de 10,3ⁱ, taxa superior à de quaisquer outras mortes violentas, nomeadamente por acidentes de viação e acidentes de trabalho.

ⁱ Eurostat. A taxa para uma população com estrutura etária estandardizada foi de 8,2 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics/pt).

Estes dados, embora assaz preocupantes, ficam, porém, muito aquém da realidade, porquanto o suicídio constitui um fenómeno reconhecidamente subdeclarado. E isto porque, ao contrário das demais, a morte por suicídio é uma morte fortemente estigmatizada por razões de ordem religiosa, sociocultural e política. Mas também porque a atribuição da etiologia suicida nem sempre é evidente, uma vez que existem muitas mortes de etiologia 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. Ora, se as estatísticas oficiais não refletem a realidade, há que reconhecer que a verdadeira dimensão do fenómeno é desconhecida. Este é um problema com que, embora em graus diversos, se debate a generalidade dos países, justificando uma especial atenção em qualquer plano nacional de prevenção do suicídio, pois não é possível prevenir eficazmente aquilo que não se conhece ou se conhece mal.

As estatísticas do suicídio em Portugal

Em Portugal, o número de suicídios registados no século XX ou, mais concretamente, entre 1902 (ano de início dos registos) e 2000, oscilou entre um mínimo de 236, registado em 1902, e um máximo de 1033, em 1984, com algumas descontinuidades devido à inexistência de valores conhecidos relativamente aos anos de 1911, 1912, 1928, 1952, 1953 e 1954^{5,6}.

Na última década, segundo dados do Eurostat⁷, a taxa de suicídios tem oscilado entre 4,5 por 100.000 habitantes em 1999 e 10,3 em 2010, com picos em 2002 (10,1), 2003 (9,4) e 2004 (9,6). À luz dos dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de suicidas variou entre 519 em 2000 e 1098 em 2010, tendo-se registado 1012 casos em 2011. Todavia, a investigação realizada em Portugal neste domínio, ainda que escassa, põe em causa a validade e fiabilidade destes números, que aparecem seriamente comprometidas, não apenas pelo elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada (Portugal tem figurado, quase constantemente, entre os 3 países da UE que registam as cifras mais elevadas), mas também por incorreções na certificação de óbitos.

À luz da investigação realizada^{6,8,9,10}, é de admitir que uma percentagem considerável de mortes violentas registadas como de etiologia indeterminada corresponda a

suicídios, outro tanto sucedendo, embora de forma menos expressiva, a mortes atribuídas a acidentes (p. ex. sobredosagens de substâncias tóxicas ilícitas ou consumo de novas substâncias psicoativas) e mesmo a causas naturais. Há que reconhecer, pois, antes de mais, que o número de suicidas registado não corresponde à realidade, pelo que um plano nacional de prevenção do suicídio exige, desde logo, a mobilização de todos os recursos disponíveis, visando não apenas um conhecimento tão preciso quanto possível do número de suicídios, mas também do perfil dos suicidas.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.who.int/mediacentre/events/annual/world_suicide_prevention_day/en/index.html
2. WHO (2013). World Suicide prevention day. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
3. MANN, J. et al. (2005): Suicide Prevention Strategies. A Systematic Review. *JAMA*, 2005;294(16):2064-74. Doi: 10.1001/JAMA,294(16):2064.
4. WHO (2013). Suicide Prevention. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
5. FREITAS, E. (1982): O Suicídio em Portugal no Século XX: Elementos Empíricos para uma Pesquisa. *Finisterra*, XVII,34:267-300.
6. COSTA SANTOS, J. (1998). *Suicídio e Autópsia Psicológica: Estudo compreensivo e redefinição das estratégias de categorização das mortes auto-infligidas*. Tese de doutoramento apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
7. EUROSTAT (2013). Statistics, suicide rates. Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/pgp_ess/partners/european_union/pt/tab_statistics?c=PT&|=PT
8. BENTO, A., PIRES, T., SILVA, N.R., BACELAR, F., MALHEIRO, C. (1992). O Suicídio nos Concelhos do Montijo e de Alcochete. *Revista de Psiquiatria do Hospital Júlio de Matos*.2:71-7.
9. CASTRO, E.F.; PIMENTA, F.; MARTINS, I. (1989). The truth about suicide in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989 October;80(4):334-9.
10. CASTRO, E.F.; PIMENTA, F.; MARTINS, I. (1991). Who kills whom in Portugal. *Acta Psychiatr. Scand.* 1991 February;83(2):92-8.

2.3 Avaliação das necessidades e recursos disponíveis

Em termos mundiais, a expressão do suicídio constitui um importante problema de saúde pública, apontando uma estimativa que, em 1998, terá representado 1,8% do total da carga global das doenças, valor que ascenderia a 2,4% em 2020, no conjunto dos países com economia de mercado, incluindo os que integravam as ex-economias socialistas¹. Embora a taxa de suicídio tradicionalmente seja maior entre os idosos, tem vindo a aumentar entre os estratos populacionais mais jovens, de tal forma que estes representam agora o grupo de maior risco em um terço dos países, tanto desenvolvidos como em desenvolvimento¹, perspetivando-se que nos países em crise económica e social esta tendência se acentue^{2,3}. As perturbações mentais, particularmente a depressão e o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, constituem um fator de risco significativo para o suicídio na Europa e América do Norte, enquanto em países asiáticos a impulsividade desempenha um papel considerável².

Em 2012, a OMS publicou um importante documento intitulado *“Public health action for the prevention of suicide: a framework”*⁴, que serviu, entre outros, como orientador do PNPS. Nele se enfatiza que a disponibilidade e o acesso aos recursos humanos e financeiros são fundamentais para o sucesso relativo de qualquer intervenção de saúde pública, tal como o empenho dos decisores políticos relativamente às questões chave, no que pode ser visto como um processo de identificação em três níveis: (a) recursos humanos e financeiros necessários para formular e implementar uma estratégia de prevenção do suicídio, (b) recursos disponíveis no momento de elaboração do plano de prevenção, e (c) diferencial entre ambos e formas de o colmatar.

Se as disponibilidades financeiras, nomeadamente em Portugal, representam uma componente que, mais do que nunca, requer uma gestão racional e parcimoniosa, os recursos humanos profissionalizados a considerar, face à evidência científica reconhecida internacionalmente sobre o grave problema da ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas, são, em primeira linha, os dos Cuidados de Saúde Primários e os da Saúde Mental.

Neste contexto, se as quantidades relativas não são despiciendas, como em qualquer outro problema de Saúde Pública, a distribuição dos serviços públicos no terreno constitui um fator essencial. Mas, importa reconhecê-lo, embora em algumas manchas territoriais, mais ou menos significativas, a carência seja evidente em qualquer dos sectores, a situação tem vindo a melhorar progressivamente, existindo hoje redes envolvendo estruturas e profissionais, adiante elencados de modo sumário.

Como definido na legislação de referência para a Saúde Mental^j e aprofundado no Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016⁵, consubstanciado num relatório sobre a situação nacional no sector e a perspectiva de desenvolvimento, e expresso em resumo executivo⁶, é definido que a prestação de cuidados de saúde mental:

- É promovida prioritariamente, sem prejuízo do disposto na Lei de Bases da Saúde, a nível da comunidade, de forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual (artigo 3.º, n.º 1, a), da Lei n.º 36/98);
- Os serviços locais são a base do sistema nacional de saúde mental, devendo funcionar de forma integrada e em estreita articulação com os cuidados de saúde primários, demais serviços e estabelecimentos de saúde, para garantia da unidade e continuidade da prestação de cuidados e da promoção da saúde mental (artigo 6.º do DL n.º 35/99);
- Compete aos serviços locais de saúde mental (departamentos e serviços de saúde mental dos hospitais gerais da rede pública e, onde aqueles não existam, a equipas comunitárias dos hospitais psiquiátricos), “assegurar a prestação de cuidados globais essenciais de saúde mental, quer a nível ambulatorio quer de internamento, à população de uma área geográfica determinada, através de uma rede de programas e serviços que assegurem a continuidade de cuidados (artigo 10.º, n.º1, do DL n.º 35/99);
- Os cuidados ambulatorios e as outras intervenções na comunidade desenvolvem-se através de estruturas próprias, em articulação com os cuidados de saúde primários e respectivos profissionais, designadamente os médicos de família (idem, n.º 3).

^j Lei n.º 36/98, de 24 de julho (Lei de Saúde Mental), regulamentada pelo DL n.º 35/99, de 5 de fevereiro, republicado pelo DL n.º 304/2009, de 22 de outubro.

A viabilização deste modelo assistencial é assegurada pelas seguintes estruturas:

- 3 hospitais psiquiátricos: Magalhães de Lemos, EPE (Porto), Sobral Cid como unidade do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE (CHUC) e Júlio de Matos, unidade do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa;
- 40 Departamentos ou Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM/SPSM) de hospitais gerais, direcionados para a assistência à população de 18 ou mais anos, complementados por 14 equipas comunitárias de hospitais psiquiátricos (anexo I);
- A nível da Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) existem:
 - 3 Departamentos (DPSMIA), estruturas tecnicamente mais diferenciadas sucessoras dos antigos Centros de Saúde Mentais Infantis e Juvenis, integrados, com a sua extinção (DL n.º 127/92), nos então 3 Hospitais Pediátricos;
 - 36 estruturas, integradas em hospitais gerais/ULS, distribuídas em função do número e da diferenciação dos profissionais como Serviços (SSMIA), Unidades (USMIA) e Consultas (CSMIA) de Saúde Mental da Infância e Adolescência (anexo II).

Quanto aos totais dos principais grupos profissionais envolvidos, segundo dados da ACSS de 2008, existiam nos serviços públicos: 444 médicos psiquiatras; 81 médicos pedopsiquiatras; 243 psicólogos clínicos; 248 enfermeiros especialistas de psiquiatria e saúde mental; 1061 enfermeiros generalistas; 112 técnicos superiores de serviço social; 72 terapeutas ocupacionais.

No que se refere aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), o panorama é o considerado por Região de Saúde (em anexo III).

Dada a sua potencial responsabilidade na área da gestão e na intervenção urgente em situações suicidárias, também importa referenciar as redes de:

- Recursos hospitalares com Serviços de Urgência, com e sem valência de psiquiatria (anexo IV);
- Autoridades de Saúde (anexo V).

Pela relevância internacional atribuída ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas, sobretudo como recurso frequente em períodos de crise económica e social nos países

de religião não muçulmana, há que considerar o que a este propósito se verifica em Portugal:

- Desde 2005 que a gestão das estruturas de intervenção neste domínio deixou de estar sob a alçada da saúde mental, transitando para o ex-IDT, atual SICAD e, entretanto, para as ARS;
- A intervenção clínica e reabilitativa está definida, por Região de Saúde, através de uma Rede de Referência de Problemas Ligados ao Álcool, que define a articulação entre os CSP, as estruturas do ex-IDT direcionadas para estes utentes e os Serviços de Saúde Mental (anexo VI).

De acordo com o modelo preconizado pela OMS⁴, a avaliação dos recursos humanos deverá incluir ainda a quantificação, por unidade funcional local e regional, de:

- Outras estruturas de saúde e profissionais baseados na comunidade;
- Conselheiros em escolas, locais de trabalho e estabelecimentos prisionais;
- Respostas de emergência de primeira linha, incluindo autoridades policiais e bombeiros;
- Profissionais de medicinas ditas alternativas e curandeiros, quando relevante.

Existem potencialmente várias fontes de apoio e financiamento, incluindo:

- Alocação anual nas estruturas centrais intervenientes na prevenção do suicídio;
- Alocação por região de saúde;
- Alocação por autarquia, sempre que o suicídio seja tendencialmente relevante;
- Financiamento privado de filantropos ou fundações;
- Apoio de ONG intervenientes neste domínio;
- Apoio de agências internacionais.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2013). Suicide Prevention (SUPRE). Acedido a 4 de fevereiro. Disponível em: http://www.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevention/en/
2. WHO (2012). Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases covering the period 2013 to 2020 (zero draft). Acedido a 7 de fevereiro. Disponível em http://www.who.int/nmh/events/2012/action_plan_20120726.pdf
3. WHO-Europe (2012). European Mental Health Action Plan and the Global Mental Health Action Plan (zero draft). Acedido a 7 de fevereiro. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/where-we->

work/member-states/norway/sections/news/2012/08/who-holds-consultation-on-the-european-mental-health-action-plan-and-the-global-mental-health-action-plan

4. WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Acedido a 7 de fevereiro.

Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf

5. PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 49/2008 (2008). Diário da República, 1.ª série, N.º 47, 6 de março de 2008: 1395-1409. Acedido em 7 de fevereiro e disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2008/03/04700/0139501409.pdf>

6. COORDENAÇÃO NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL (2008). Plano Nacional para a Saúde Mental 2007-2016. Resumo Executivo. Acedido a 7 de Fevereiro e disponível em: http://www.adeb.pt/destaque/legislacao/cnsm_planonacionalsaudementa2007-2016/resumoexecutivo.pdf

2.4 Compromisso político

O compromisso político é essencial para garantir que a prevenção do suicídio receba os recursos de que necessita, bem como a necessária atenção por parte dos líderes nacionais e regionais, como faz notar a OMS na publicação *“Public health action for the prevention of suicide: a framework”*¹.

Este importante guia de apoio à elaboração de planos de prevenção do suicídio assinala que as formas de construir um compromisso político deverão incluir:

- Ações de líderes nacionais e regionais;
- Publicação frequente de boas práticas políticas internacionais e de tomadas de posição sobre a prevenção do suicídio;
- Identificação de líderes políticos e/ou de um embaixador que apresente especial empatia com a questão (p. ex. alguém que tenha perdido um membro da família ou amigo por suicídio, condição designada internacionalmente como “sobrevivente”);
- Referências frequentes e adequadas ao suicídio nos meios de comunicação social enquanto questão de política de saúde pública;
- Informação atualizada aos parlamentares e representantes do governo e autarquias, aos vários níveis.

Alcançar um compromisso político sólido e sustentável, não sujeito a mudanças governamentais, representa, seguramente, um processo longo e árduo, mas com consideráveis benefícios potenciais, sobretudo no longo prazo. Esse compromisso poderá assumir várias formas:

- Reformulação de políticas e legislação mais consentânea com a problemática dos comportamentos autolesivos e atos suicidas;
- Alocação de recursos em função das necessidades diagnosticadas;
- Criação ou reforço de mecanismos eficazes para efeitos de recolha e monitorização de dados relativos a comportamentos autolesivos e atos suicidas;

- Formação/treino estruturado e continuado de porteiros sociais sobre o papel que poderão desempenhar na prevenção do suicídio;
- Informações sobre os comportamentos autolesivos e atos suicidas integradas nos currículos de profissionais de saúde e do sector social;
- Aumento dos esforços governamentais no combate à redução de fatores de risco ambiental, socioeconómico e outros, bem como na melhoria de acesso aos serviços.

Poderão ainda ser usados para fins de divulgação e reforço de compromisso político, entre outros eventos internacionais ou nacionais:

- O Dia Mundial da Prevenção do Suicídio, em 10 de setembro, organizado pela Associação Internacional para a Prevenção do Suicídio (IASP) e pela OMS, e, em Portugal, pela Sociedade Portuguesa de Suicidologia (SPS), com o patrocínio da Direção Geral da Saúde, através do Programa Nacional para a Saúde Mental;
- O Dia Mundial da Saúde Mental, em 10 de outubro, organizado pela Federação Mundial para Saúde Mental (WFMH), que em Portugal desde 1996 tem tido o patrocínio de responsáveis máximos do Ministério da Saúde e da entidade que a nível nacional tem a gestão do sector.

a) **Repercussões da crise na saúde mental:** com o eclodir, em 2008, da grave crise económica e social, têm vindo a ser publicados vários trabalhos científicos sobre as consequências adversas para os cidadãos em termos de saúde, em particular de saúde mental, com origem inclusive em entidades internacionais reputadas, como a OMS e a UE. No que ao risco de suicídio diz respeito, assinalam-se algumas das referências em apreço que apontam para a obtenção de um compromisso político, que excede o nível de competência do Ministério da Saúde.

Com efeito, se existe muita evidência científica que aponta para a presença de problemas graves de saúde mental na esmagadora maioria das pessoas que se suicidam ou tentam suicidar-se, bem como do recurso frequente aos cuidados primários de saúde ou ao seu médico assistente nos meses/semanas anteriores aos atos suicidas, aquelas entidades internacionais fazem notar que as crises económicas enquanto geradoras de desemprego, empobrecimento e insegurança, desencadeiam ou agravam os problemas de saúde mental dos envolvidos, particularmente com

evoluções depressivas e risco acrescido de suicídio^{2,3,4}, em especial quando se verifica endividamento significativo e perda de habitação⁵.

Na UE o crescimento do desemprego está associado, no curto-prazo, ao aumento de mortes prematuras por violência intencional, incluindo suicídio, e aumento do consumo de bebidas alcoólicas, registando-se porém consequências menos relevantes nos países com redes de segurança social eficazes e em que foram tomadas medidas políticas adequadas à gravidade da situação^{2,3,4}.

Exemplos ilustrativos desta realidade são:

- Os trabalhos que analisaram graves crises económicas na Suécia e em Espanha, respetivamente na segunda metade da década de 90 do século passado e na década de 80, mostraram que na Suécia, através do reforço dos cuidados de saúde de proximidade (quer primários, quer de saúde mental), de programas ativos de mercado de trabalho e de subsídios às famílias em maiores dificuldades financeiras, a taxa de suicídio reduziu-se de modo sustentado, ao contrário do que se verificou em Espanha, onde, sem medidas políticas idênticas, o suicídio aumentou mesmo após a diminuição do desemprego^{6,7};
- Nos EUA, a redução no apoio governamental associou-se a um acréscimo nas taxas de suicídio^{8,9}.

Segundo os autores, estes exemplos, entre outros, evidenciam que, mesmo com apreciáveis diferenças socioculturais e de estrutura económica, a utilização de recursos de proteção social fez a diferença^{8,9}.

b) **Investimento em saúde mental nas crises:** vários trabalhos com evidência científica revelam que o investimento em saúde mental é custo-efetivo, sobretudo nos períodos de crise, oportunidade que deve ser aproveitada para melhorar a eficácia no sector⁹, tanto mais que, ao contrário de outros problemas de saúde pública, a maioria dos quadros depressivos é passível de ser tratada de forma eficaz e menos dispendiosa nos cuidados primários.

A meta-análise das consequências da perda de emprego para a saúde mental dos envolvidos revelou a existência de 34% de perturbações emocionais em desempregados contra 16% em empregados, particularmente em homens e operários, sendo a gravidade proporcional à duração¹⁰.

Programas ativos de mercado de trabalho, custo-efetivos, podem contrariar os efeitos do desemprego na saúde mental⁶, bem como a promoção de programa de estimulação da resiliência em desempregados^{11,12}.

Quanto aos programas de apoio familiar em vítimas de crise, os estudos apontam para que, na UE, por cada 10 dólares dos EUA (USD) investidos por pessoa afetada se observa uma redução de 0,038% na taxa de suicídio⁶.

c) **Bebidas alcoólicas e crise:** quanto às bebidas alcoólicas e ao risco de aumento exponencial de consumo em situações de crise económica e de desemprego (muito grave nas crises Russas de 91 e 98, e com refistos de aumento direto de mortalidade na UE) é recomendado por autores independentes e pela OMS^{16,17}:

- o aumento do preço;
- a definição de preço mínimo;
- o reconhecimento clínico precoce de consumos excessivos, bem como de manifestações de depressão (entidade clínica agravada pelo consumo de etanol) e de risco acrescido de suicídio (quer pela ação depressivogénia quer pela redução do controlo do córtex cerebral, logo do risco de atuar a impulsividade, por ação cerebral direta do álcool etílico);
- o desenvolvimento de competências que protejam da depressão, de comportamentos autolesivos e atos suicidas.

Em termos genéricos, as medidas recomendadas enfatizam a importância da existência de serviços comunitários de saúde mental e da sua articulação com os CSP¹⁵.

d) **Promoção de resiliência em desempregados:** definindo a resiliência como o processo dinâmico pelo qual os indivíduos, comunidades e sociedades se adaptam a uma adversidade significativa^{18,19,20}, foi possível identificar os fatores que promovem a resiliência e atuam ao nível social, incluindo as principais componentes da prestação do Estado Social²¹:

- programas de apoio à família;
- subsídio de desemprego;
- serviços de saúde disponíveis e próximos, incluindo de saúde mental;
- programas ativos de mercado de trabalho;
- apoio à habitação.

Stuckler e colaboradores, em artigo publicado no *The Lancet* em 2009⁶, investigaram os fatores que provocam diferentes níveis de resiliência aos choques económicos (como a crise em curso), sublinhando que aqueles pressupõem uma resposta ou reação interativa. O estudo baseou-se numa série de fatores que promovem a resiliência a nível social, incluindo as cinco principais componentes da prestação do estado social: (i) programas de apoio à família, (ii) subsídio de desemprego, (iii) serviços de saúde disponíveis, (iv) programas ativos de mercado de trabalho, (v) apoio à habitação. Os resultados, baseados em dados de 17 países da OCDE, indicam que por cada 100\$ USD suplementares *per capita* de investimento anual se reduz o efeito do aumento de 1% do desemprego sobre a taxa de suicídio em:

- 0,38% através de programas ativos do mercado de trabalho;
- 0,23% através de programas de apoio à família⁸.

Análises regressivas realizadas em dados europeus sugerem que as taxas de suicídio não aumentarão como resultado da crise económica se o investimento for superior a 190 USD *per capita*, por ano¹². Os autores atrás mencionados estudaram a associação entre despesa social e suicídio em 27 países da OCDE, de 1980 e 2003, concluindo que a proteção social pode ser um fator nuclear na prevenção do suicídio, especialmente em países em crise ou em transição¹².

Esta investigação sugere que as consequências para a saúde mental da crise financeira dependem essencialmente do nível de investimento em quatro áreas:

- programas ativos de mercado de trabalho, destinados a ajudar as pessoas a conservar ou recuperar empregos, por neutralizarem as respetivas repercussões, tal como os programas de apoio familiar;
- programas de resiliência e de saúde mental para desempregados recentes;
- serviços de apoio familiar;
- cuidados primários articulados com os de saúde mental comunitária, nomeadamente para cidadãos com elevado risco de perturbação mental.

e) **Iniciativas programadas:** com o intuito de aumentar a consistência do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, o Programa Nacional para a Saúde Mental da DGS, através da ACSS (Administração Central dos Sistemas de Saúde), candidatou-se a financiamento do programa *EEA Grants*, do Governo Norueguês, para os seguintes projetos, em fase final de aprovação:

- Melhorar a acessibilidade de grupos vulneráveis aos serviços de saúde mental, com base em dados sobre os efeitos da crise económica – aproveitando os dados da primeira pesquisa nacional de saúde mental, em 2009, realizada através de *WHO-World Mental Health (WMH) Surveys Initiative*, há a oportunidade, com custo limitado, de obter um amplo leque de informações sobre os efeitos da crise na saúde mental da população, relacionados com fatores de risco e fatores de proteção, viabilizando assim o desenvolvimento de um plano com base nas necessidades de intervenções psicossociais para as pessoas mais seriamente afetadas;
- Desenvolver a capacidade de agir sobre a depressão e o suicídio, articulando serviços especializados com serviços comunitários locais e a melhor integração da saúde mental nos cuidados primários, através da implementação de novos modelos de intervenção relativamente à depressão, contribuindo para uma utilização mais racional dos recursos humanos e uma melhor integração de meios em relação aos problemas de saúde mental mais frequentes;
- Desenvolver programas de intervenção dedicados à saúde mental no meio laboral e nos grupos vulneráveis que enfrentam o desemprego (reforço da resiliência);
- Simultaneamente, o PNSM dá sequência ao contemplado em anos anteriores nos respetivos planos de ação, considerando para 2013, já devidamente orçamentadas, as seguintes medidas:
 - Iniciativas várias de combate ao estigma em relação à doença mental;
 - Formação de profissionais da comunicação social sobre as boas práticas propostas pela OMS para noticiar os suicídios (em colaboração com a SPS).

É de referir ainda as medidas a desenvolver após a implementação de iniciativa legislativa (DL n.º 54/2013 e Portaria n.º 154/2013, publicados a 17 de abril), sobre novas substâncias psicoativas (NSP), que, com as bebidas alcoólicas e as substâncias psicoativas ilícitas têm uma importante interface com a problemática do suicídio.

Referências Bibliográficas

1. WHO (2012). Public health action for the prevention of suicide: a framework. Acedido a 14 de fevereiro.
Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf
2. EUROPEAN COMMISSION (2011). *Social inequalities in mental health and in unmet need for mental health care in Europe*. Deliverable number 3. EU-WMH the EU contribution to the World Mental Health (WMH) Surveys Initiative. Executive Agency for Health and Consumers (EAHC), European Commission (2008-2011).
3. EUROPEAN PARLIAMENT, (2012). *Mental health in times of economic crisis*. Workshop in European Commission, Brussels, 19 June.
4. WAHLBECK, K. & MCDAID, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*.11:139-45.
5. UUTELA, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*. 23:127-130,
6. STUCKLER D., BASU S., SUHRCKE M., COUTTS A. & MCKEE M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. Jul 25; 374(9686):315-23.Epub 2009 Jul 7.
7. EU (2009). *The impact of the financial and economic crisis on the mental health of citizens and the reactions from Governmental and other mental health experts*. Results from a mini ad hoc survey among mental health experts in Member States. input from experts in Member States to a Round Table event which took place in Brussels on 27 April 2009 on “Reducing the psychosocial impact of the financial and economic crisis”. The event was hosted by Commissioner Androulla Vassiliou.
8. ZIMMERMAN S. (2002). States’ spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: What is the problem?” *The Journal of Nervous and Mental Disease*,190:349-60.
9. WHO-EUROPE (2011). Impact of economic crises on mental health. World Health Organization, Regional Office for Europe, Denmark. Acedido a 14 de fevereiro. Disponível em: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/134999/e94837.pdf
10. PAUL, K. I. & MOSER, K. (2009). Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*.74(3):264-82.
11. VINOKUR et al. (1991). From field experiments to program implementation: assessing the potential outcomes of an experimental intervention program for unemployed persons. *American Journal of Community Psychology*.19:543-62.
12. STUCKLER, D., BASU, S. & MCDAID, D. (2009). Depression amidst depression: Mental health effects of the ongoing recession. A background paper prepared for the WHO Regional Office for Europe publication. WHO Regional Office for Europe
13. VUORI, J., SILVONEN, J., VINOKUR, A. & PRICE, R. (2002). The Tyohon Job search program in Finland: benefits for the unemployed with risk of depression or discouragement. *Journal of Occupational Health Psychology*.7(1):5-19.

