



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Suicídio e Condições de Vida: Um Estudo Comparativo Entre Países Mediterrânicos, Nórdicos e Ocidentais

Maria Franco Portugal Ascenso

Número 20211454

Orientadores

Professora Doutora Cláudia Manuela Pereira Córdova Marcos

Coorientador

Doutor João Ricardo Simões Algarvio

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção de nota para a unidade curricular de Investigação em Ciências Biomédicas Laboratoriais II, realizada sob a orientação científica da Professora Cláudia Manuela Pereira Córdova Marques, do Instituto Politécnico de Castelo Branco e coorientação do Dr. João Ricardo Simões Algarvio do Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses.

Junho 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Professor Doutor Francisco José Barbas Rodrigues

Professor adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Arguente

Professora Doutora Marisa Regina Reduto Santos Barbeira

Professor adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Orientador

Professora Doutora Cláudia Manuela Pereira Córdova Marcos

Professor adjunto, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o suicídio é um problema grave de saúde pública e chega mesmo a ser a principal causa de morte nos jovens. Na Europa, o suicídio causa cerca de 11 mortes por cada 100 000 habitantes, sendo este mais prevalente no sexo masculino.

O objetivo deste trabalho foi analisar a evolução das taxas de suicídio em diferentes países europeus e relacionar esses dados com indicadores de qualidade de vida, de forma a identificar padrões e fatores subjacentes à variação observada.

Foram retirados da base de dados da Eurostat, referentes ao número de suicídios, por sexo e faixa etária, entre 2011 e 2022, nos seguintes países: Finlândia e Noruega (zona nórdica), Espanha e Portugal (zona mediterrânea), e Irlanda (zona ocidental). Procedeu-se à análise estatística dos dados e à revisão de literatura científica e relatórios oficiais sobre fatores socioeconómicos, ambientais e culturais associados ao suicídio.

A Finlândia registou as taxas de suicídio mais elevadas entre os países analisados, e a Espanha apresenta os menores números de mortes por suicídio, havendo mais suicídios no sexo masculino do que no sexo feminino. A faixa etária com maior incidência de suicídios foi entre os 50 e os 54 anos e os jovens com idades dos 15 e os 19 apresentam os menores valores. Segundo a revisão bibliográfica analisada, os países nórdicos são aqueles que apresentam uma maior qualidade de vida nos diversos fatores descritos, o que não se observa nas taxas de suicídio, pois estes países são aqueles com as maiores taxas.

Deste modo, pode-se concluir que o suicídio é um fenómeno multifatorial e não linear, sendo influenciado por uma combinação de fatores psicológicos, sociais, económicos e culturais. Assim, torna-se essencial que cada país desenvolva estratégias preventivas adaptadas à sua realidade sociocultural.

Palavras-chave

Suicídio, Qualidade de Vida, Indicadores sociais, Fatores Socioeconómicos

Abstract

According to the World Health Organization, suicide is a serious public health issue and even becomes the leading cause of death among young people. In Europe, suicide accounts for about 11 deaths per 100,000 inhabitants, being more prevalent in males.

The aim of this study was to analyze the evolution of suicide rates in different European countries and relate these data to quality of life indicators in order to identify patterns and underlying factors to the observed variation.

Data were extracted from the Eurostat database regarding the number of suicides, by sex and age group, between 2011 and 2022, in the following countries: Finland and Norway (Nordic region), Spain and Portugal (Mediterranean region), and Ireland (Western region). Statistical analysis of the data and review of scientific literature and official reports on socioeconomic, environmental, and cultural factors associated with suicide were carried out.

Finland has recorded the highest suicide rates among the analyzed countries, while Spain has the lowest numbers of suicide deaths, with a higher incidence of suicides in males compared to females. The age group with the highest incidence of suicides is between 50 and 54 years, while the younger individuals aged 15 to 19 have the lowest rates. According to the literature review analyzed, Nordic countries are those that demonstrate a higher quality of life in various aspects, a fact that is not reflected in suicide rates, as these countries also have the highest rates.

Therefore, it can be concluded that suicide is a multifactorial and nonlinear phenomenon, influenced by a combination of psychological, social, economic, and cultural factors. Thus, it becomes crucial for each country to develop preventive strategies tailored to its sociocultural reality.

Keywords

Suicide, Quality of Life, Social indicators, Socioeconomic factors

Índice

1. Introdução	1
2. Metodologias.....	1
3. Resultados	2
4. Discussão.....	8
5. Conclusão	11
6. Referências bibliográficas.....	12

Lista de abreviaturas

DS: desvio padrão

M: média

Md: mediana

Mn: mínimo

Mx: máximo

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIB: Produto Interno Bruto

UE: União Europeia

1. Introdução

O suicídio é considerado um dos problemas de saúde pública mais preocupantes dos últimos anos, segundo a OMS, sendo mesmo uma das principais causas de morte nos jovens com idades entre os 15 e os 29 anos (1–7).

Estima-se que, atualmente, cerca de 703 000 pessoas morram por suicídio em todo o mundo, com a Europa a apresentar uma taxa de 11 pessoas por cada 100 000 habitantes. Os indivíduos do sexo masculino apresentam taxas superiores em comparação com os indivíduos do sexo feminino (1–5).

Na Europa, verifica-se uma variabilidade considerável das taxas de suicídio entre países, o que pode ser explicado pelos múltiplos determinantes sociais, económicos, culturais e ambientais, que evidencia a influência de fatores estruturais e contextuais sobre o fenómeno do suicídio (8).

Alguns dos fatores de risco mais frequentemente associados ao suicídio são depressão, ansiedade e ideação suicida (6–11). No entanto, o nível de escolaridade, situação socioeconómica, estrutura familiar, idade, género e contexto ambiental são fatores igualmente relevantes, podendo funcionar como barreiras ou facilitadores ao bem-estar psicológico (2,4,5,8,11,12).

Alguns grupos de indivíduos apresentam um maior risco de suicídio, como por exemplo os profissionais de saúde, a polícia, os bombeiros, refugiados e membros do exército. Esta suscetibilidade pode dever-se a demanda física e psicológica da profissão em si, como também dos fatores acima referidos (2,6,7,13).

Os métodos de suicídio mais usados na comunidade europeia são o enforcamento, tanto para os homens como para as mulheres. O segundo método mais usado nos homens é o uso da arma de fogo, enquanto nas mulheres é a autointoxicação (2,3,5).

Fatores individuais, e o impacto de políticas públicas, contextos económicos, estruturas familiares e valores culturais específicos de cada país, poderão conduzir a diferenças nas taxas de suicídio. Neste sentido, a análise comparativa dos países ocidentais, mediterrânicos e nórdicos poderá contribuir para uma compreensão mais alargada dos determinantes sociais do suicídio na Europa (2,4–12).

Neste trabalho pretende-se assim estudar a variação das taxas de suicídio entre os países ocidentais (Irlanda), mediterrânicos (Portugal, Espanha) e nórdicos (Noruega e Finlândia), relacionando estes dados com indicadores de qualidade de vida, de forma a identificar possíveis fatores explicativos para as variações observadas e fundamentar estratégias de prevenção adequadas ao contexto europeu.

2. Metodologias

O presente estudo baseia-se numa abordagem quantitativa e descritiva, completada por uma análise qualitativa de natureza documental. Foram recolhidos dados da base de dados da Eurostat de mortes por suicídio, por sexo e por idade, num intervalo de tempo entre 2011 e 2022, com a última atualização em 2025.

Os países selecionados foram Portugal e Espanha, que representa a região mediterrânea, a Irlanda, da zona ocidental, e a Finlândia e a Noruega, que representam a zona nórdica da Europa.

Uma análise estatística foi realizada com recurso ao programa GraphPad Prism. Realizou-se uma análise descritiva das taxas de suicídio por 100 000 habitantes (média, mediana e desvio padrão), uma análise de tendência temporal no período compreendido entre 2011 e 2022 e por último uma comparação das taxas médias de suicídio entre os países, mediante o teste ANOVA, com vista a determinar se existiam diferenças estatisticamente significativas.

Esta abordagem estatística permitiu caracterizar o fenómeno do suicídio na Europa a partir de múltiplas dimensões, procurando evidenciar a influência dos fatores sociodemográficos na sua distribuição.

Para contextualizar e interpretar os dados estatísticos, procedeu-se a uma revisão bibliográfica de relatórios oficiais da Eurostat relacionados com condições de vida, nomeadamente nível de rendimento, educação, saúde, bem-estar subjetivo, acesso a serviços, entre outros fatores com potencial impacto na saúde mental e no comportamento suicidário.

Adicionalmente, foram consultados artigos científicos com revisão por pares o suicídio em contexto europeu, com especial foco nos países em análise.

A pesquisa destes artigos de revisão foi realizada no *website* da PubMed, com os parâmetros de inclusão de ser um dos países escolhidos, ter sido lançado nos últimos 20 anos e ser um artigo de revisão. Como parâmetros de exclusão, excluiu-se os artigos que não eram dos cinco países em estudo e não abordavam o tema de qualidade de vida relacionado com o suicídio.

A combinação entre os dados quantitativos e a análise documental permitiu explorar de que forma fatores socioeconómicos, culturais e demográficos se associam às variações nas taxas de suicídio, procurando-se identificar padrões e diferenças significativas entre os contextos nacionais selecionados.

3. Resultados

Foram analisadas as taxas de suicídio, por casa 100 000 habitantes em cinco países europeus, Portugal, Espanha, Irlanda, Finlândia e Noruega num período de 2011 e 2022. A Finlândia teve a média (M) mais elevada de suicídio com $M=14,5$, seguida da Noruega, com $M=11,8$, da Irlanda, com $M=9,88$, de Portugal, com $M=9,4$, e por fim, a Espanha, com a menor média de suicídios, com $M=7,63$.

As medianas (M_d) seguiram a mesma tendência, com os seguintes valores: Finlândia com $M_d=14,33$, Noruega com $M_d=11,87$, Irlanda com $M_d=9,45$, Portugal com $M_d=9,28$ e Espanha com $M_d=7,51$.

O desvio padrão (DS) mais elevado foi observado na Irlanda ($DS=1,34$), o que sugere maior variabilidade nas taxas anuais neste país. A Finlândia apresentou um $DS=1,26$; a Noruega com $DS=0,66$; Portugal com um $DS=0,87$ e a Espanha com $DS=0,46$.

Os valores Máximo (Mx) e Mínimo (Mn) do número de suicídios em ambos os sexos foram de: na Finlândia Mx=16,51 e Mn=12,95; na Noruega Mx=12,93 e Mn=10,62; na Irlanda Mx=12,12 e Mn=8,17; em Portugal Mx=11,28 e Mn=8,22 e na Espanha Mx=8,27 e Mn=6,74, respetivamente, registando-se o maior na Finlândia.

Pode-se observar no Gráfico 1 que, ao longo do tempo, o número de suicídios na Espanha aumentou ligeiramente. Em Portugal, registou-se um aumento até 2014 e uma diminuição seguida de uma estabilidade das mortes a partir desse momento. Na Irlanda, existiu uma diminuição até 2017 e depois estabiliza a partir desse momento. Na Finlândia pode-se observar uma descida até 2015, seguidos de uma súbita até 2017 e uma descida a partir desse tempo. Na Noruega evidenciou oscilações nas taxas de suicídio, com o pico em 2018.

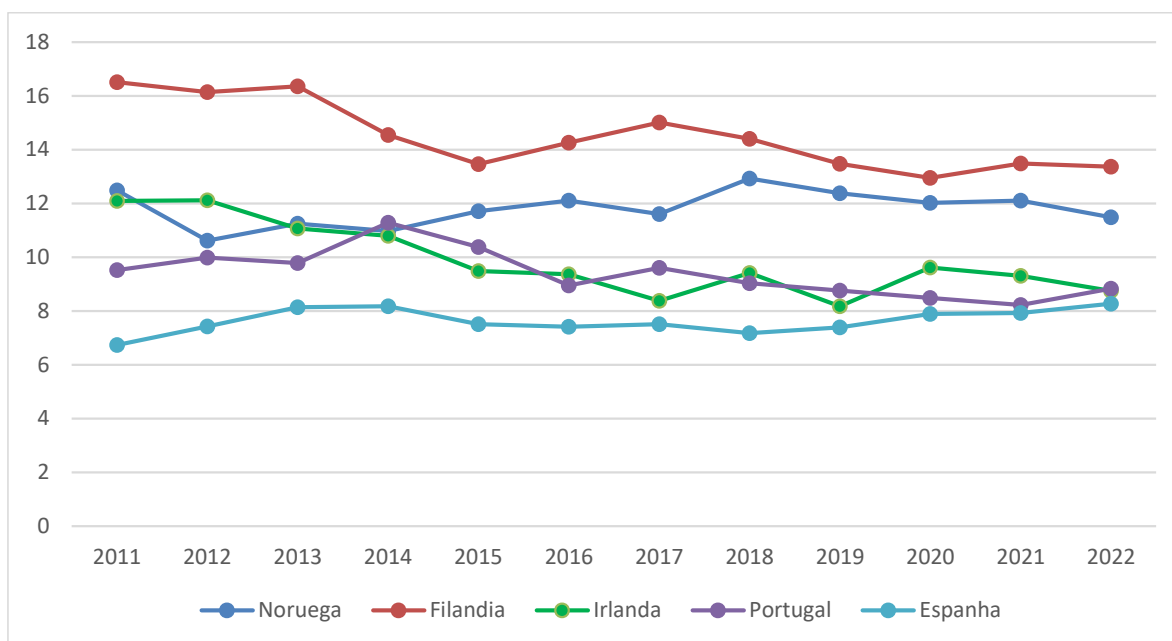


Gráfico 1 - Progressão temporal do número total de suicídios entre 2011 e 2022 em 5 países: Espanha, Portugal, Irlanda, Finlândia e Noruega.

Distribuição por género:

Os dados mostram ainda que as taxas de suicídio são consistentes e superiores no sexo masculino em todos os países.

A Finlândia apresenta os maiores valores de entre os cinco países, registando para os homens uma M=22,60 e um DS=2,50 e as mulheres uma M=7,08 e um DS=0,69. A Noruega teve para os homens uma M=16,81 e um DS=1,08 e as mulheres uma M=6,92 e um DS=0,64. Portugal teve para os homens uma M=16,10 e um DS=1,49 e as mulheres uma M=4,14 e um DS=0,65. A Irlanda registou para os homens uma M=15,99 e um DS=2,57 e as mulheres uma M=3,95 e um DS=0,52. Por último, a Espanha teve para os homens uma M=12,14 e um DS=0,66 e as mulheres uma M=3,72 e um DS=0,32.

A mediana e os valores máximos e mínimos confirmam estas diferenças, onde a Finlândia apresenta os maiores valores, para os homens com uma Md=22,70, Mx=27,63 e Mn=19,53 e para as mulheres uma Md=6,93, Mx=8,09 e Mn=6,06. A Noruega apresenta para os homens uma Md=16,52, Mx=18,44 e Mn=15,38 e para as mulheres uma Md=6,93,

Mx=7,78 e Mn=5,83. Portugal apresenta para os homens uma Md=15,78, Mx=19,23 e Mn=14,17 e para as mulheres uma Md=3,95, Mx=5,53 e Mn=3,37. A Irlanda apresenta para os homens uma Md=15,18, Mx=20,44 e Mn=12,84 e para as mulheres uma Md=3,88, Mx=5,2 e Mn= 3,2. Por último a Espanha apresenta para os homens uma Md=12,11, Mx=13,07 e Mn=11 e para as mulheres uma Md= 3,79, Mx=4,21 e Mn=3,06.

No Gráfico 2 observamos a evolução temporal distinta entre os sexos. Observa-se a Finlândia com o maior número de suicídios e a Espanha com o menor número de suicídios, em ambos os sexos.

Na Finlândia regista-se no sexo masculino uma descida até 2015, seguido de uma subida até 2018 e de uma descida até 2022. No sexo feminino observa-se uma subida até 2013, uma descida até 2016, seguiu de uma subida 2022.

Na Noruega existe no sexo masculino uma descida entre 2011 e 2012, seguido de uma subida até 2021, voltando a descer em 2022. No sexo feminino observa-se um aumento até 2016, seguiu de uma descida até 2022.

Em Portugal, no sexo masculino, regista-se um crescimento até 2014 e depois uma diminuição até 2022. No sexo feminino observa-se uma subida até 2015 e uma descida até 2020, voltando a subir ligeiramente até 2022.

Na Irlanda, no sexo masculino, regista-se uma descida até 2017, seguido de uma subida até 2022. No sexo feminino observa-se que o número de suicídios é bastante constante até 2015, onde começa a descer até 2019 e de seguida sobe até 2022.

Na Espanha, existe um crescimento do número de suicídios no sexo masculino até 2014, descendo até 2018 e depois volta a subir até 2022. No sexo feminino observa-se um crescimento ligeiro no período observado.

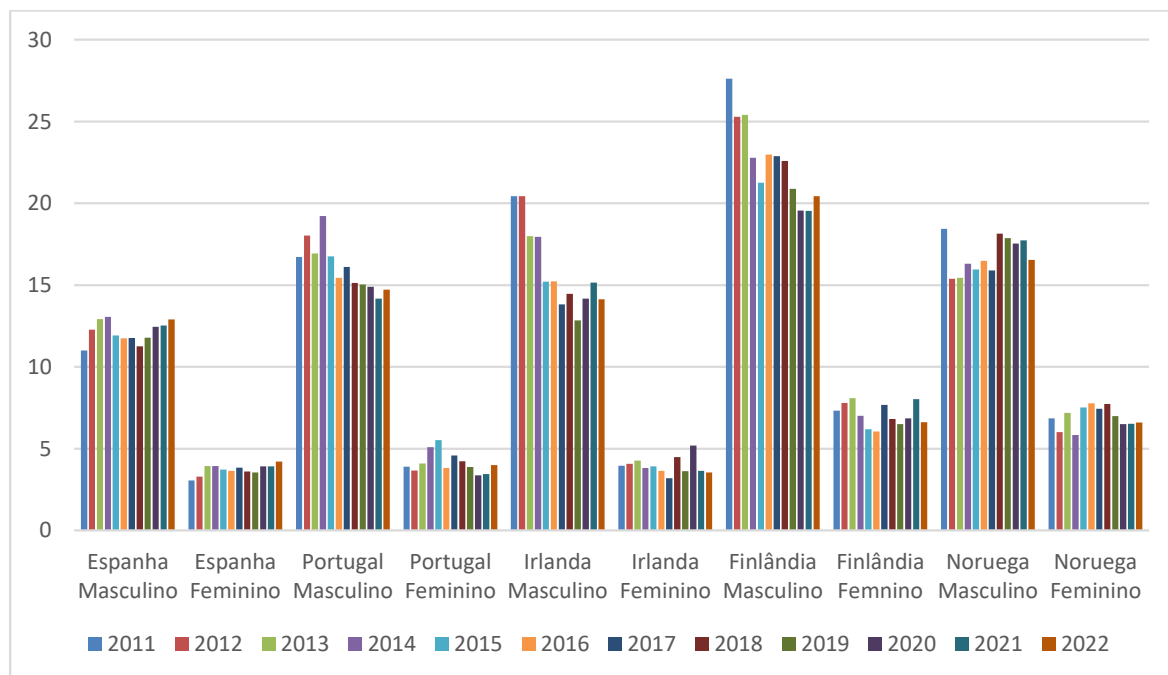


Gráfico 2 - Progressão temporal do número de suicídios no sexo feminino e masculino entre 2011 e 2022 em 5 países: Espanha, Portugal, Irlanda, Finlândia e Noruega.

Distribuição por grupo etário:

Na adolescência (15 aos 19 anos) as taxas de suicídio mais elevadas foram observadas na Finlândia com uma $M=10,11$. Segue-se a Noruega, com $M=8,21$; a Irlanda com $M=6,945$, Espanha com $M=2,48$ e Portugal com $M=2,04$. A variabilidade mais acentuada foi registada na Noruega com um $DS=2,36$, seguido da Finlândia com $DS=2,27$; da Irlanda com $DS=2,09$; Portugal com $DS=0,55$ e da Espanha com $DS=0,36$. A maior mediana regista-se em Portugal, com $Md=1,952$; seguiu de Espanha com $Md=2,55$; da Irlanda com $Md=6,945$; da Noruega com $Md=8,21$ e na Finlândia, com $Md=10,11$. O número máximo e mínimo de suicídios foi na Finlândia, com $Mx=13,57$ e $Mn=5,59$, respetivamente, seguido da Irlanda com $Mx=12,72$ e $Mn=4,45$; da Noruega com $Mx=11,02$ e $Mn=3,37$; Portugal com $Mx=3,41$ e $Mn=1,42$ e da Espanha $Mx=2,96$ e $Mn=1,98$ (Gráfico 3).

Nos adultos de meia-idade (50 aos 54 anos), a Finlândia apresentou novamente os valores mais altos, com uma $M=20,33$, $Md=19,635$, $DS=4,21$, $Mx=30,28$ e $Mn=14,21$. De seguida, a Noruega com $M=17,725$, $Md=17,47$, $DS=2,13$, $Mx=20,98$ e $Mn=14,46$; a Irlanda com $M=15,665$, $Md=15,37$, $DS=3,21$, $Mx=21,07$ e $Mn=4,167$; Portugal com $M=13,14$, $Md=12,92$, $DS=1,59$, $Mx=15,52$ e $Mn=10,81$ e a Espanha obteve os menores números com uma $M=11,53$, $Md=11,435$, $DS=1,21$, $Mx=13,51$ e $Mn=9,7$ (Gráfico 4).

Nos idosos com 85 ou mais anos, Portugal destacou-se com uma média muito superior as dos restantes países, sendo esta de $M=28,36$, $Md=27,3$, $DS=4,65$, $Mx=38,88$ e $Mn=22,7$. De seguida, destacou-se a Espanha com uma $M=17,73$, $Md=17,59$, $DS=1,21$, $Mx=20,83$ e $Mn=15,62$; a Finlândia com uma $M=15,48$, $Md=15,4$, $DS=2,69$, $Mx=19,83$ e $Mn=11,15$; a Noruega com uma $M=12,22$, $Md=12,17$, $DS=3,59$, $Mx=17,75$ e $Mn=6,14$, e por último a Irlanda, com os menores resultados, com uma $M=2,41$, $Md=1,64$, $DS=2,06$, $Mx=6,67$ e $Mn=0$ (Gráfico 5).

Em Portugal e Espanha observa-se que o número de suicídios aumenta com a idade. O mesmo já não se observa com a Irlanda, a Finlândia e a Noruega, onde se verifica um pico nas taxas de suicídio na faixa etária dos 50 aos 54 anos. Na Irlanda, existem mais suicídios no intervalo dos 15 aos 19 anos, enquanto na Finlândia e na Noruega, os indivíduos com 85 ou mais anos têm maior número de suicídios (Gráfico 3, Gráfico 4, Gráfico 5).

Ao longo do tempo, observam-se várias oscilações segundo o grupo etário e o intervalo de tempo. Espanha, entre os 15 e 19 anos, existiu um aumento dos números até 2015, descendo até 2017, uma nova subida até 2019 e descida até 2020, subindo novamente até 2022. Em Portugal, existe uma subida até 2014 e descida em 2015, uma subida até 2017 e volta a descer até 2018, subindo a partir daí até 2022. Na Irlanda existe uma descida acentuada até 2014, uma subida até 2016, uma nova descida até 2018, uma subida até 2020 e descida até 2022. Na Finlândia observa-se uma descida até 2015, seguido de uma subida até 2019 e uma nova descida até 2022. Por fim na Noruega, observa-se uma subida até 2012, uma descida até 2013, uma consequente subida até 2015, uma subsequente descida até 2017 e subida em 2018, uma descida até 2020, e uma subida até 2022 (Gráfico 3).

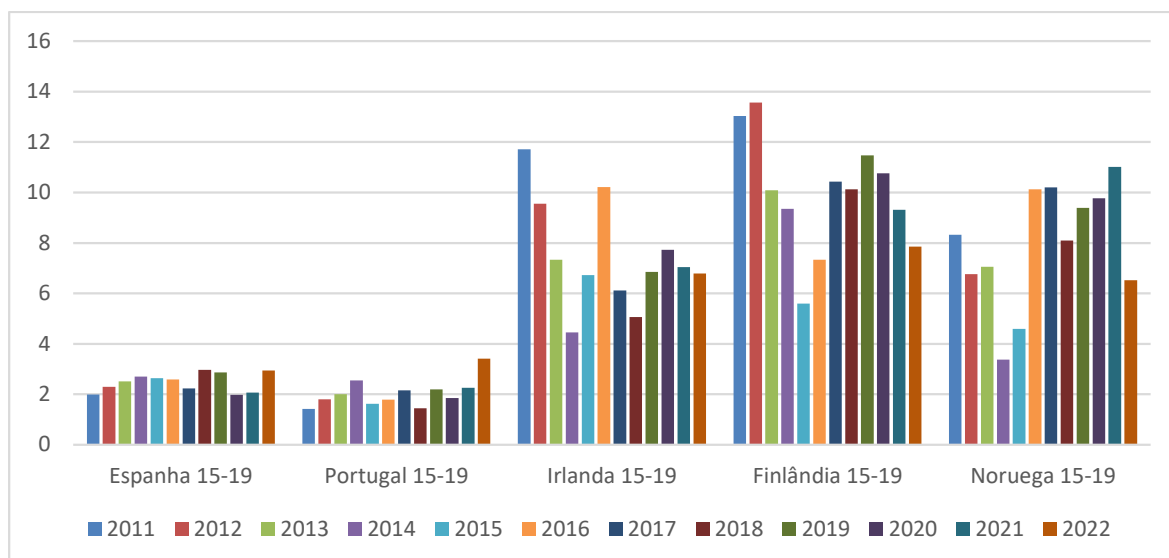


Gráfico 3 - Progressão temporal do número de suicídios nas idades de 15 a 19 anos entre 2011 e 2022 em 5 países: Espanha, Portugal, Irlanda, Finlândia e Noruega.

Na faixa etária dos 50 aos 54 anos, na Espanha, observa-se uma subida até 2013, uma descida até 2016, subsequente a um aumento em 2017, seguiu de uma descida em 2018, seguido de uma subida até 2022. Em Portugal, registou-se uma descida até 2012, seguido de uma subida até 2017, subsequente de uma descida até 2018, uma subida em 2019, seguido de uma descida até 2021 e de uma subida em 2022. Na Irlanda, existiu uma subida até 2013, seguido de uma descida até 2015 e de uma subida em 2016, subsequente de uma descida até 2018, seguido de uma subida até 2020 e de uma descida em 2021, seguido de uma subida em 2022. Na Finlândia, observa-se uma descida até 2015, uma subida em 2016, seguido de uma descida até 2018 e de uma subida em 2019, seguido de uma até 2020 e de uma subida em 2021, com uma nova descida em 2022. Na Noruega, existiu uma subida até 2012, uma descida até 2014, seguido de uma subida até 2018, com uma descida até 2020, seguido de uma subida em 2021 e uma descida em 2022 (Gráfico 4).

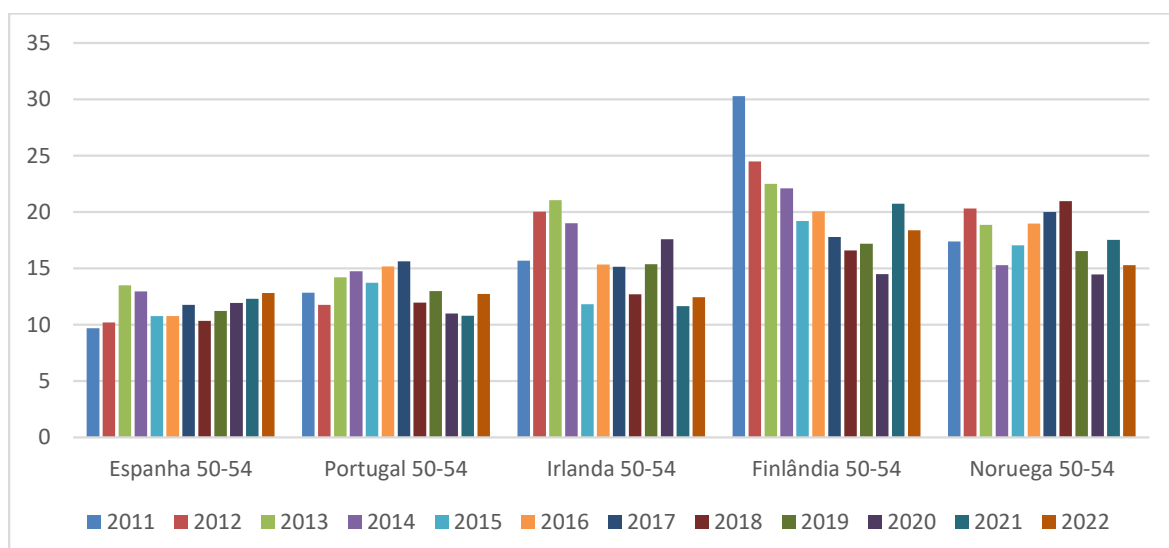


Gráfico 4 - Progressão temporal do número de suicídios nas idades de 50 a 54 anos entre 2011 e 2022 em 5 países: Espanha, Portugal, Irlanda, Finlândia e Noruega.

Por último, da faixa etária dos 85 ou mais anos, na Espanha, observa-se uma subida até 2012, seguido de uma descida em 2013 e de uma subida até 2014, seguido de uma descida até 2016 e de uma subida em 2017, com uma descida até 2019, uma subida em 2020 e de uma descida em 2021, seguido em uma subida em 2022. Em Portugal existiu uma subida até 2012, uma descida em 2013, subsequente de uma subida até 2015, seguido de uma descida em 2016, voltando a subir até 2017, a descer em 2018 e a subir em 2019, seguido de uma descida até 2021, voltando a descer em 2022. Na Irlanda, registou-se um aumento, seguido de uma descida até 2015, subindo novamente até 2017, descendo até 2021, e a subir em 2022. Na Finlândia, existiu um aumento até 2013, descendo até 2015, a subir em 2016 e a descer em 2017, subsequente de uma subida até 2021 e de uma descida em 2022. Na Noruega, observou-se uma subida até 2013, seguido de uma descida em 2014, subsequente de uma subida até 2015, de uma descida 2017 e de uma subida em 2018, voltando a descer até 2020 e a subir até 2022 (Gráfico 5).

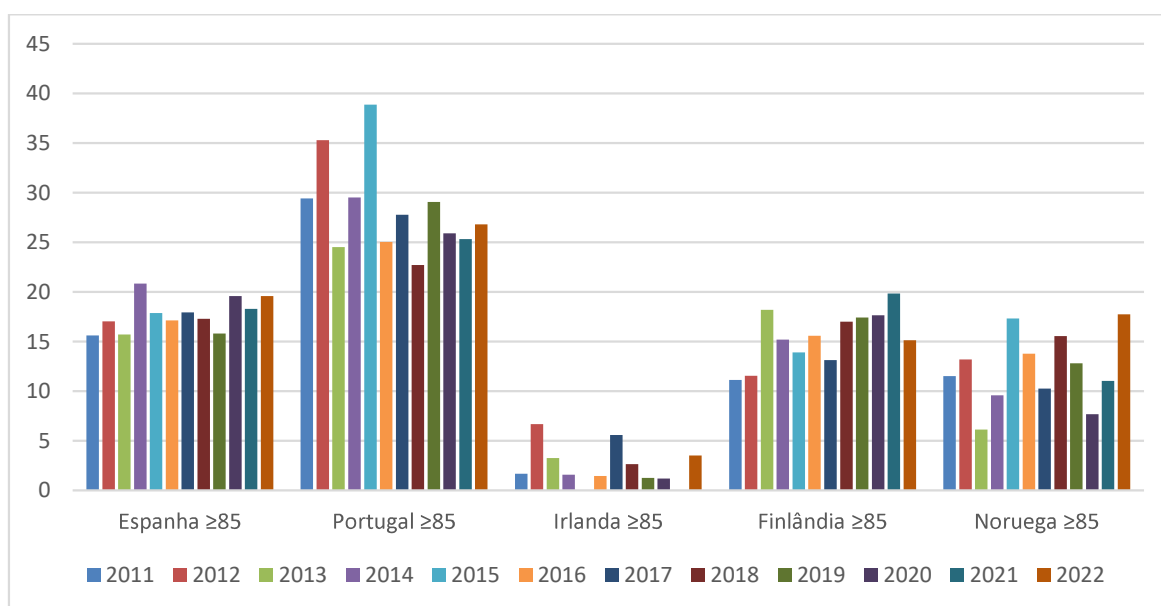


Gráfico 5 - Progressão temporal do número de suicídios nas idades iguais ou superiores a 85 anos entre 2011 e 2022 em 5 países: Espanha, Portugal, Irlanda, Finlândia e Noruega.

Realizou-se o teste Shapiro-Wilk para verificar a distribuição dos dados, observando-se que todos os dados apresentavam uma distribuição normal. Na distribuição de Portugal, Espanha e Noruega houve melhor distribuição de normalidade em comparação com a Finlândia e a Irlanda, no entanto, esta variação não se demonstrou estatisticamente significativa.

Procedeu-se, de seguida, a execução do teste ANOVA onde se observou que não houve diferenças significativas entre os países em estudo, exceto entre Portugal e Irlanda, onde se registou um valor-p de 0,75, enquanto nas restantes comparações foi inferior ou igual a 0,0001 ou 0.0004, no caso da comparação de Espanha e Portugal.

4. Discussão

A qualidade de vida é um fator determinante para o bem-estar dos cidadãos europeus, influenciando diretamente as taxas de suicídio nos diversos países em análise. Embora os resultados da Eurostat indiquem para uma média 7,3 numa escala de 0 a 10 para a qualidade de vida na Europa, com a Finlândia a apresentar a maior pontuação (7,8); seguida da Noruega e da Irlanda (ambas com 7,6); Espanha (7,2) e Portugal (7,1) (14). Contudo estes valores não parecem refletir-se nas taxas de suicídio observadas, uma vez que os países com níveis de satisfação mais elevados, como a Finlândia, registam também as taxas de suicídio mais elevadas.

Ao que diz respeito à satisfação com a vida e por grupo etário, os indivíduos entre os 16 e 29 anos apresentam níveis mais elevados de satisfação, seguidos dos indivíduos com 65 ou mais anos e, por último, os indivíduos com 25 a 64 anos com as percentagens mais baixas. Este padrão em concordância com as taxas de suicídio encontradas, mais elevadas no grupo etário dos 50 aos 54 anos e mais baixas nos jovens dos 15 aos 19 anos. Fatores como o nível de escolaridade, rendimento e composição familiar (presença de crianças dependentes) influenciam igualmente os níveis de satisfação com a vida (14–17).

Segundo a bibliografia, maiores níveis de escolaridade revelam maior satisfação com as suas relações profissionais e maior confiança nos outros. Já os indivíduos com menor nível de escolaridade sentem-se excluídos da sociedade. (14–21). Em paralelo, quanto maior o rendimento do agregado familiar, maior é o grau de satisfação com a vida (14–16,19,22). Do ponto de vista familiar, pessoas que pertencem a famílias numerosas ou com filhos tendem a apresentar menor risco de suicídio (19,20). De forma semelhante, dado que os problemas familiares e o divórcio são um dos principais motivos para o suicídio, as taxas poderão ter diminuído devido a uma mudança de valores, como a maior tolerância e menos estigma associado ao divórcio, à reinserção em relações, ao novo casamento e a novos tipos de composições familiares. Isto observa-se em todos os países mas não se traduz nas taxas de suicídio, pois não existem variações significativas entre estes (20).

O tempo livre ou de lazer, também tem sido considerado um fator de satisfação, no qual, dos cinco países em estudo, a Noruega é quem apresenta maior satisfação com a quantidade de tempo livre, seguida da Finlândia, da Irlanda, de Portugal e da Espanha (18). Este indicador não se traduz nas taxas de suicídio, pois os países nórdicos apresentam os melhores resultados neste domínio e têm as maiores taxas de suicídio. Nos grupos etários, os mais satisfeitos com o tempo livre são os idosos (≥ 65 anos), seguidos dos jovens com idades entre os 16 e os 24 anos. O grupo etário mais descontente foi os indivíduos com idades entre os 35 e os 49 anos (18). Estas observações estão parcialmente de acordo com as taxas de suicídio observados neste estudo, pois o grupo etário dos jovens foi um dos mais satisfeitos e é aquele que apresenta menores taxas de suicídio. Os idosos têm a segunda taxa de suicídio mais alta e são aqueles que estão mais satisfeitos, o que não se traduz na taxa de suicídio.

Relativamente aos ambientes naturais e condições de habitabilidade, cerca de 12,2% da população europeia sentiu que a poluição, sujidade e questões ambientais são um problema para o seu agregado familiar, havendo um aumento desta percentagem com o aumento do risco de pobreza (16). Estas percentagens decrescem em zonas rurais e vilas para valores cerca dos 10% (23,24). Entre os cinco países estudados, Portugal apresenta

a maior percentagem, seguida da Finlândia, da Irlanda, da Espanha e da Noruega, o que se traduz não se traduz na bibliografia referida anteriormente. A exposição à poluição sonora afeta 18,2% da população europeia, seguindo o mesmo padrão. Portugal foi o país com maior percentagem onde a população experienciou maior poluição sonora de vizinhos ou da rua, seguido da Espanha, da Finlândia, da Noruega e da Irlanda (23,24). Ainda assim, os países nórdicos mantêm elevadas taxas de suicídio, apesar de apresentarem melhores condições ambientais.

No domínio dos transportes públicos, serviços de saúde, disponibilidade de médicos e hospitais e espaços públicos, a população da zona ocidental da Europa apresenta uma maior satisfação, enquanto a região mediterrânea apresenta menores percentagens. A zona ocidental da Europa (Irlanda) tem menor taxa de suicídios que a zona nórdica, mas uma maior taxa em comparação com a zona mediterrânea. Os espaços verdes têm bastantes efeitos benéficos nas zonas urbanas, sendo uma das características que mais afeta os ecossistemas, pois ajuda na qualidade do ar, na temperatura e na prevenção de enchentes. A satisfação global dos espaços verdes, poluição sonora e vizinhança local é mais elevada na zona Ocidental e Nórdica (25). No entanto, estas condições não se traduzem nas taxas de suicídio, pois os países nórdicos apresentam melhores resultados e maiores taxas de suicídio, enquanto os países mediterrâneos apresentam piores resultados e menores taxas de suicídio.

A poluição atmosférica causa aproximadamente 57,2 mortes prematuras por cada 100 000 habitantes, sendo mais elevada nas cidades mais poluídas. A Espanha apresenta o maior número de mortes prematuras relacionadas com a poluição do ar, seguida de Portugal, da Noruega, da Irlanda e da Finlândia. No entanto, as taxas de suicídio são mais baixas nos países mediterrâneos, contrariamente ao que seria expectável (25). Também a exposição solar, inferior nos países nórdicos e na Irlanda, pode desempenhar um papel relevante, dada a associação entre os baixos níveis de luz natural e a depressão (19,20).

A participação ativa na vida cultural e social está intimamente ligada à qualidade de vida dos indivíduos. Questões de governação, como a liberdade de acesso à informação, são frequentemente promovidas. Dedicar o tempo livre a atividades voluntárias demonstrou melhorar o bem-estar e a qualidade de vida, havendo 12,3% da população da União Europeia (EU) com 16 anos ou mais que participou em atividades voluntárias, sendo a Finlândia o país que lidera em número na participação em iniciativas de voluntariado, seguida da Irlanda, da Espanha e de Portugal (não existem dados relativos a Noruega). A percentagem de participantes aumenta com o aumento do grau de escolaridade (26). Apesar disso, não se observa um paralelismo entre voluntariado e menores taxas de suicídio.

O turismo, tanto doméstico como estrangeiro, foi avaliado em várias cidades europeias, estando Madrid (Espanha), Barcelona (Espanha) e Lisboa (Portugal) entre as cidades mais visitadas. O turismo tem tanto um efeito ambivalente, pois gera rendimentos mas também pressão sobre infraestruturas, habitações e ambiente, com potencial efeito negativo na qualidade de vida (25). Novamente, podemos observar que este fator tem um efeito oposto nas taxas de suicídio, pois os países apresentam menores taxas de suicídio, o que sugere que o turismo, por si só, não explica o fenómeno.

O Produto Interno Bruto (PIB) é frequentemente utilizado como indicador económico e de bem-estar. A Finlândia regista o PIB mais elevado dos países em estudo, seguida da Irlanda, da Noruega, de Portugal e da Espanha (27,28). No entanto, países como a

Espanha, com um PIB inferior á média europeia, apresenta uma das mais altas expetativas de vida e a taxa de suicídio é a mais baixa dos cinco países em estudo (27,28).

A segurança financeira também influencia o bem-estar: cerca de um terço da população da União Europeia (UE) revelou dificuldades em suportar despesas imprevistas. Em 2020 verificou-se um agravamento deste indicador devido a pandemia do COVID-19. Entre 2011 e 2021, registou-se uma melhoria das percentagens em 2021, exceto em Portugal (29). Esta hierarquia não acompanha as taxas de suicídio observadas.

A pobreza e a insegurança económica são mais frequentes em agregados familiares com apenas uma pessoa com crianças dependentes ou em agregados familiares com três ou mais crianças dependentes têm mais probabilidades de encontrar insegurança económica do que a restante população (28,29). Além disso, pessoas com rendimentos mais baixos relatam menor contacto social em comparação com as pessoas com maiores rendimentos. Cerca de 11,2% pessoas não possuem ninguém a quem recorrer em caso de necessidade, sobretudo no grupo etário dos 16 aos 24 anos, e aquele com maior percentagem foi o grupo etário dos 50 aos 64 anos (14–17). Estes resultados estão de acordo com as taxas de suicídio pois o grupo etário dos 15 aos 19 anos foi aquele que apresentou menores taxas e o do grupo etário dos 50 aos 54 é aquele que apresenta maiores taxas, o que pode explicar, em parte, as elevadas taxas de suicídio.

O desemprego é outro fator de impacto. Estudos indicam que o desemprego aumenta quase em 1% o número de suicídios, mostrando assim o impacto que o estado financeiro tem sobre as taxas de suicídio (27,30).

O suicídio também causa perdas económicas nos vários países, pois a morte do individuo causa perda de anos de trabalho e de pagamentos ao estado. Deste modo, os países com maiores taxas de suicídio são aqueles que apresentam uma maior perda e, consequentemente, os países com menores taxas de suicídio têm menores perdas. Assim, os países nórdicos apresentam maiores perdas económicas, enquanto os países mediterrâneos apresentam menores perda. Assim, os países com maiores taxas de suicídio, como os nórdicos, enfrentam também maiores perdas económicas (30).

As condições e disponibilidade de habitações são mais um fator que influenciam a qualidade de vida das pessoas. Observa-se que os países com maiores rendimentos apresentam habitações de maior qualidade. No entanto, isto não significa que os cidadãos tenham uma maior qualidade de vida. Em todos os países estudados observa-se que as condições das habitações e a qualidade de vida melhoraram durante o período de 2019 a 2022, com exceção da Espanha, que teve uma qualidade de vida inferior (21). Esta informação não apoia o valor das taxas de suicídio dos países nórdicos, que apresentam os maiores valores, e da Espanha, que apresenta os menores valores.

Em 78,2% da população europeia em idades ativas (16 aos 65 anos) que residem em zonas urbanas relataram que tiveram boa acessibilidade aos cuidados de saúde. A Irlanda destaca-se pela maior satisfação com a saúde, seguida da Espanha, da Noruega, da Finlândia e de Portugal. A população idosa (>65 anos) refere maior insatisfação com cuidados de saúde, o que pode contribuir para as elevadas taxas de suicídio neste grupo etário, particularmente na Finlândia (25).

A criminalidade, embora mais prevalente nas zonas urbanas (24,25,29) não acompanha a tendência das taxas de suicídio.

Houve no total 3862 homicídios intencionais na Europa em 2020, um número bastante inferior aos de bastantes países no resto do mundo. O maior número de homicídios relatou-se na Espanha, seguido de Portugal, da Irlanda, da Noruega e da Finlândia, assim, como nas zonas urbanas em comparação com as zonas rurais, vilas e subúrbios (24,25,29). No entanto, esta distribuição não se traduz nas taxas de suicídio observadas, pois os países nórdicos apresentam maiores taxas de suicídios, em comparação com as outras zonas, e estes apresentam melhores resultados relativamente a criminalidade.

Se nos focarmos apenas nas áreas rurais, o principal fator que condiciona estas populações é a acessibilidade às diferentes infraestruturas, nomeadamente à saúde. No entanto, a satisfação geral com a vida da população em áreas rurais e urbanas permanecem elevadas (24), o que contrasta com as taxas de suicídio mais elevadas na Finlândia, país com a melhor avaliação da qualidade de vida.

A doenças crónicas são mais prevalentes nas mulheres do que nos homens e aumenta com o avançar da idade, havendo quase o dobro de indivíduos com doenças crónicas com idades entre os 45 e os 64 anos dos que os indivíduos com 16 a 44 anos. Os países que apresentaram menores percentagens de indivíduos com doenças crónicas foi a Irlanda, seguida da Espanha, de Portugal, da Noruega e da Finlândia, tanto nos intervalos de 16 aos 44 anos e 45 aos 65 anos (24). Estes resultados aproximam-se um pouco das taxas de suicídio, pois os países nórdicos são aqueles que as piores percentagens, o que se traduz nas taxas de suicídio. A Irlanda apresenta os melhores resultados em saúde, mas observamos que apresenta as maiores taxas de suicídio.

As limitações motoras são, também, mais frequentes na população idosos e cerca de 7,2% da população europeia apresenta uma deficiência que interferiu na sua capacidade motora, aumentando o número com o avançar da idade. A Irlanda apresenta a menor prevalência de deficiência severa, seguida da Noruega, da Espanha, de Portugal e da Finlândia (24). Este padrão de qualidade de vida não se traduz nas taxas de suicídio pois a Noruega e a Irlanda têm a segunda e a terceira maior taxa dos países avaliados, respetivamente. A Finlândia apresenta os piores, que se traduzem nas suas elevadas taxas de suicídio.

Em síntese, observa-se um desfazamento entre indicadores de qualidade de vida e taxas de suicídio, especialmente nos países nórdicos, onde, apesar dos melhores resultados em muitos domínios, persistem taxas de suicídio significativamente mais elevadas (24).

A interpretação dos resultados deve ser realizada com precaução, tendo em conta limitações metodológicas, como a ausência de ajustamento das taxas de suicídio à variação da população ao longo dos anos, o que poderá afetar a análise comparativa. Além disso, os fatores de risco individuais e contextuais, muitas vezes invisíveis nas estatísticas agregadas, desempenham um papel crucial no fenómeno de suicídio.

5. Conclusão

O suicídio é um problema de saúde pública que tem vindo a preocupar a OMS, devido aos diversos fatores que contribuem para o seu acontecimento. Embora os distúrbios mentais, como a depressão e a ansiedade, sejam os fatores mais frequentemente

associados ao suicídio, diversos outros fatores (económicos, sociais e ambientais) contribuam significativamente para a sua ocorrência.

Neste estudo analisou-se a evolução das taxas de suicídio entre 2011 e 2022 em ambos sexos e nas faixas etárias dos 15 aos 19 anos, dos 50 aos 54 anos e dos 85 ou mais anos. Os dados evidenciaram que o sexo masculino apresenta taxas de suicídio mais elevadas que o sexo feminino. A faixa etária com maior número de suicídio é a dos 50 aos 54 anos e com menores números é a dos 15 aos 19 anos.

Entre os cinco países estudados, a Finlândia apresentava a taxa de suicídio mais elevada e que a Espanha registou os menores valores, particularmente em ambos os sexos e na faixa etária dos 50 aos 54. Na faixa etária dos 15 aos 19 anos, a Finlândia destacou-se negativamente, enquanto Portugal apresentou os valores mais baixos. Nos indivíduos com 85 ou mais anos, Portugal registou a maior taxa, sendo a Irlanda o país com menor incidência.

Foram ainda avaliados, na bibliografia, vários fatores, desde a qualidade de vida em geral aos fatores socioeconómicos. Verificou-se, contudo, uma ausência de linear entre indicadores e taxas de suicídio. Apesar de alguns países, como os nórdicos, apresentarem elevados níveis de desenvolvimento e bem-estar, continuam a registar taxas de suicídio superiores às observadas em países com piores indicadores, como os mediterrânicos. Esta discrepância evidencia a natureza multifatorial e não linear do suicídio.

Deste modo, conclui-se que o suicido não depende exclusivamente de indicadores objetivos de qualidade de vida, mas sim da sua interindividualidade. A sua prevenção requer políticas públicas adaptadas à realidade social e cultural de cada país, integrando uma abordagem multidisciplinar que considere fatores psicossociais, económicos, clínicos e ambientais. A implementação de estratégias eficazes deve ser baseada em evidência científica sólida e ajustada às necessidades e vulnerabilidades da população em causa, a fim de reduzir de forma sustentada este grave problema de saúde pública.

6. Referências bibliográficas

1. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates. 2019.
2. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. Vol. 15, International Journal of Environmental Research and Public Health. MDPI AG; 2018.
3. Hegerl U. Prevention of suicidal behavior [Internet]. Vol. 18, Dialogues Clin Neurosci. 2016. Available from: www.dialogues-cns.org
4. Lovero KL, Dos Santos PF, Come AX, Wainberg ML, Oquendo MA. Suicide in Global Mental Health. Vol. 25, Current Psychiatry Reports. Springer; 2023. p. 255–62.
5. Hughes JL, Horowitz LM, Ackerman JP, Adrian MC, Campo J V., Bridge JA. Suicide in young people: screening, risk assessment, and intervention. BMJ. BMJ Publishing Group; 2023.
6. O'Rourke MC, Jamil RT, Siddiqui W. Suicide Screening and Prevention. 2025.

7. Soreff SM, Basit H, Attia FN. Suicide Risk. 2025.
8. Ludwig J, Barbek R, von dem Knesebeck O. Education and suicidal ideation in Europe: A systematic review and meta-analysis. Vol. 349, *Journal of Affective Disorders*. Elsevier B.V.; 2024. p. 509–24.
9. Rodziński P, Rutkowski K, Ostachowska A. Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *Psychiatr Pol*. 2017;51(3):515–30.
10. Wasserman D. Review of health and risk-behaviours, mental health problems and suicidal behaviours in Young europeans on the basis of the results from the eu-funded Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) study. Vol. 50, *Psychiatria Polska*. Polish Psychiatric Association; 2016. p. 1093–107.
11. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. Vol. 387, *The Lancet*. Lancet Publishing Group; 2016. p. 1227–39.
12. Carrasco-Barrios MT, Huertas P, Martín P, Martín C, Castillejos-Anguiano MC, Petkari E, et al. Determinants of suicidality in the european general population: A systematic review and meta-analysis. Vol. 17, *International Journal of Environmental Research and Public Health*. MDPI AG; 2020. p. 1–24.
13. Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017 Dec 1;143(12):1313–45.
14. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-overall experience of life Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
15. Statistics Explained: Eurostat. Subjective well-being-statistics Statistics Explained [Internet]. 2019. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
16. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-social interactions Statistics Explained [Internet]. 2021. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
17. Statistics Explained: Eurostat. Living conditions in Europe-life satisfaction and quality of life Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
18. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-leisure Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
19. Rajani NB, Skianis V, Filippidis FT. Association of environmental and sociodemographic factors with life satisfaction in 27 European countries. *BMC Public Health*. 2019 May 10;19(1).
20. Katrňák T, Hubatková B. Does educational expansion decrease suicide rates in European countries? The compositional effect in educational stratification of suicides. *Qual Quant*. 2022 Jun 1;56(3):923–47.
21. Oleńczuk-Paszal A, Sompolska-Rzechuła A. Housing Conditions and the Quality of Life of the Populations of the European Union Countries. *Sustainability (Switzerland)*. 2025 Feb 1;17(4).

22. Statistics Explained: Eurostat. Young people-family and society Statistics Explained Share of households with dependent children [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
23. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-natural and living environment Statistics Explained [Internet]. 2025. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
24. Statistics Explained: Eurostat. Urban-rural Europe-quality of life in rural areas Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
25. Statistics Explained: Eurostat. Urban-rural Europe-quality of life in cities Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
26. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-governance and basic rights Statistics Explained [Internet]. 2024. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
27. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-measuring quality of life Statistics Explained [Internet]. 2023. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
28. Grasso M, Canova L. An assessment of the quality of life in the European Union based on the social indicators approach. 2007.
29. Statistics Explained: Eurostat. Quality of life indicators-economic security and physical safety Statistics Explained [Internet]. 2023. Available from: <https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/>
30. Łyszczarz B. Production losses attributable to suicide deaths in European Union. BMC Public Health. 2021 Dec 1;21(1).