

PORTUGAL

Saúde Mental em números - 2014

Programa Nacional
para a Saúde Mental



PORTUGAL

Saúde Mental em números - 2014

Programa Nacional
para a Saúde Mental



Portugal. Direção-Geral da Saúde
Direção de Serviços de Informação e Análise
Portugal: Saúde Mental em números – 2014
ISSN: 2183-0665
Periodicidade: Anual

EDITOR

Direção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530/1
E-mail: dgs@dgs.pt
<http://www.dgs.pt>

AUTORES

Programa Nacional para a Saúde Mental

Álvaro Andrade de Carvalho

Pedro Mateus

Miguel Xavier (revisão)

Direção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira

Carla Sofia Farinha

Maria Isabel Alves

Ana Paula Soares

Matilde Valente Rosa

José Martins

Luís Serra

Ana Lisette Oliveira

Com a colaboração de

Sofia Rocha e Diogo Silva (SPMS)

Nuno Oliveira (INFARMED)

LAYOUT E IMPRESSÃO

Pinto Azul, Unipessoal Lda.

Calçada Santo António, nº9 R/C Dtª . 1150-313 Lisboa

Lisboa, novembro 2014

Índice

SIGLAS	5
1. NOTAS INTRODUTÓRIAS	7
2. MORTALIDADE	10
2.1. Mortalidade geral e prematura	10
2.2. Mortalidade associada ao suicídio e ao consumo de álcool e de outros psicotrópicos	11
2.2.1. Caracterização da mortalidade por suicídio e por doenças atribuíveis ao álcool	11
2.2.2. Caracterização da mortalidade por acidentes de viação e por suicídio associados ao consumo de psicotrópicos	14
2.2.3. Caracterização da mortalidade por suicídio por local de residência	15
2.2.3.1. Segundo o sexo	15
2.2.3.2. Segundo o grupo etário	19
2.2.4. Caracterização da mortalidade por suicídio nos Estados Membros da União Europeia	21
3. MORBILIDADE E IMPACTO GLOBAL DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS	24
3.1. Prevalência de perturbações mentais – Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental	24
3.2. Registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários	29
3.3. Impacto global das perturbações mentais	31
4. CAPACIDADE DISPONÍVEL	43
4.1. Estruturas	43
4.1.1. Sector Público	43
4.1.2. Sector Social	47
4.1.3. Cuidados Continuados de Saúde Mental	48
4.2. Funcionamento	50
4.2.1. Hospitais	50
4.2.1.1. Produção hospitalar	50
4.2.1.2. Caracterização dos episódios de internamento	65
4.2.1.3. Caracterização do ambulatório	69
4.2.2. Sector Social	72
5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS	74
6. NOTAS FINAIS / RECOMENDAÇÕES	81
7. NOTAS METODOLÓGICAS	83
7.1. Mortalidade	83
7.2. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários	86
7.3. Carga global da doença	87



7.4. Mortalidade e morbidade hospitalar	89
7.5. Dispensa de medicamentos	92
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	94
ÍNDICE DE QUADROS	95
ÍNDICE DE FIGURAS	98

Siglas e Acrónimos

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.
APA – American Psychiatric Association
APVP – Anos Potenciais de Vida Perdidos
ARS – Administração Regional de Saúde
ATC – Anatomical Therapeutic Chemical classification system
BZD – Benzodiazepinas
CCISM – Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
CCPUC – Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores
CFT – Classificação Farmacoterapêutica
CH – Centro Hospitalar
CHA – Centro Hospitalar do Algarve
CHLC – Centro Hospitalar Lisboa Central
CHPL – Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
CHVNG/Espinho – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho
CID-10 – Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.^a revisão
CID-9-MC – Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9.^a revisão - Modificação Clínica
CSP – Cuidados de Saúde Primários
DALY – *Disability-Adjusted Life Year* (Anos de vida ajustados à incapacidade)
DC – Day Case
DCI – Designação Comum Internacional (medicamentos)
DDD – *Defined Daily Dose* (Dose Diária Definida)
DGS – Direção-Geral da Saúde
DHD – Dose Diária Definida por 1000 habitante
DL – Decreto-Lei
DSM – *Diagnostic Statistical Manual of Mental Diseases* (APA)
EEA – *European Economic Area* (Espaço Económico Europeu)
EENSM – Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental
EFTA – *European Free Trade Association* (Associação Europeia de Comércio Livre)
ENUC – Encontro Nacional de Utentes e Cuidadores
EPE – Entidade Pública Empresarial
ERC – Entidade Reguladora para a Comunicação Social
EUA – Estados Unidos da América
FCM – Faculdade de Ciências Médicas da UNL - Universidade Nova de Lisboa
GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (da Região de Saúde do Algarve)
GBD – *Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors*
GDH – Grupos de Diagnósticos Homogêneos (em registo hospitalar)
H – Hospital
HFA Database – *Health For All Database*
HG – Hospital Geral
HP – Hospital Psiquiátrico
ICPC-2 – Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, versão 2
IHME – *Institute for Health Metrics and Evaluation*

IMAOS – Inibidores da Monoamina Oxidase
INE – Instituto Nacional de Estatística
INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INMLCF – Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
IP – Instituto Público
IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social
LVT – Lisboa e Vale do Tejo
MGF – Medicina Geral e Familiar
NCOP – Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
NSP – Novas Substâncias Psicoativas
NUTS – Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
OECD – *Organisation for Economic Co-operation and Development* (OCDE na sigla latina)
OMS – Organização Mundial de Saúde (*WHO*)
ONG – Organização Não Governamental
ONU – Organização das Nações Unidas
OR – *Odds-ratio*
PND – Programa Nacional para a Diabetes
PND CV – Programa Nacional para as Doenças Cérebro-cardiovasculares
PND O – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
PND R – Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
PNPAS – Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável
PNPCT – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo
PNSIDA – Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
PNSM – Programa Nacional para a Saúde Mental
PNSM 2007-2016 – Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016
PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos
PSM – Psiquiatria e Saúde Mental (adultos)
RCM – Resolução de Conselho de Ministros
RRSM – Rede Referência de Saúde Mental
SAM – Sistema de Apoio ao Médico (sistema informatizado)
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SEAMS – Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde
SIARS – Sistema de Informação de ARS
SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
SICO – Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde
SLSM – Serviço Local de Saúde Mental
SMIA – Saúde Mental da Infância e Adolescência
SNC – Sistema Nervoso Central
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
UE – União Europeia
ULS – Unidade Local de Saúde
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano
UNL – Universidade Nova de Lisboa
VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
WHO – *World Health Organization* (Organização Mundial de Saúde)
WHO/Euro – idem para a Região Europa
YLD – *Years Lived with Disability* (anos vividos com incapacidade)
YLL – *Years of Life Lost* (anos de vida perdidos)

1. NOTAS INTRODUTÓRIAS

Como o leitor interessado nesta temática poderá verificar ao ler este volume, embora desideratos relevantes para o sector como os Cuidados Continuados em Saúde Mental, o reforço/ descentralização de camas para a Psiquiatria da Infância e da Adolescência ou a melhor distribuição dos profissionais, não se tenham ainda concretizado, foram dados passos prometedores para a consistência da Saúde Mental, tanto na vertente nacional como na internacional, nomeadamente no que se refere à desigualdade assistencial ainda existente no nosso país.

Na vertente interna merecem particular destaque:

- a.** O despacho nº 3250/2014 do SEAMS que, através de um grupo de trabalho coordenado pelo Presidente da ACSS, reuniu um muito almejado conjunto de dados sobre estrutura e funcionamento do sector, até agora nunca conseguido, vertidos num relatório onde se ultima a integração de sugestões e críticas resultantes de consulta pública bastante participada;
- b.** O conhecimento, recentemente adquirido, das estimativas para 2010 da carga global da doença em Portugal, medida em anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) e em anos vividos com incapacidade (YLD), através de conteúdos obtidos da base de dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, habilitam os responsáveis políticos nacionais pela Saúde a melhor apreenderem os motivos pelos quais as instâncias internacionais afirmam que “Não há saúde sem saúde mental”.

Depois da publicação, em 2013, do 1º relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, de responsabilidade de investigadores do Departamento de Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa (FCM/UNL), e enquanto se aguarda o aparecimento do 2º relatório, os dados acima referenciados e outros contidos nesta 2ª edição do “Saúde Mental em números”, estamos convictos que vão poder ser também muito úteis para os profissionais de saúde, investigadores e os cidadãos que queiram conhecer os impactos mensuráveis das perturbações mentais em Portugal, como se pode ilustrar brevemente através dos seguintes extratos referentes a 2010:

- a.** Na perspetiva, para Portugal, dos DALY, relativos aos anos perdidos de vida saudável, se as doenças cérebro-cardiovasculares obtiveram o peso mais expressivo (13,74%), as perturbações mentais e do comportamento representaram 11,75% e as doenças oncológicas 10,38% da carga global, demonstrando claramente o estatuto destas três entidades como doenças crónicas com elevado impacto nos cidadãos portugueses;
- b.** Relativamente à carga de morbilidade, quantificada através dos anos vividos com incapacidade (YLD), as perturbações mentais e do comportamento destacaram-se de modo proeminente (20,55%), face ao valor encontrado para as nosologias que se lhe seguem: respiratórias (5,06%) e diabetes (4,07%).

O apoio dado pelo Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) a utentes e cuidadores, enquanto parceiros fundamentais na defesa dos seus direitos e na sensibilização da população em geral, governantes, políticos e profissionais de saúde sobre a importância da Saúde Mental, manteve a chama recebida da Coordenação Nacional, extinta em 2011. Esse apoio, consignado no Plano Nacional 2007-2016, pugna pelo aumento da capacitação da sociedade civil sobre esta temática, em particular pelo reforço do número e intervenção de ONG direcionadas para este sector. Assim, alicerçados na estrutura interna CCPUC (Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores) e no aprofundamento do projeto ‘Saúde Mental e Arte’, direccionado para a promoção da saúde mental e o combate ao estigma:

- a.** Apoiaram-se o 4º Encontro Nacional de Utentes e Cuidadores (Coimbra), a 2ª Caminhada pela

Saúde Mental (Lisboa e Faro) e o Festival “Cinema e Saúde Mental” (Faro, 2ª edição), a par do apoio à dinamização da Rede Nacional de Pessoas com Experiência de Doença Mental e da reativação de um parceiro potencialmente muito importante – uma estrutura federadora das Associações de Familiares e Amigos das Pessoas com Doença Mental;

- b.** Promoveu-se a 2ª Exposição Nacional de Artes Plásticas (Museu Nacional Machado de Castro; Museu da Ciência da Universidade de Coimbra; Casa Museu da Fundação Bissaya Barreto; Casa da Escrita, da Câmara Municipal) e o 1º ciclo direcionado para o Teatro e a Dança tendo por artífices, também, pessoas com doença mental grave, que decorreu em várias estruturas locais: Teatro da Cerca de S. Bernardo, Teatro Académico Gil Vicente, Teatro da Loucomotiva de Taveiro;
- c.** Mas quando se fala do combate ao estigma na doença mental, é inevitável considerar a imprensa e a comunicação social em geral, preciosíssimos aliados ou, se não sensibilizados, difusores potentes de preconceitos e perspetivas incorretas, quer na abordagem geral das temáticas de saúde mental, quer do modo como muitas vezes tratam as mortes violentas, o suicídio em particular. Para alcançar esses desideratos, respondemos a um pedido de articulação com a Entidade Reguladora para a Comunicação Social (ERC), com quem assinámos um protocolo de colaboração e promovemos, na Sala do Senado da Assembleia da República, a Conferência “Média em Mente”.

Os dados relevantes sobre as unidades de medicamentos psicotrópicos vendidas através do SNS, baseados na Dose Diária Definida (DDD) e por mil habitantes (DHD), registados no Relatório sobre Consumo de Psicofármacos 2000-2012, do INFARMED, onde se indiciam alguns dos riscos da supremacia internacional de algumas correntes psiquiátricas aliadas da indústria farmacêutica na gestão dos problemas de Saúde Mental, permitiram a fundamentação dos alertas expressos na edição anterior, em particular quanto aos riscos para a Saúde Pública do aumento continuado da prescrição de benzodiazepinas, de estimulantes inespecíficos do SNC (sobretudo em crianças/adolescentes) e, eventualmente, do impacto do crescimento persistente do consumo de antidepressivos, para além de outros que se espera vir a conseguir analisar em próxima edição.

Entretanto, manteve-se o apoio à investigação científica, visando fundamentar em bases mais sólidas a estruturação de um plano nacional de intervenção em demências, e investindo igualmente na área do ‘diagnóstico duplo’ de doença mental na deficiência intelectual.

Nada dispicienda é a possibilidade de, finalmente, disponibilizar um apoio mais estruturado à área da prevenção, na circunstância às crianças escolarizadas e ao suicídio, graças ao arranque, ainda em 2014, do projeto “Iniciativas em Saúde Pública”, designado como *EEA Grants*, coordenado, em data próxima, pela ACSS e financiado pela Noruega e outros países ex-EFTA (Liechtenstein e Islândia), com 5 subáreas, definidas com a nossa colaboração ativa:

- a.** Melhoria da capacidade dos cuidados de saúde primários para tratar a depressão;
- b.** Desenvolvimento de programas de prevenção da doença mental e da promoção da saúde mental em crianças e adolescentes, nas escolas;
- c.** Melhoria do acesso aos serviços de saúde mental em especial para grupos afetados pela crise económica;
- d.** Melhoria dos sistemas de financiamento do sector;
- e.** Promoção da saúde mental no trabalho e nos grupos mais afetados pela crise económica.

Congratulamo-nos ainda por a Comissão Consultiva deste projeto, muito recentemente, ter decidido abrir uma 2ª série de candidaturas, a que se podem habilitar todos os projetos que tendo ficado registados na 1ª fase não puderam dar sequência às candidaturas por dificuldades com a plataforma informática utilizada.

Mas no âmbito da prevenção importa ainda registar o início da disseminação, com o nosso apoio, do Projeto “+Contigo”, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e da ARS Centro, de prevenção do suicídio em meio escolar, bem como da estruturação, com outros sectores da DGS:

- da revisão de normas de orientação nas consultas de gravidez e de puerpério nos cuidados de saúde primários;
- da criação de indicadores de promoção de saúde mental na área da infância e adolescência;
- da análise por peritos da sobremedicação com psicotrópicos em crianças e adolescentes.

Finalmente, na vertente nacional é inevitável e premente falar nos CCISM (Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental), sistematicamente anunciados e adiados por conhecidos constrangimentos financeiros, com muitos de nós a interrogarem-se se a situação presente não sai mais onerosa, quer a nível emocional, presente e futura, dos utentes/familiares/amigos/profissionais envolvidos, quer económico, também imediato e mediato, uma vez que o aumento do risco de dependência não é isento de custos para o SNS. Neste contexto registam-se as declarações recentes da tutela de que, até final da presente legislatura, vão estar no terreno as primeiras tipologias de cuidados continuados de saúde mental.

Quanto à vertente internacional, duas congratulações e um registo:

- a. A *Joint Action* da União Europeia sobre Saúde Mental e Bem-estar, coordenada por Portugal, cujo relatório, recém concluído, será brevemente disponibilizado, contribuindo seguramente com dados sobre diversas áreas relacionadas com a Saúde Mental (organização, intervenções clínicas, políticas), que poderão ser utilizados na formulação e na reformulação das políticas nacionais.
- b. A *Gulbenkian World Platform*, cujo êxito tem ultrapassado as expectativas, é uma esperança tanto quanto ao conhecimento internacional do que se faz e pode vir a fazer em Portugal e no mundo, como do estímulo e exemplo de boas práticas que advirão para o país hospedeiro.
- c. O psiquiatra norte-americano Allen Frances, coordenador da DSM-IV, registou numa importante entrevista ao *El País*, em 29/09/2014, (accedida em 17/11/2014 e disponível em http://sociedad.elpais.com/sociedad/2014/09/26/actualidad/1411730295_336861.html), o que vinha sendo óbvio para muitos psiquiatras em todo o mundo – a perniciosa influência da indústria farmacêutica norte-americana na 5ª edição do que tem sido não só o manual oficial das perturbações mentais da *American Psychiatric Association*, mas também um referencial importante na psiquiatria mundial. Com efeito, depois de ser apreciado por plasmar uma perspetiva moderna e estritamente clínica das entidades psicopatológicas, como se verificou nomeadamente com a publicação do DSM-III (passe o excesso de presunção sobre o facilitismo diagnóstico que induziu), com esta 5ª revisão transforma-se num perigoso instrumento da influência do poder económico da indústria num precioso instrumento de trabalho clínico e de investigação epidemiológica.

Lisboa, novembro 2014

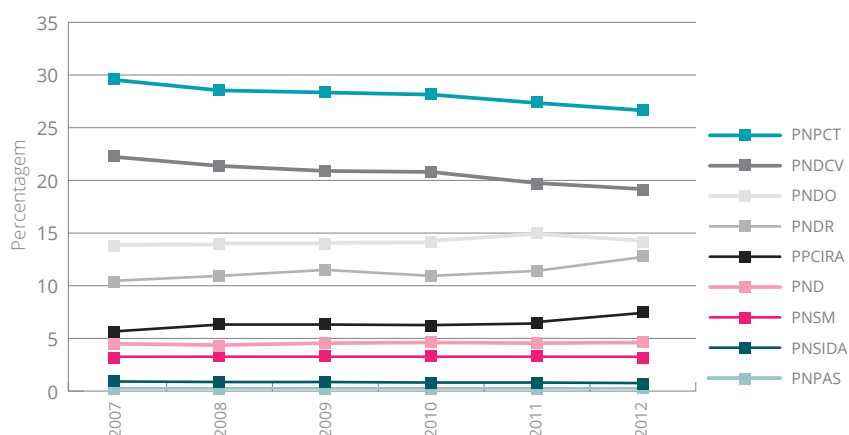
Álvaro Andrade de Carvalho

Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental

2. MORTALIDADE

2.1. Mortalidade geral e prematura

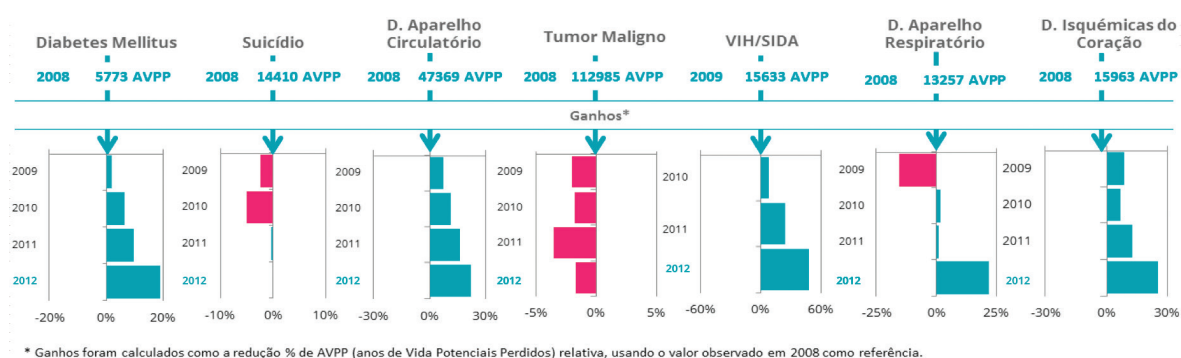
Figura 1. Peso das causas de morte, associadas aos problemas de saúde abordados pelos Programas de Saúde Prioritários, na mortalidade total (%), Portugal Continental (2007–2012)



Códigos CID 10: Ver nota metodológica. Fonte: INE, IP, 2014

A mortalidade prematura pode ser analisada através do indicador Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP), que corresponde ao número de anos que teoricamente uma determinada população deixa de viver por morte prematura antes dos 70 anos de idade.

Figura 2. Anos de vida ganhos, Portugal Continental (2008-2012)



2.2. Mortalidade associada ao suicídio e ao consumo de álcool e de outros psicotrópicos

2.2.1. CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO E POR DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL

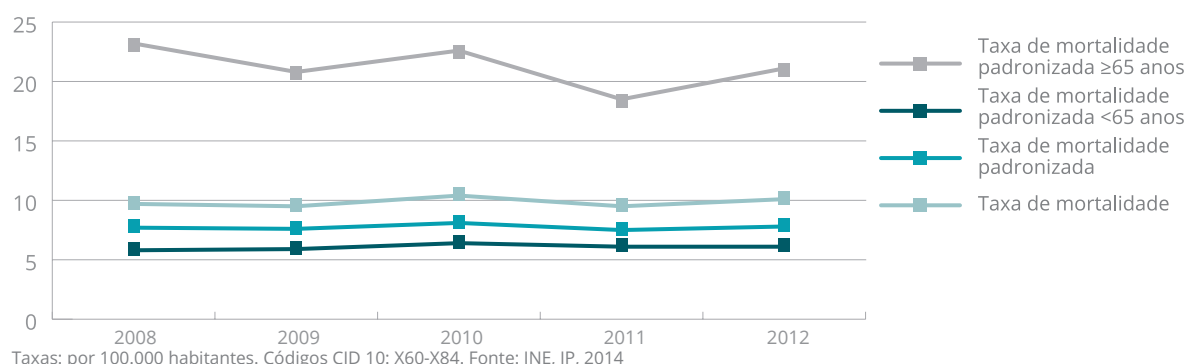
A taxa de mortalidade padronizada por suicídio variou, nos últimos cinco anos avaliados, entre os valores de 7/100.000 e 8/100.000 habitantes, com um aumento no último ano disponível (Quadro 1). Dentro destes valores globais destaca-se o mais expressivo, na faixa etária dos 65 ou mais anos de idade, com uma taxa de 21,1/100.000 em 2012. Como referido no relatório anterior, existem fortes indícios de subnotificação desta causa de morte devido ao grande número de mortes de causa indeterminada no mesmo período. Com o início, em janeiro de 2014, da aplicação, a todo o território nacional, do novo sistema SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito), passará a ser possível a apresentação de dados mais atualizados, sendo também expectável um maior rigor na medida deste indicador.

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Portugal Continental (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	976	957	1.049	951	1.015
Taxa de mortalidade	9,7	9,5	10,4	9,5	10,1
Taxa de mortalidade padronizada	7,7	7,6	8,1	7,5	7,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	5,8	5,9	6,4	6,1	6,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	23,2	20,8	22,6	18,5	21,1
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,3	6,3	6,8	6,5	6,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	26,8	24,7	26,5	21,4	25,2

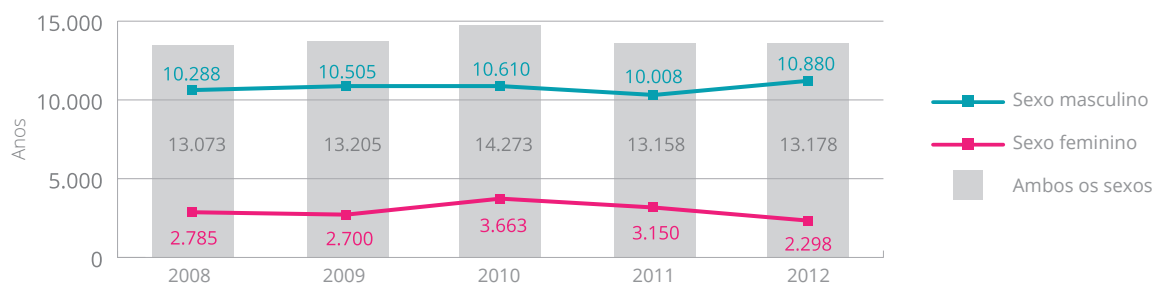
Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 3. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)



Os valores dos anos potenciais de vida perdidos por suicídio (Figura 4), acompanham, de uma forma aproximada, a evolução das taxas de mortalidade padronizada, destacando-se o aumento de anos potenciais de vida perdidos no sexo masculino e uma diminuição no sexo feminino, entre 2011 e 2012.

Figura 4. Anos potenciais de vida perdidos por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio) por sexo, Portugal Continental (2008-2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

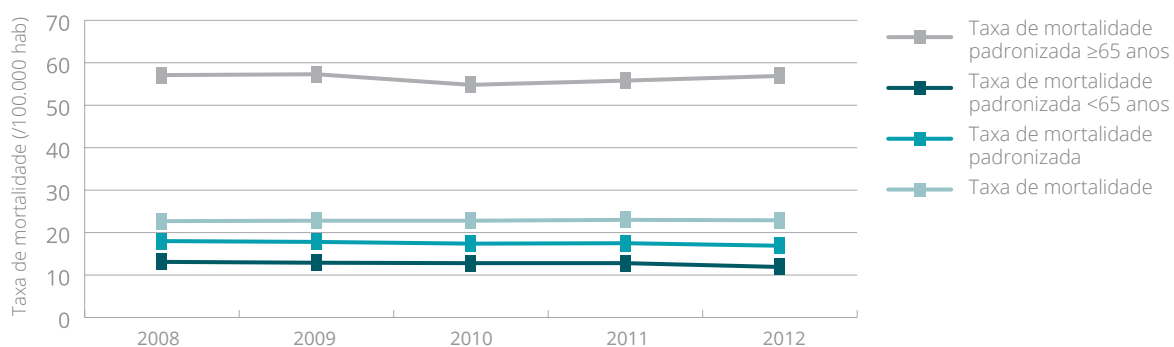
A evolução das taxas de mortalidade por doenças atribuíveis ao álcool não apresenta uma variação substancial nos últimos cinco anos (Quadro 2), diminuindo ligeiramente na taxa padronizada entre 2008 e 2012. Estes dados são concordantes com outros indicadores relacionados com os padrões do consumo do álcool, nomeadamente com a diminuição do consumo per capita em Portugal entre 1990 e 2010 (WHO 2014).

Quadro 2. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Doenças Atribuíveis ao Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)

Doenças Atribuíveis ao Álcool					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	2.285	2.295	2.294	2.309	2.288
Taxa de mortalidade	22,7	22,8	22,8	23,0	22,9
Taxa de mortalidade padronizada	18,0	17,8	17,4	17,5	16,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	13,1	12,9	12,8	12,8	11,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	57,1	57,3	54,8	55,8	56,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	14,7	14,7	14,3	14,6	13,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	61,9	58,3	59,3	56,4	60,5

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos CID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 5. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Doenças Atribuíveis ao Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)



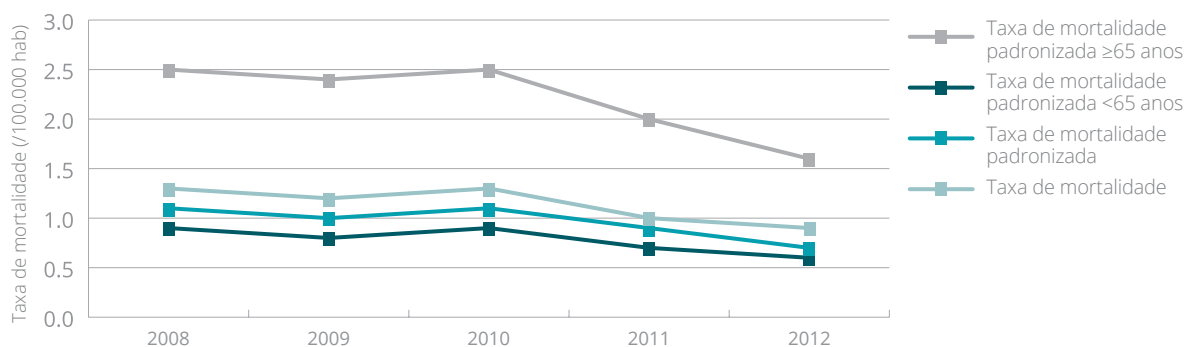
Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da ID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a Perturbações Mentais e Comportamentais devidas ao Uso de Álcool, Portugal Continental (2008-2012)

Perturbações Mentais e Comportamentais devidas ao Uso de Álcool					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	131	120	131	102	93
Taxa de mortalidade	1,3	1,2	1,3	1,0	0,9
Taxa de mortalidade padronizada	1,1	1,0	1,1	0,9	0,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,9	0,8	0,9	0,7	0,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	2,5	2,4	2,5	2,0	1,6
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	1,0	0,9	1,0	0,8	0,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	2,6	2,3	2,3	1,3	1,9

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: F10.2. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 6. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Perturbações Mentais e Comportamentais devidas ao Uso de Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)



Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: F10.2. Fonte: INE, IP, 2014

2.2.2. CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE POR ACIDENTES DE VIAÇÃO E POR SUICÍDIO ASSOCIADOS AO CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS

O número de vítimas mortais em acidentes de viação com resultados positivos no rastreio para a presença de substâncias psicotrópicas (Quadro 4), aumentou entre 2009 e 2013, representando 11,2% do total dos rastreios feitos em 2013 pelo Instituto de Medicina Legal e Ciências Forenses. A distribuição dos casos positivos (Quadro 5) mostra que a deteção positiva mais frequente em 2013 foi a da combinação de álcool e drogas (53,8%).

Quadro 4. Vítimas mortais de acidente de viação (condutor do veículo) autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses* – rastreio e confirmação de substâncias psicotrópicas, Portugal (2009-2013)

Rastreio e confirmação de substâncias psicotrópicas										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negativos	288	93,2	292	94,2	265	91,7	222	91,4	207	88,8
Positivos	21	6,8	18	5,8	24	8,3	21	8,6	26	11,2
Total	309	100,0	310	100,0	289	100,0	243	100,0	233	100,0

* Artº 156º, nº4 do CE na versão conferida pelo Dec. Lei 44/2005 de 23 de Fevereiro. Fonte: INMLCF, 2014

Quadro 5. Vítimas mortais de acidente de viação (condutor do veículo) autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses* – distribuição dos casos positivos, Portugal (2009-2013)

Distribuição dos casos positivos										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Canabinóides	12	57,1	6	33,3	8	33,3	3	14,3	3	11,5
Opiáceos	5	23,8	1	5,6	2	8,3	6	28,6	7	26,9
Cocaína e metabolitos	4	19,0	1	5,6	2	8,3	0	0,0	1	3,8
Anfetamina e derivados	0	0,0	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0
Álcool ** + Drogas	ND	--	10	55,6	10	41,7	10	47,6	14	53,8
Droga + Droga	ND	--	0	0,0	1	4,2	2	9,5	1	3,8

* Artº 156º, nº4 do CE na versão conferida pelo Dec. Lei 44/2005 de 23 de Fevereiro. ** TAS >= 0,1 g/L. Fonte: INMLCF, 2014

Quadro 6. Casos com suspeita de suicídio no registo de entrada do cadáver autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Delegação do Sul (2008-2012)

		2008	2009	2010	2011	2012
Total casos		182	143	167	175	154
Etanol	Processados	145	117	157	157	126
	Positivos	30	26	27	29	23
Canabinoides	Processados	91	80	79	93	93
	Positivos	3	0	2	2	4
Opiáceos	Processados	92	82	79	93	94
	Positivos	9	2	4	5	4
Cocaína	Processados	92	80	79	90	94
	Positivos	4	1	2	5	3

Fonte: Delegação do Sul (Lisboa) - INMLCF, 2014

2.2.3. CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO POR LOCAL DE RESIDÊNCIA

2.2.3.1. Segundo o sexo

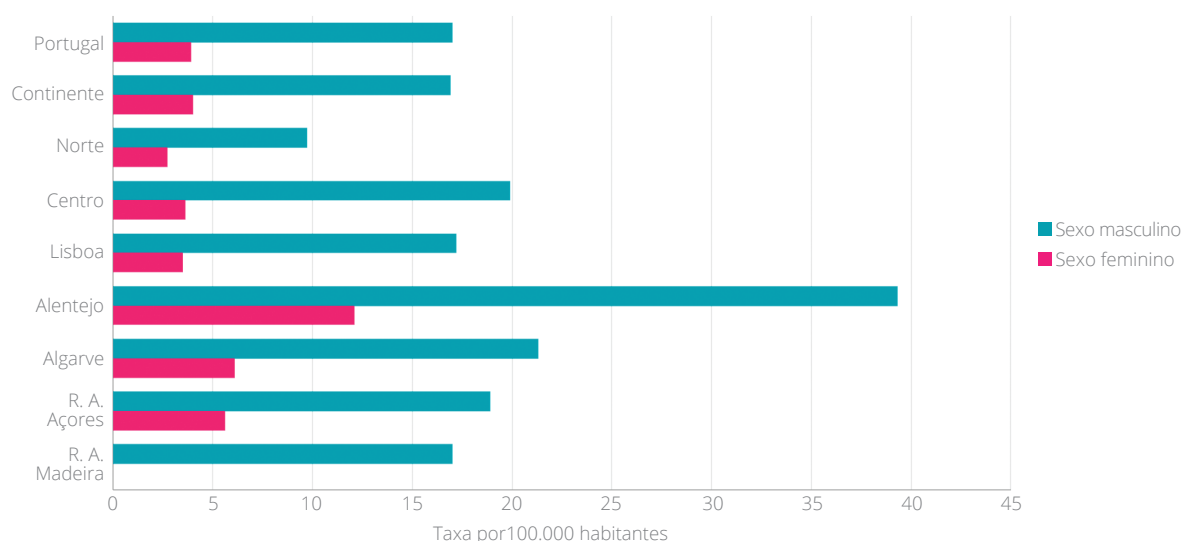
A taxa de mortalidade por suicídio é maior nos homens em todas as regiões de Portugal Continental e 4 a 6 vezes superior quando comparada com as taxas de suicídio nas mulheres.

Considerando em específico as diversas regiões, o Alentejo é a Região com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, com um valor de 44,1/100.000 no caso dos primeiros (Quadro 10). Seguem-se as regiões do Algarve, Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Açores (Figura 7).

A evolução nos dois últimos anos apresentados mostra que a taxa de mortalidade nos homens subiu nas regiões do Norte, Centro, LVT e Algarve, descendo na Região do Alentejo. Nas mulheres a taxa desceu nas regiões Centro e LVT, mantendo-se na Região Norte (Quadros 7 a 11).

Nas regiões autónomas e considerando os dados disponíveis para ambos os sexos (Quadros 12 e 13), a taxa de suicídio diminuiu na Região dos Açores e aumentou na Região da Madeira, entre 2011 e 2012.

Figura 7. Taxa de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, por sexo e local de residência (2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Norte (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Sexo masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	146	143	152	154	170
Taxa de mortalidade	8,2	7,4	8,6	8,7	9,7
Taxa de mortalidade padronizada	7,4	6,5	7,6	7,6	8,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,0	5,8	6,2	6,5	7,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	18,7	11,5	19,0	16,8	17,7
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,4	6,0	6,3	6,8	7,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	20,0	12,3	23,9	18,4	19,3
Sexo feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	47	40	51	52	51
Taxa de mortalidade	2,4	2,3	2,6	2,7	2,7
Taxa de mortalidade padronizada	2,1	1,9	2,3	2,4	2,1
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	1,8	1,7	2,1	2,1	1,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	4,6	3,3	3,1	4,3	6,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,1	1,8	2,1	2,3	1,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	2,7	2,7	3,7	3,7	8,3

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Centro (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Sexo masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	131	144	150	122	146
Taxa de mortalidade	15,5	17,2	18,0	14,7	17,8
Taxa de mortalidade padronizada	12,9	14,0	14,3	11,3	13,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	10,6	11,6	11,3	8,4	10,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	31,9	33,9	38,1	35,2	39,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	11,3	12,1	12,2	9,0	10,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	34,1	39,6	40,9	41,9	51,2
Sexo feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	35	44	53	34	31
Taxa de mortalidade	3,8	4,8	5,8	3,7	3,4
Taxa de mortalidade padronizada	2,7	3,3	4,8	2,9	2,5
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	2,1	2,6	4,2	2,5	2,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	7,5	9,0	9,3	5,9	6,1
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,3	2,7	4,3	2,8	2,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	7,4	11,9	11,3	3,8	5,2

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Sexo masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	289	296	310	297	337
Taxa de mortalidade	16,8	17,1	17,9	17,1	19,5
Taxa de mortalidade padronizada	14,2	14,6	14,5	14,2	16,0
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	10,0	11,2	10,5	11,0	12,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	47,9	42,0	47,4	40,1	45,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	10,5	11,7	11,1	11,7	12,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	63,5	52,4	60,6	47,6	59,2
Sexo feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	107	74	107	89	74
Taxa de mortalidade	5,7	3,9	5,6	4,6	3,9
Taxa de mortalidade padronizada	4,3	3,1	4,3	3,8	3,0
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,2	2,4	3,4	3,6	2,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	13,7	8,3	11,4	6,0	8,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,5	2,6	3,7	3,5	2,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	14,8	8,6	11,6	8,4	9,3

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Alentejo (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Sexo masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	111	112	120	121	108
Taxa de mortalidade	43,9	44,6	48,1	49,0	44,1
Taxa de mortalidade padronizada	28,3	28,1	32,2	34,0	30,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	17,2	18,0	21,3	25,4	22,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	117,8	110,2	121,0	103,5	101,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	19,1	18,6	23,9	26,8	24,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	150,0	154,9	143,6	129,9	109,8
Sexo feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	29	37	32	25	38
Taxa de mortalidade	10,9	14,0	12,1	X	14,6
Taxa de mortalidade padronizada	6,3	9,4	6,6	X	7,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	4,1	6,7	3,8	X	3,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	23,5	31,2	28,9	X	34,7
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,2	8,1	4,5	X	4,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	33,5	27,2	34,3	X	39,6

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão.
Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos do CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014.

Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Algarve (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Sexo masculino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	62	53	58	46	46
Taxa de mortalidade	28,9	24,5	26,5	21,1	21,3
Taxa de mortalidade padronizada	23,5	19,1	21,0	17,1	16,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	16,8	12,6	15,5	14,5	12,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	77,5	72,0	65,7	37,5	51,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	19,3	13,7	17,2	14,7	13,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	78,5	91,4	71,0	48,2	58,9
Sexo feminino					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	19	14	16	11	14
Taxa de mortalidade	X	X	X	X	X

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão. Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Região Autónoma dos Açores (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Ambos os sexos					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	29	30	23	38	30
Taxa de mortalidade	11,9	12,2	9,4	15,4	12,1
Taxa de mortalidade padronizada	11,5	11,4	9,3	14,4	11,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	ND	11,5	9,2	13,8	12,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	ND	10,5	10,2	19,7	6,2

Nota: Por o número de óbitos nesta Região, quando desagregado por sexo, ser ≤ 25 apresentam-se apenas os valores dos indicadores para ambos os sexos. ND: Não disponível. Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Região Autónoma da Madeira (2008-2012)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)					
Ambos os sexos					
	2008	2009	2010	2011	2012
Número de óbitos	30	26	24	19	21
Taxa de mortalidade	12,1	10,5	9,7	7,1	8,0
Taxa de mortalidade padronizada	12,3	10,4	9,5	6,4	6,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	ND	11,4	7,8	5,7	5,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	ND	2,5	23,2	12,5	21,7

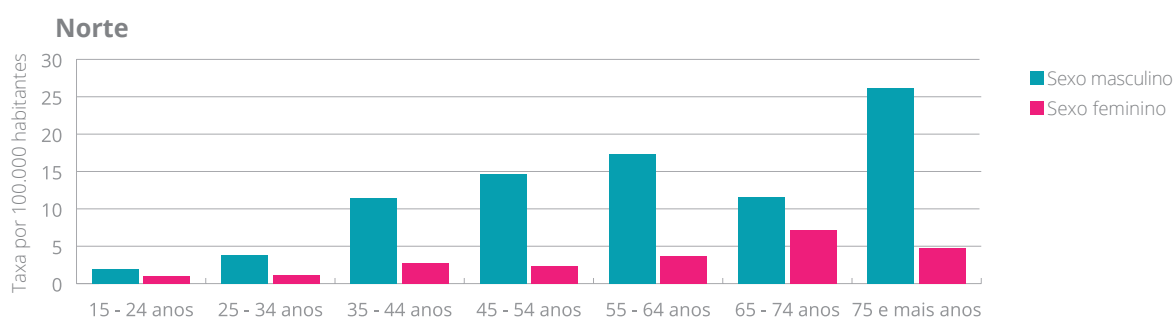
Nota: Por o número de óbitos nesta Região, quando desagregado por sexo, ser ≤ 25 apresentam-se apenas os valores dos indicadores para ambos os sexos. ND: Não disponível. Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014.

2.2.3.2. Segundo o grupo etário

A análise dos dados da distribuição da taxa de suicídio nos homens mostra que três regiões de Portugal Continental (Centro, LVT e Alentejo), apresentam padrões semelhantes na sua distribuição ao longo das faixas etárias, pautados por um aumento progressivo generalizado das taxas na medida do aumento da idade (Figuras 9, 10 e 11). Este padrão é diferente nas regiões do Norte e do Algarve, onde a taxa de suicídio nos homens é superior no intervalo de idades entre os 55-64 anos quando comparada com a mesma taxa no intervalo dos 65-74 anos (Figuras 8 e 12). Nas mulheres, o padrão nas regiões do Norte, Centro e LVT é caracterizado por uma diminuição da taxa de suicídio na faixa etária dos 75 e mais anos, comparando com o intervalo de idades imediatamente anterior. No entanto, isso não acontece nas regiões do Algarve e do Alentejo, verificando-se um aumento da taxa de suicídio quando consideramos os mesmos intervalos (Figuras 11 e 12).

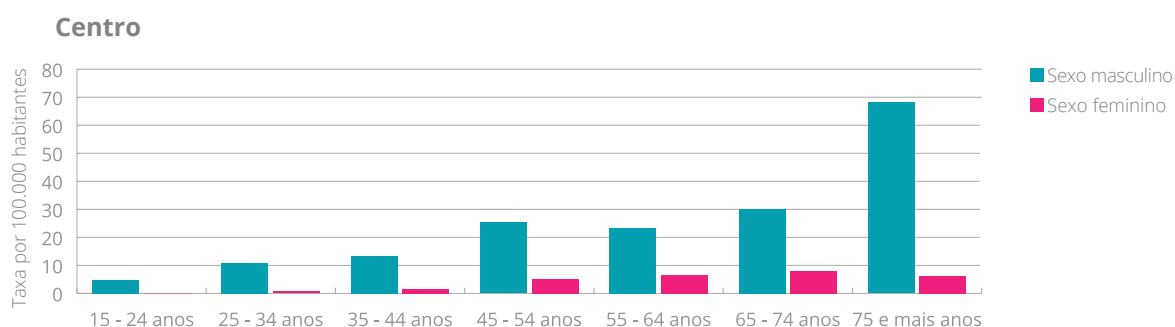
Na Região dos Açores destacamos a preocupante taxa de suicídio em jovens do sexo masculino com idades entre os 15 e os 24 anos, acima dos 10/100.000, bem como a taxa mais elevada de todo o país na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (41,6/100.000), que nesta Região se destaca quando comparada com as restantes faixas etárias (Figura 13).

Figura 8. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Norte (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 9. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Centro (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 10. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Lisboa (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)

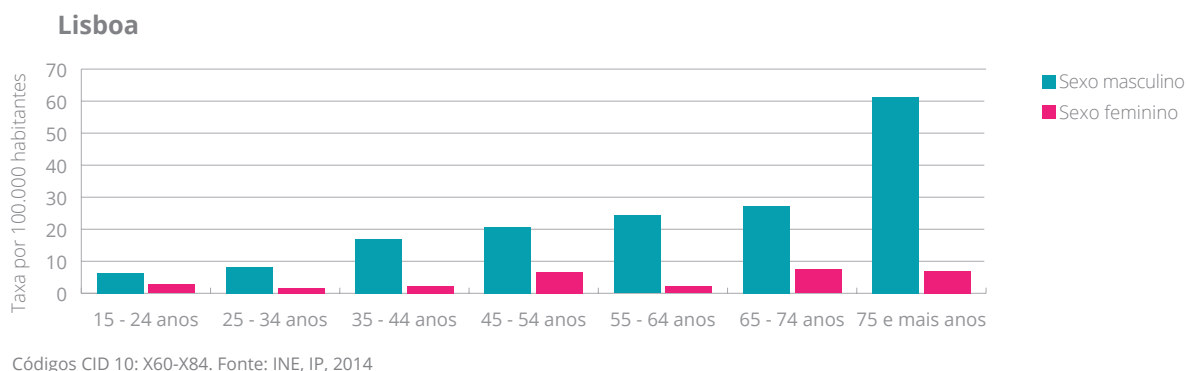


Figura 11. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região do Alentejo (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)

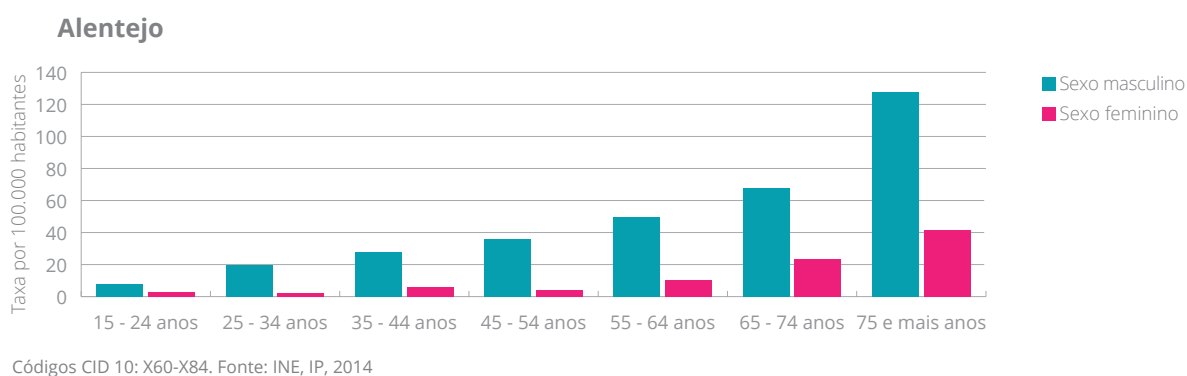


Figura 12. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região do Algarve (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)

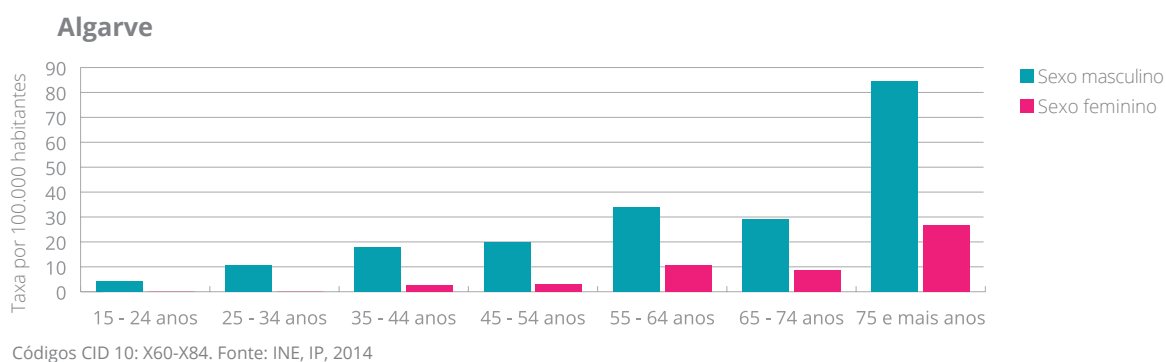
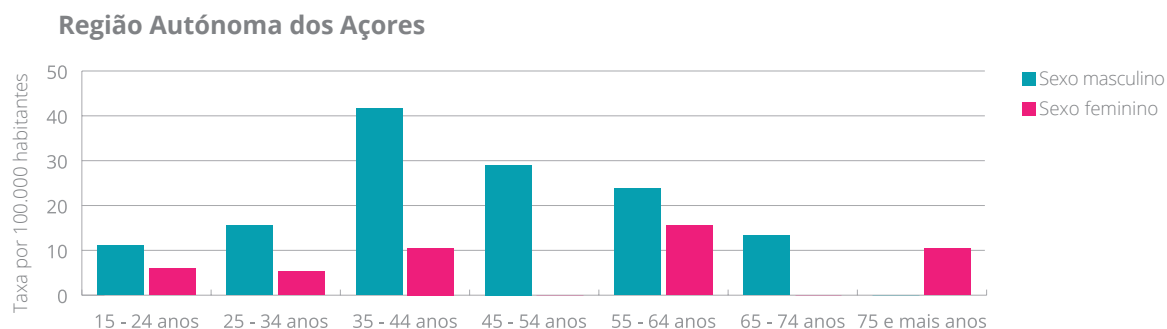
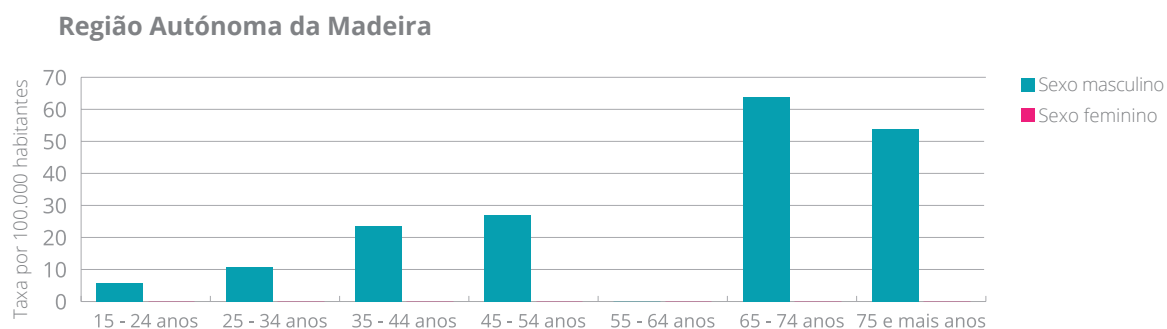


Figura 13. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma dos Açores, por grupo etário e sexo (2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

Figura 14. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma da Madeira, por grupo etário e sexo (2012)



Códigos CID 10: X60-X84. Fonte: INE, IP, 2014

2.2.4. CARACTERIZAÇÃO DA MORTALIDADE POR SUICÍDIO NOS ESTADOS MEMBROS DA UNIÃO EUROPEIA

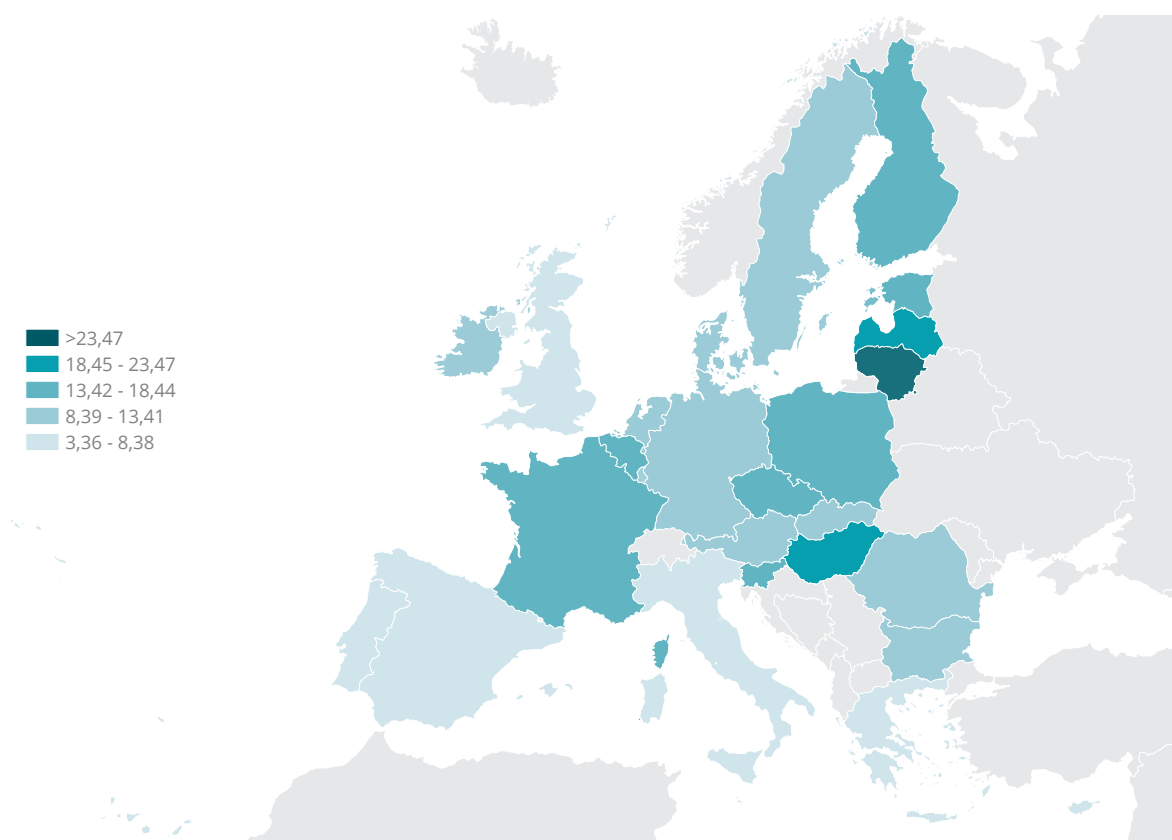
A comparação das taxas de suicídio padronizadas entre os Estados Membros da União Europeia mostra que Portugal teve uma das taxas mais baixas de suicídio em 2011 (7,7/100.000), a par de outros países do sul da Europa (Quadro 14). Esta taxa é substancialmente inferior à média da União Europeia (10,2/100.000). No entanto, quando consideramos a faixa etária dos 65 e mais anos, verificamos que a taxa de suicídio em Portugal é superior à média Europeia para ambos os sexos, influenciada pela taxa de suicídio nos homens (36,1/100.000), muito superior à taxa média Europeia (29/100.000).

Quadro 14. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, por sexo e grupo etário, Estados Membros da UE (2011)

Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio)									
Estados Membros UE	Grupo etário								
	Todas as idades			0-64 anos			65 e + anos		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	7,72	13,03	3,28	6,39	10,17	2,85	18,51	36,15	6,70
Alemanha	9,92	15,68	4,56	8,58	13,20	3,87	20,71	35,71	10,18
Áustria	12,83	20,58	6,03	11,00	16,91	5,13	27,66	50,34	13,33
Bélgica	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Bulgária	8,58	14,55	3,13	7,50	12,43	2,57	17,35	31,72	7,71
Chipre	3,36	5,95	0,98	3,29	5,76	0,97	3,98	7,50	1,07
Dinamarca	9,57	14,60	4,72	8,82	13,42	4,15	15,69	24,11	9,27
Eslováquia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Eslovénia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Espanha	5,74	9,12	2,63	4,93	7,60	2,25	12,30	21,47	5,68
Estónia	14,29	26,65	4,51	12,77	22,96	3,60	26,62	56,51	11,85
Finlândia	15,85	24,99	7,01	15,68	23,99	7,15	17,24	33,05	5,86
França	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Grécia	3,71	6,17	1,32	3,60	5,87	1,31	4,61	8,62	1,40
Holanda	9,10	12,73	5,59	8,93	12,42	5,41	10,44	15,31	6,98
Hungria	21,25	35,78	8,75	19,36	31,97	7,40	36,56	66,66	19,61
Irlanda	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Itália	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Letónia	18,73	35,72	5,05	17,21	31,43	4,13	31,03	70,38	12,50
Lituânia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Luxemburgo	9,49	13,14	5,86	8,51	12,05	4,83	17,46	21,91	14,16
Malta	4,64	9,15	0,00	5,22	10,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Polónia	14,60	26,67	3,40	14,38	25,76	3,18	16,40	34,06	5,17
Reino Unido	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
República Checa	13,57	23,62	4,09	12,99	21,97	3,84	18,28	36,95	6,13
Roménia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Suécia	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
União Europeia	10,20	16,60	4,33	9,48	15,07	3,93	16,51	29,07	7,78

ND: Não disponível. Fonte: Dados calculados por WHO/Europe, HFA Database, Abril 2014

Figura 15. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, todas as idades, Estados Membros da UE (2012 ou último ano disponível)



Nota: As taxas de mortalidade padronizada apresentadas para Portugal, Áustria, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Espanha, Estónia, Finlândia, Grécia, Holanda, Luxemburgo, Malta e Polónia têm como ano de referência 2011. As taxas de mortalidade padronizada apresentadas para Bélgica, Eslováquia, Eslovénia, França, Irlanda, Itália, Lituânia, Reino Unido, Roménia e Suécia têm como ano de referência 2010. Fonte: WHO/Europe, HFA Database, abril 2014

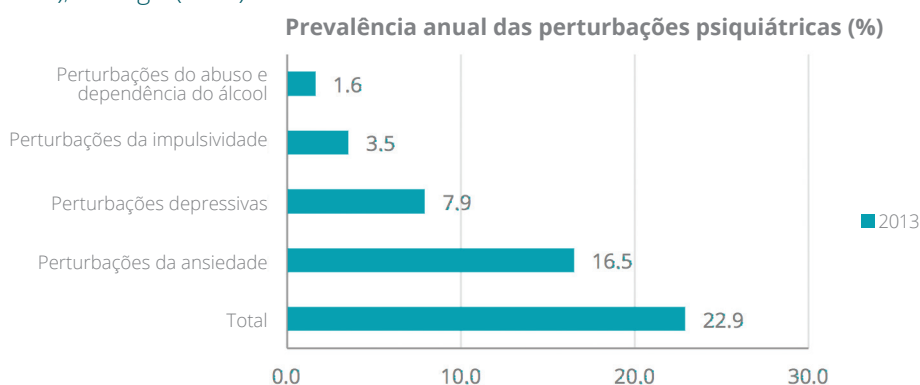
3. MORBILIDADE E IMPACTO GLOBAL DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

3.1. Prevalência de perturbações mentais – Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental

A Figura 16, com dados da prevalência anual resultantes do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Caldas de Almeida J & Xavier M, 2013), mostra que as perturbações psiquiátricas afetam mais de um quinto da população portuguesa. Deste valor global destacam-se os mais altos nas perturbações da ansiedade (16,5%) e nas perturbações depressivas (7,9%).

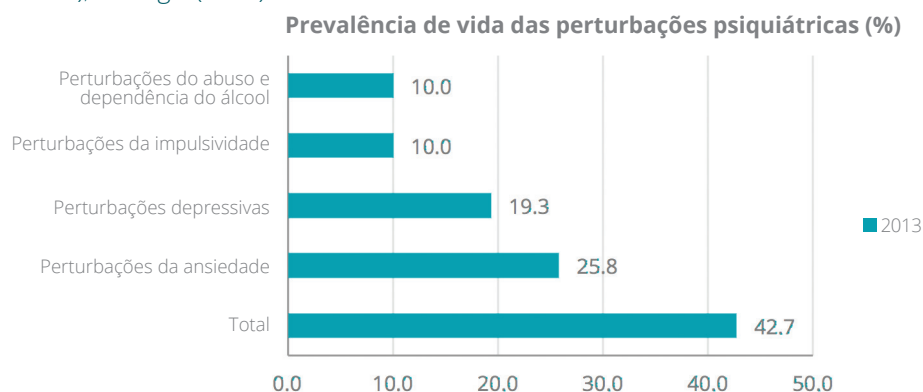
Os valores estimados para a prevalência de vida (*Lifetime Prevalence*) das mesmas perturbações psiquiátricas (Figura 17), apresentam um padrão semelhante, tendo a prevalência total das perturbações psiquiátricas o valor de 42,7%.

Figura 16. Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), Portugal (2013)



Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

Figura 17. Prevalência de vida das perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), Portugal (2013)



Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

Os valores da prevalência das perturbações mentais em Portugal apenas são comparáveis aos da Irlanda do Norte (23,1%), recentemente publicados no âmbito da World Mental Health Survey Initiative, dentro da Europa, e aos dos EUA (26,4%), fora da Europa (Quadro 15).

Quadro 15. Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (%)					
	Perturbações da ansiedade	Perturbações depressivas	Perturbações da impulsividade	Perturbações do álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Irlanda do Norte	14,6	9,6	3,4	3,5	23,1
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Ucrânia	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

Os dados das correlações das variáveis demográficas com as perturbações psiquiátricas (Quadro 16), mostram que as mulheres têm mais risco de sofrerem de perturbações depressivas e os homens de perturbações do controlo dos impulsos e do consumo de substâncias (no caso de Portugal, os dados sobre consumo de substâncias referem-se apenas às perturbações relacionadas com o consumo de álcool).

Os grupos das faixas etárias mais avançadas apresentam menos probabilidade de sofrerem de perturbações depressivas, de ansiedade e por utilização de substâncias.

O grupo de pessoas anteriormente casadas (separadas/ divorciadas/ viúvas), têm uma maior probabilidade de sofrer de perturbações depressivas ou por utilização de substâncias, com as pessoas que nunca casaram a terem maior risco de sofrerem de perturbações por utilização de substâncias e de controlo dos impulsos.

Quadro 16. Correlações das variáveis demográficas com perturbações psiquiátricas (DSM-IV) nos últimos 12 meses, Portugal (2013)

		Perturbações depressivas	Perturbações da ansiedade	Perturbações de controlo dos impulsos	Perturbações por utilização de substâncias
Variável	Categorias	OR	OR	OR	OR
Género	Masculino	1,00	1,00	1,00	1,00
	Feminino	2,30	2,89	0,77	0,21
	χ^2 / DF / p	24,27	73,65	0,57	9,63
Idade	18-34	2,18	1,52	2,26	5.011,20
	35-49	2,11	1,17	--	1.706,40
	50-64	1,82	1,21	--	699,65
	≥ 65	1,00	1,00	1,00	1,00
	χ^2 / DF / p	11,62	2,79	6,46	108,65
Salário	Baixo	1,07	1,03	0,59	0,50
	Médio-baixo	1,34	0,91	0,46	1,29
	Médio-baixo	1,34	1,29	1,04	1,09
	Alto	1,00	1,00	1,00	1,00
	χ^2 / DF / p	4,29	3,58	4,21	3,55
Estado civil	Casado / União de facto	1,00	1,00	1,00	1,00
	Separado / Viúvo / Divorciado	2,39	0,94	0,00	1,90
	Nunca casou	1,02	1,21	1,91	2,90
	χ^2 / DF / p	16,21	1,15	1.103,80	5,52
Escolaridade	Primária	0,85	0,75	0,80	0,75
	Básica	1,29	1,40	2,31	1,62
	Secundária	0,91	1,39	1,01	0,99
	Superior	1,00	1,00	1,00	1,00
	χ^2 / DF / p	5,80	7,83	5,48	2,57

OR: Odds-ratio. Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

A percentagem de utilização dos serviços devido a perturbações psiquiátricas (Quadro 17), é muito superior nas mulheres, tanto ao longo da vida (48,8%) como nos últimos 12 meses (18,8%). Confirmam-se, adicionalmente, os dados do Eurobarómetro/Saúde Mental 2010 para Portugal, que apontavam para uma grande percentagem da utilização dos Cuidados de Saúde Primários para o tratamento de perturbações psiquiátricas ou emocionais, o que representa uma oportunidade do ponto de vista da acessibilidade aos cuidados na comunidade e do tratamento das perturbações mentais mais comuns.

Quadro 17. Percentagem de mulheres e homens que utilizam os Serviços, Portugal (2013)

	Mulheres (N=2217)	Homens (N=1632)
Utilização ao longo da vida	48,8	27,6
Psiquiatra	19,1	10,9
Outro Profissional de Saúde Mental	12,6	8,1
Clínico Geral	31,7	14,9
Outro Médico	6,2	2,9
Não Convencional	2,6	1,9
Conselheiro Religioso ou Espiritual	2,4	1,0
Utilização nos últimos 12 meses	18,8	8,4
Psiquiatra	6,3	3,1
Outro Profissional de Saúde Mental	3,8	1,5
Clínico Geral	11,7	4,5
Outro Médico	2,2	1,2
Não Convencional	1,0	0,4
Conselheiro Religioso ou Espiritual	0,8	0,3

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

Os dados sobre o consumo de psicofármacos evidenciam um padrão elevado de consumo nos últimos 12 meses, quer de ansiolíticos (24,3% das mulheres e 9,8% dos homens) quer de antidepressivos (13,2% das mulheres e 3,9% dos homens) na população geral. O consumo de ansiolíticos é mais elevado nas pessoas com um diagnóstico de perturbação depressiva quando comparado com o nas pessoas com perturbações de ansiedade, tanto em homens como em mulheres (Quadro 18).

Quadro 18. Percentagem de mulheres e homens que usaram psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal (2013)

	Mulheres	Homens
População geral	(N=2217)	(N=1632)
Antidepressivos	13,2	3,9
Antipsicóticos	3,0	1,7
Benzodiazepinas	24,3	9,8
Estabilizadores do humor	0,7	0,5
Entrevistados com qualquer perturbação do humor ⁽¹⁾	(n=255)	(n=71)
Antidepressivos	38,2	24,5
Antipsicóticos	9,0	6,4
Benzodiazepinas	50,0	31,8
Estabilizadores do humor	4,1	0,9
Entrevistados com qualquer perturbação de ansiedade ⁽²⁾	(n=439)	(n=136)
Antidepressivos	22,4	11,8
Antipsicóticos	6,3	5,9
Benzodiazepinas	33,1	24,7
Estabilizadores do humor	1,2	1,0

Os dados apresentados são da amostra da Parte I do estudo.

(1) Qualquer perturbação do humor inclui: episódio depressivo major e distímia com hierarquia.

(2) Qualquer perturbação de ansiedade inclui: perturbação de pânico, fobias específicas, fobia social, agorafobia, ansiedade generalizada com hierarquia e perturbação de stress pós-traumático.

Fonte: Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 2013

3.2. Registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários

O registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) mostra um padrão invariável para todas as perturbações estudadas, nos três períodos observados e nas cinco regiões de saúde de Portugal Continental: essa proporção tem vindo a aumentar. Se por um lado estes dados podem significar um aumento da acessibilidade aos serviços não-especializados, por outro podem estar associados a uma maior necessidade de procura de ajuda nos últimos anos para problemas de saúde relacionados com as perturbações depressivas e de ansiedade (Figuras 18, 19 e 20).

As proporções mais altas de registo nos CSP são as de utentes com perturbações depressivas, seguidas das perturbações de ansiedade e, finalmente, das demências (Quadros 19, 20 e 21).

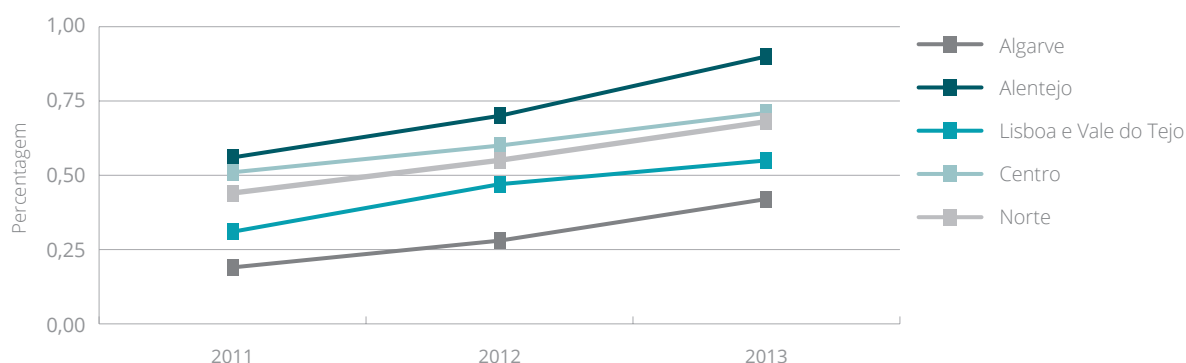
A proporção maior de doentes com registo de demência e de perturbações de ansiedade encontra-se na Região do Alentejo e a proporção de registo de utentes com perturbações depressivas é mais elevada na Região Centro. As proporções mais baixas de registo de utentes nos CSP surgem, para os três tipos de perturbações psiquiátricas, na região do Algarve.

Quadro 19. Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)

	2011	2012	2013
Norte	0,44	0,55	0,68
Centro	0,51	0,60	0,71
Lisboa e Vale do Tejo	0,31	0,47	0,55
Alentejo	0,56	0,70	0,90
Algarve	0,19	0,28	0,42

Fonte: SPMS, SIARS, 2014

Figura 18. Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)



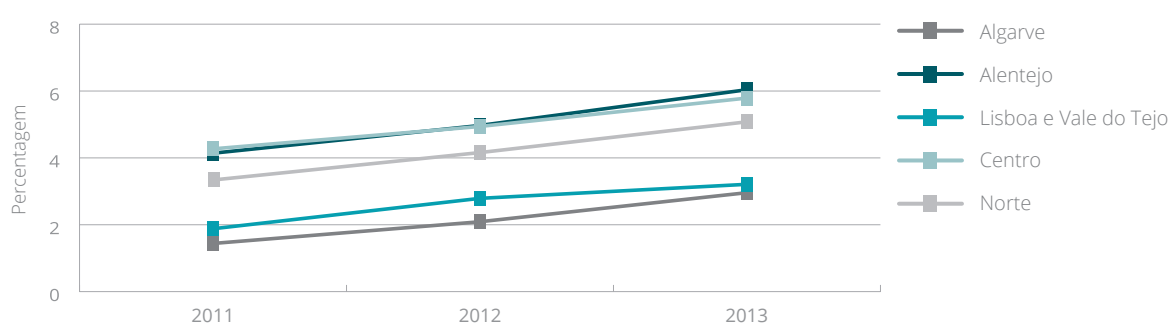
Fonte: SPMS, SIARS, 2014

Quadro 20. Proporção de utentes com registo de perturbações da ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)

	2011	2012	2013
Norte	3,34	4,16	5,08
Centro	4,27	4,94	5,79
Lisboa e Vale do Tejo	1,88	2,79	3,21
Alentejo	4,14	4,97	6,04
Algarve	1,44	2,09	2,96

Fonte: SPMS, SIARS, 2014

Figura 19. Proporção de utentes com registo de Perturbações da Ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)



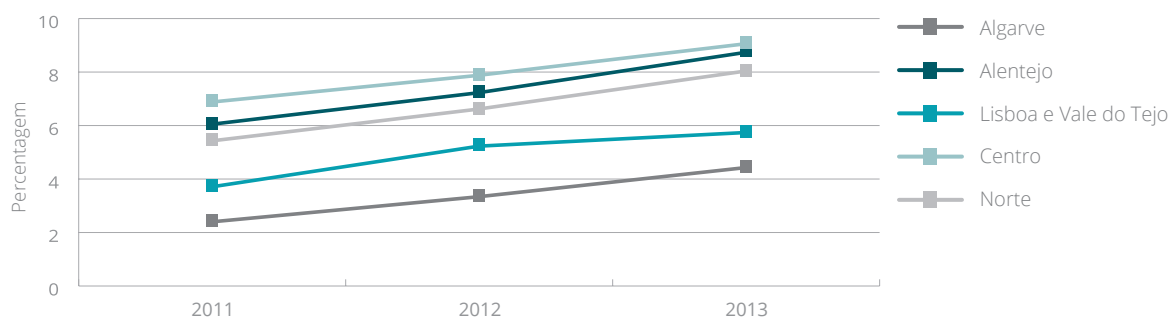
Fonte: SPMS, SIARS, 2014

Quadro 21. Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)

	2011	2012	2013
Norte	5,42	6,61	8,03
Centro	6,88	7,88	9,06
Lisboa e Vale do Tejo	3,71	5,23	5,74
Alentejo	6,05	7,23	8,74
Algarve	2,40	3,34	4,43

Fonte: SPMS, SIARS, 2014

Figura 20. Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)



Fonte: SPMS, SIARS, 2014

3.3. Impacto global das perturbações mentais

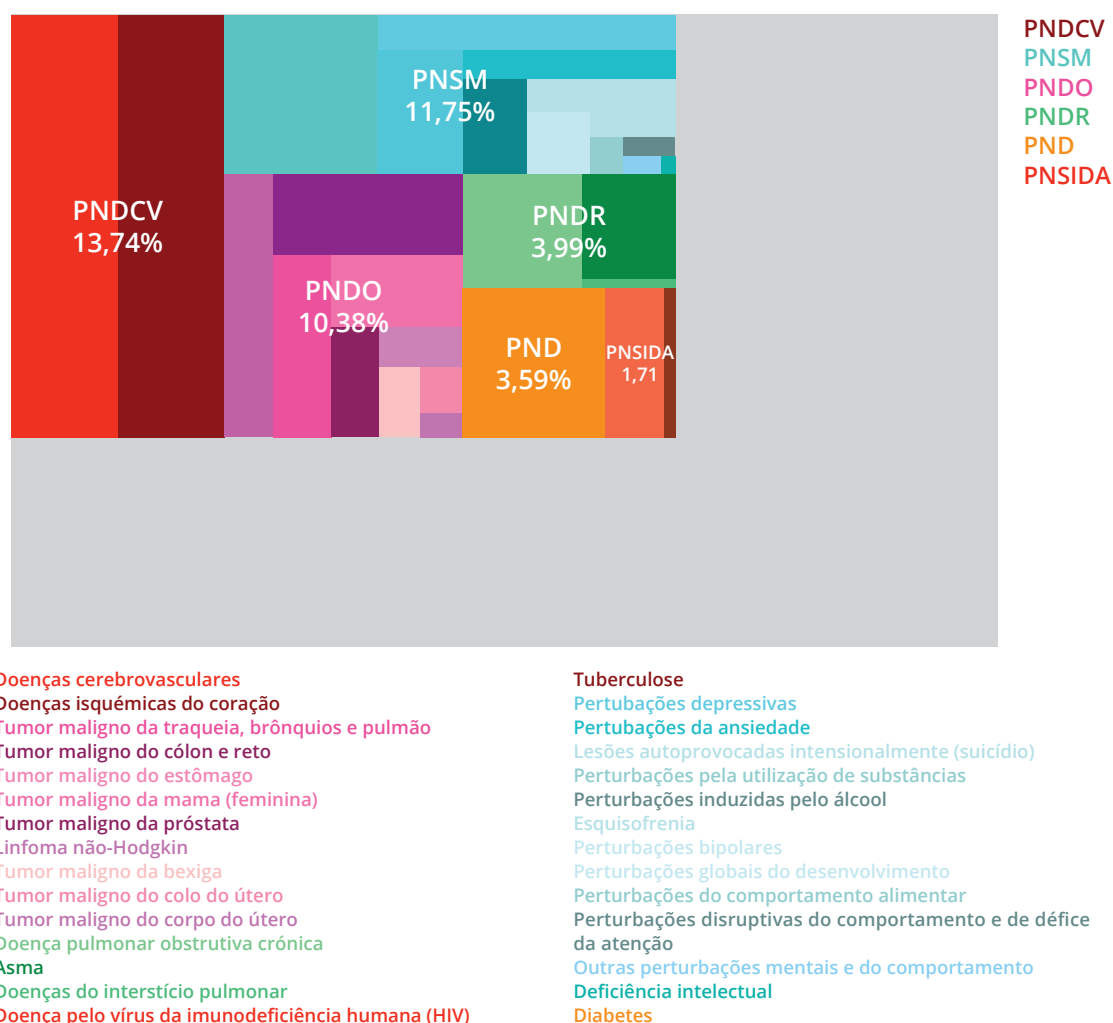
O projeto *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors (GBD)* é uma ferramenta epidemiológica que apresenta como desiderato máximo apoiar as tomadas de decisão de estratégias e políticas na área da Saúde. Os dados apresentados em seguida foram retirados da base de dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*.

As causas de doença associadas aos Programas Prioritários relativos ao Tabaco, Alimentação Saudável e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos não têm uma relação direta. Das estimativas para 2010 da carga global da doença em Portugal, medida em anos de vida ajustados à incapacidade (DALY), 45,16% corresponderam aos restantes seis Programas Nacionais de Saúde Prioritários, assim distribuídos:

- As doenças cérebro-cardiovasculares apresentaram um peso de 13,74%;
- as perturbações mentais e do comportamento representaram 11,75%;
- as doenças oncológicas 10,38%.

No que diz respeito à carga de morbilidade, quantificada através de anos vividos com incapacidade (YLD), 33,65% das causas foram atribuíveis aos mesmos seis Programas Prioritários, destacando-se:

- as perturbações mentais e do comportamento que tiveram a expressão substancial de 20,55%;
- seguindo-se, a larga distância, as doenças respiratórias (5,06%);
- depois a diabetes (4,07%).

Figura 21. Carga global das doenças associadas aos Programas Prioritários, em DALY, Portugal (2010)

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

A medida da carga global das doenças como indicador do impacto nas populações tem vindo a ganhar preponderância nos últimos anos, complementando outros indicadores epidemiológicos mais comuns, como as taxas de incidência e de prevalência. O indicador DALY, representa os anos perdidos de vida saudável devido a uma doença e é composto pela soma de dois indicadores distintos:

- Anos de vida perdidos (YLL – *Years of Life Lost*), que medem a mortalidade prematura;
- Anos vividos com incapacidade (YLD – *Years Lived with Disability*).

Em resumo: DALY = YLL + YLD.

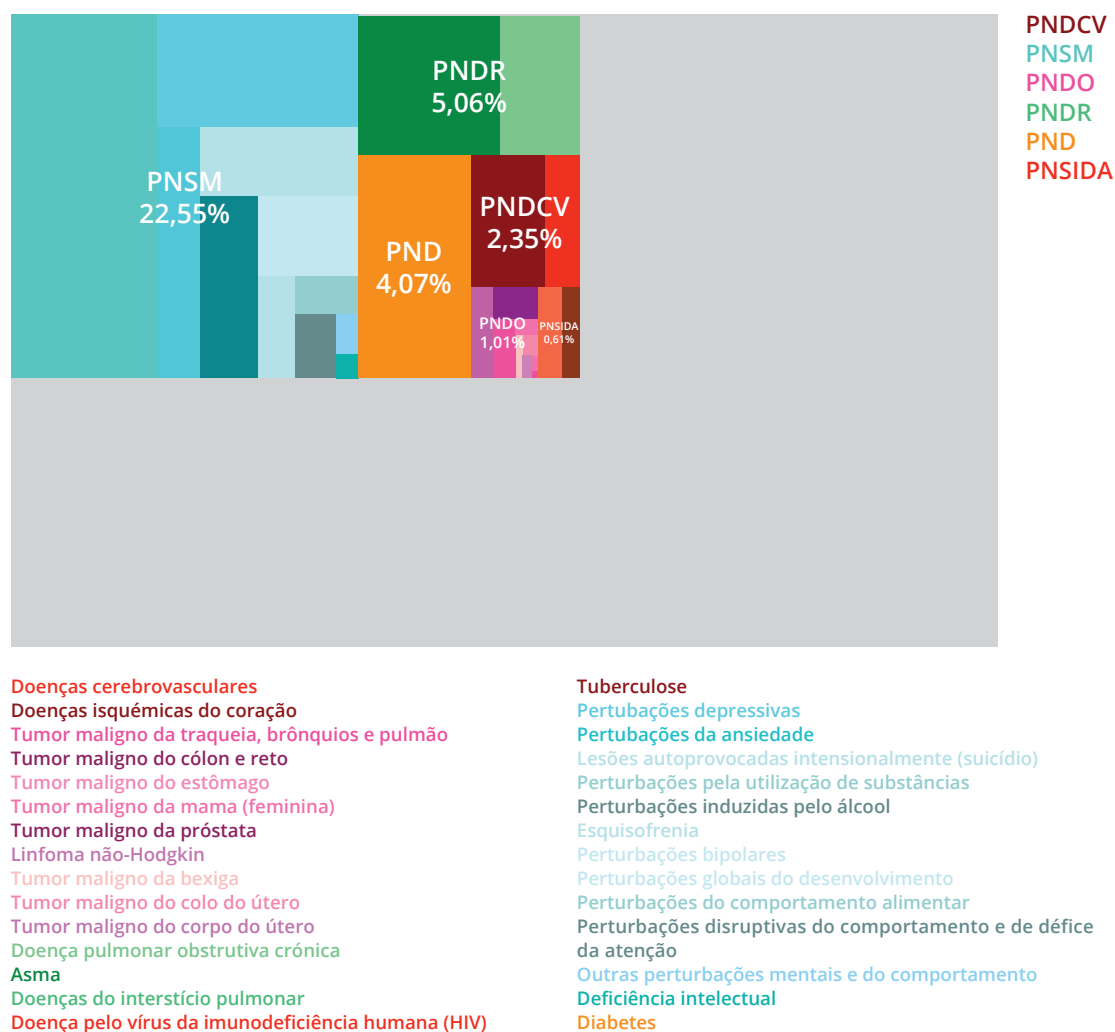
As doenças mentais têm, na perspectiva destes indicadores, um lugar de amplo destaque, principalmente pelo contributo dos anos vividos com incapacidade, que demonstram claramente o seu estatuto de doenças crónicas e a sobrecarga que lhes está associada.

Na edição anterior do Saúde Mental em números (2013), foi salientada a carga global das doenças mentais no mundo e na Europa, apresentando-se agora os dados referentes a Portugal, reportados a 2010. Estes dados complementam e corroboram os números da prevalência das doenças mentais no nosso país e justificam plenamente a necessidade de manter a Saúde Mental como prioridade absoluta do ponto de vista da melhoria contínua da prestação de cuidados e da prossecução da implementação do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016.

A Figura 22 mostra claramente dois factos muito importantes em relação aos anos vividos com incapacidade gerada pelas doenças:

- o peso da sobrecarga das doenças mentais no conjunto total das doenças (rectângulo maior a cinzento), que contribui para 22,55% da carga global em Portugal;
- o peso das doenças mentais no conjunto das doenças consideradas pelos restantes Programas Nacionais Prioritários da Direção-Geral da Saúde, contribui para uma sobrecarga maior que o total da sobrecarga das restantes doenças combinadas.

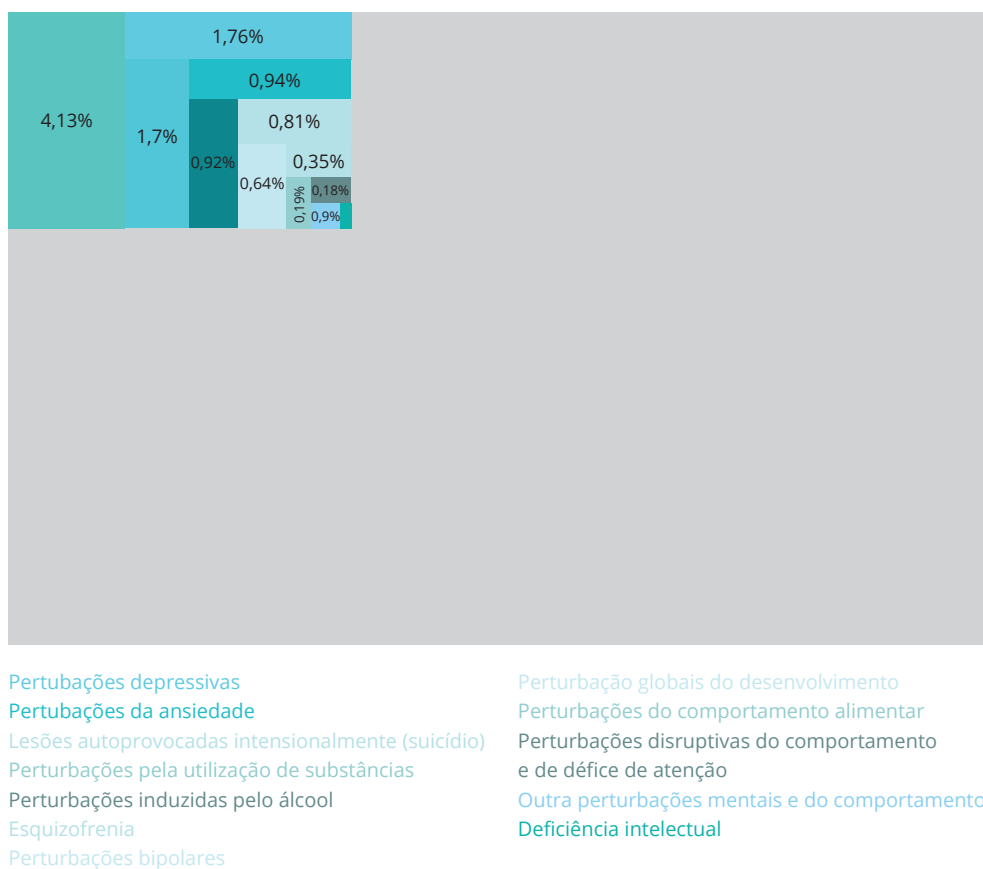
Figura 22. Carga global das doenças associadas aos Programas Prioritários, em YLD, Portugal (2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Apesar da importância crítica do indicador YLL (anos de vida perdidos), encontramos no YLD das doenças mentais o maior contribuinte para os DALY. De facto, quando analisamos o contributo das doenças mentais para o indicador combinado YLL+YLD, confirmamos que a contribuição para a carga global dos DALY (Figura 23) é menor quando comparada com a proporção do YLD, continuando no entanto a ter um peso muito significativo.

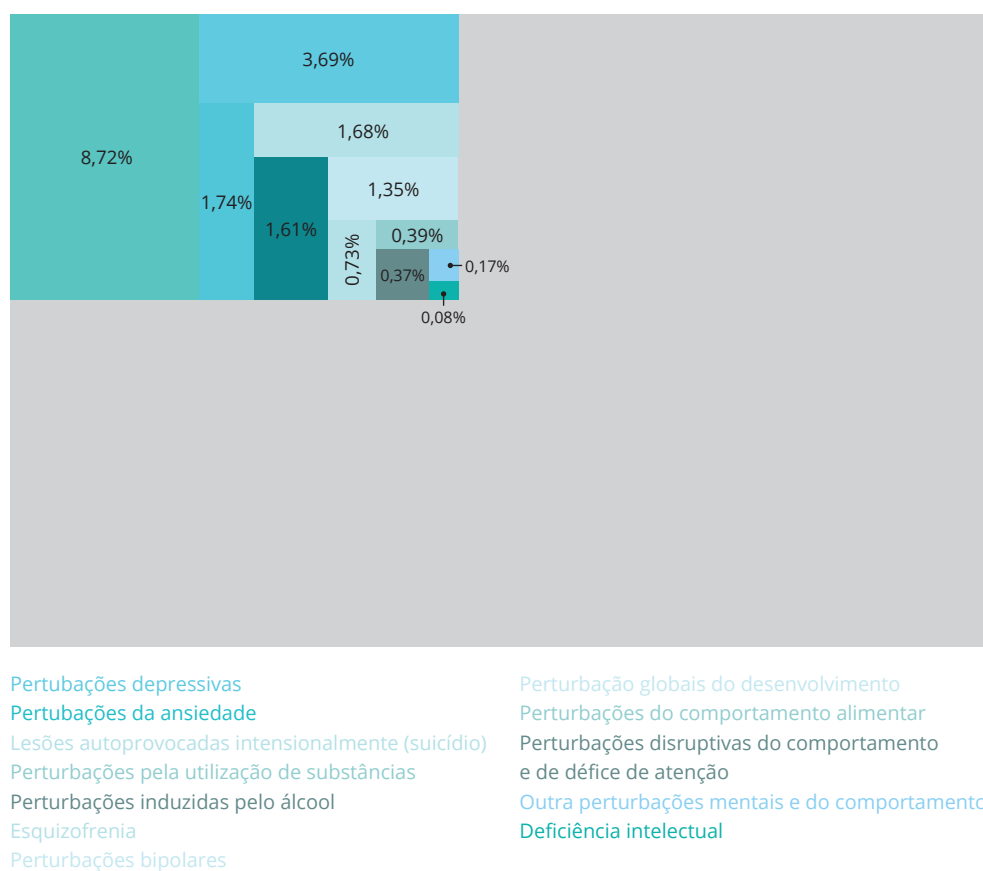
Figura 23. Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em DALY, Portugal (2010)



Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Dentro do grupo das doenças mentais (Figura 24) destaca-se a sobrecarga causada pelas perturbações depressivas (8,72%) e pelas perturbações da ansiedade (3,69%), alinhada com os dados da prevalência do entretanto publicado primeiro estudo epidemiológico nacional (ver ponto 3.1).

Figura 24. Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em YLD, Portugal (2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Quando analisamos os dados comparativos do indicador YLD (Quadro 24), que mostram a sobrecarga das doenças mentais entre 1990 (Quadro 22) e 2010 (Quadro 23), verificamos que as perturbações depressivas, como maior contribuinte isolado para este indicador, tiveram uma diminuição como causa de anos vividos com incapacidade. No entanto, mesmo com esta redução, estas perturbações foram responsáveis por 125.776 anos vividos com incapacidade na população portuguesa em 2010 (não existem, neste momento, dados que permitam fazer a mesma avaliação entre 2011 e 2014).

Quadro 22. Anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento: posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, número e percentagem do total de anos vividos com incapacidade, Portugal (1990)

Posição relativa	Designação	YLD (N.º)	YLD (% do total de YLD)
2	Perturbações Depressivas	137.757	10,98%
7	Perturbações da Ansiedade	48.566	3,84%
14	Perturbações pela Utilização de Substâncias	23.954	1,91%
15	Perturbações Induzidas pelo Álcool	21.862	1,74%
18	Esquizofrenia	19.649	1,57%
20	Perturbações Bipolares	17.487	1,40%
26	Perturbações Globais do Desenvolvimento	10.063	0,80%
28	Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção	7.438	0,59%
44	Perturbações do Comportamento Alimentar	3.107	0,25%
50	Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	2.186	0,17%
57	Deficiência Intelectual	1.573	0,12%
Perturbações Mentais e do Comportamento (total)			23,38%

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

O Quadro 23 mostra, adicionalmente, que as perturbações mentais ocupam dois lugares no grupo das dez doenças que mais contribuem para os anos vividos com incapacidade em Portugal: perturbações depressivas (em 2º lugar) e perturbações de ansiedade (em 8º).

Quadro 23. Anos vividos com incapacidade devido a incapacidade por Perturbações Mentais e do Comportamento: posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, número e percentagem do total de anos vividos com incapacidade, Portugal (2010)

Posição relativa	Designação	YLD (N.º)	YLD (% do total de YLD)
2	Perturbações Depressivas	125.776	8,72%
8	Perturbações da Ansiedade	53.725	3,69%
16	Perturbações pela Utilização de Substâncias	25.099	1,74%
17	Esquizofrenia	24.273	1,68%
18	Perturbações Induzidas pelo Álcool	23.356	1,61%
20	Perturbações Bipolares	19.359	1,35%
27	Perturbações Globais do Desenvolvimento	10.647	0,73%
35	Perturbações do Comportamento Alimentar	5.609	0,39%
37	Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção	5.413	0,37%
55	Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	2.433	0,17%
67	Deficiência Intelectual	1.151	0,08%
Perturbações Mentais e do Comportamento (total)			20,54%

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Os dados de comparação entre 1990 e 2010 (Quadro 24), são importantes para detetar alterações de posições na classificação relativa entre as diversas perturbações mentais.

Entre os períodos analisados, e considerando a hierarquia das proporções das 11 perturbações mentais aqui listadas, houve uma alteração da posição da sobrecarga das perturbações induzidas pelo álcool e das perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção para posições inferiores em 2010. Esta evolução traz uma interrogação: sendo a última perturbação, de diagnóstico raro em 1990, nomeadamente em adultos, e entretanto provavelmente sobrevalorizada: será que a baixa de sobrecarga decorre de eficácia de tratamento, com redução da sobrecarga?

Por outro lado, houve uma alteração da posição da sobrecarga das perturbações do comportamento alimentar e da esquizofrenia para posições superiores, entre os mesmos anos.

Este último dado é particularmente relevante se considerarmos que os novos tratamentos para doenças como a esquizofrenia, incluindo modelos claros de reabilitação e promoção de autonomia dos doentes, coadjuvados pela significativa evolução da terapêutica medicamentosa nos últimos 20 anos, deveriam apontar para um tendência no sentido inverso.

Quadro 24. Anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento: evolução da posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, Portugal (1990 e 2010)

1990			2010		
% do total de YLD	Posição relativa	Designação	Posição relativa	Designação	% do total de YLD
10,98%	2	Perturbações Depressivas	2	Perturbações Depressivas	8,72%
3,84%	7	Perturbações da Ansiedade	8	Perturbações da Ansiedade	3,69%
1,91%	14	Perturbações pela Utilização de Substâncias	16	Perturbações pela Utilização de Substâncias	1,74%
1,74%	15	Perturbações Induzidas pelo Álcool	17	Esquizofrenia	1,68%
1,57%	18	Esquizofrenia	18	Perturbações Induzidas pelo Álcool	1,61%
1,40%	20	Perturbações Bipolares	20	Perturbações Bipolares	1,35%
0,80%	26	Perturbações Globais do Desenvolvimento	27	Perturbações Globais do Desenvolvimento	0,73%
0,59%	28	Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit da Atenção	35	Perturbações do Comportamento Alimentar	0,39%
0,25%	44	Perturbações do Comportamento Alimentar	37	Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit da Atenção	0,37%
0,17%	50	Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	55	Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	0,17%
0,12%	57	Deficiência Intelectual	67	Deficiência Intelectual	0,08%

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

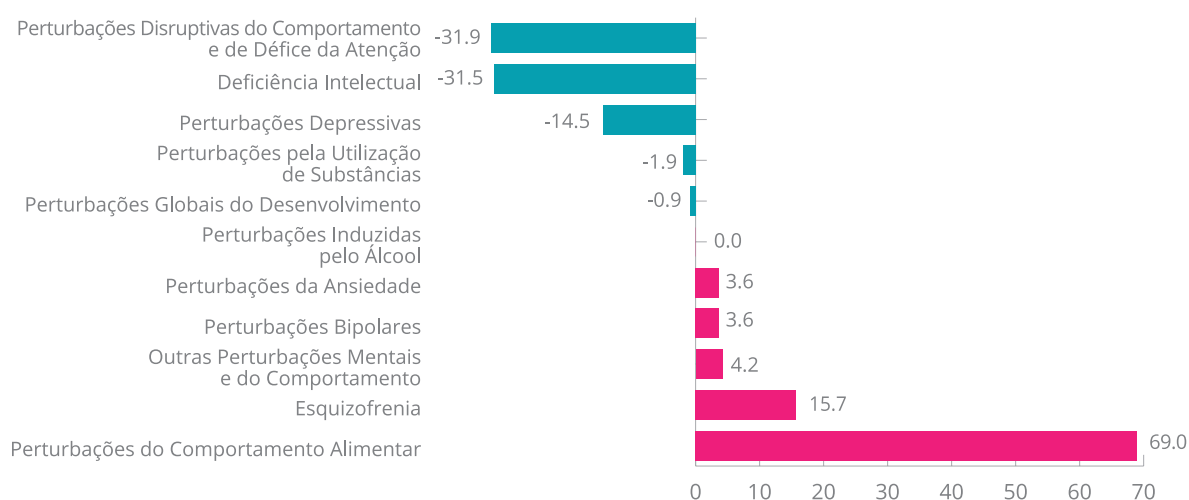
Ainda numa perspetiva de comparação entre os dois períodos, observamos que as maiores variações nas taxas de anos vividos com incapacidade (YLD) por perturbações mentais e do comportamento (Figura 25), no sentido da diminuição da sobrecarga, verificaram-se na deficiência intelectual, designação mais atual da clássica “deficiência mental” (-31,5%) e nas perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção (-31,9%).

Quadro 25. Variação da taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes (%), Portugal (1990 a 2010)

Causas	Variação (%) YLD
Perturbações do Comportamento Alimentar	69,0
Esquizofrenia	15,7
Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	4,2
Perturbações Bipolares	3,6
Perturbações da Ansiedade	3,6
Perturbações Induzidas pelo Álcool	0,0
Perturbações Globais do Desenvolvimento	-0,9
Perturbações pela Utilização de Substâncias	-1,9
Perturbações Depressivas	-14,5
Deficiência Intelectual	-31,5
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção	-31,9

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 25. Variação da taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes (%), Portugal (1990 a 2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

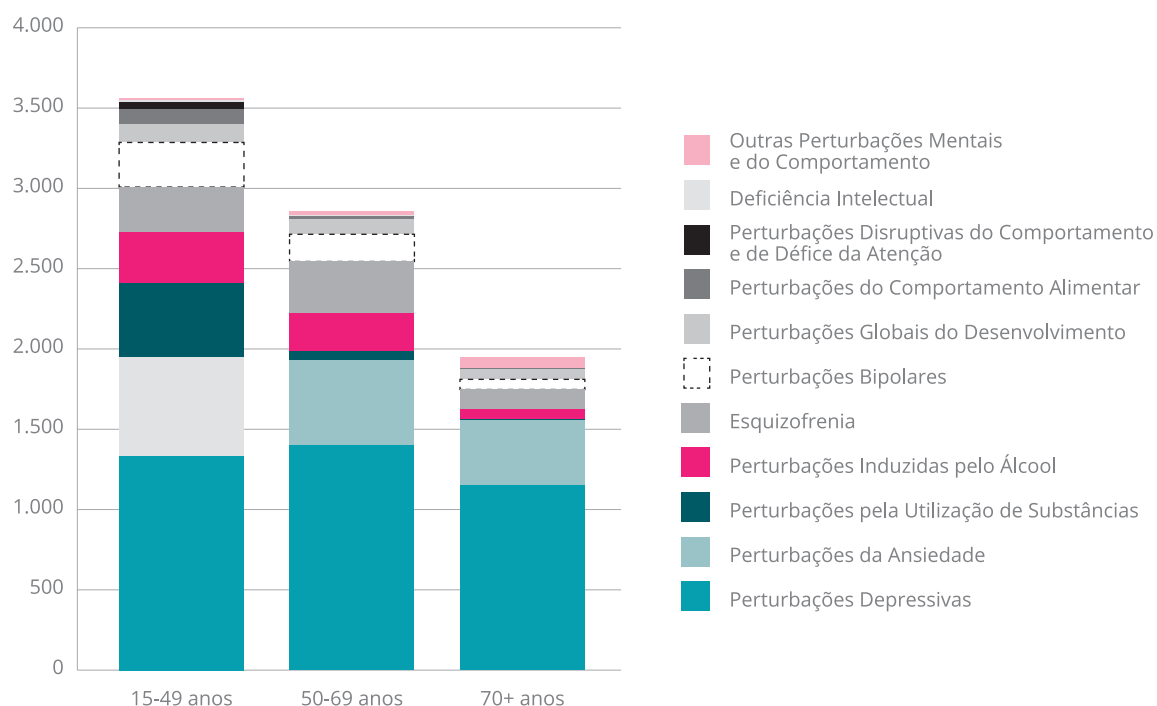
Os dados sobre YLD distribuídos por grupos etários (Figura 26), mostram que as maiores taxas de anos vividos com incapacidade devida a perturbações da ansiedade existem no grupo etário dos 15-49 anos. Na incapacidade devida a perturbações depressivas as maiores taxas existem no grupo etário dos 50-69 anos.

Quadro 26. Taxa de anos vividos com incapacidade (YLD) devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)

Causas	15-49 anos	50-69 anos	70+ anos
Perturbações Depressivas	1.332,9	1.398,8	1.149,0
Perturbações da Ansiedade	612,5	532,7	410,0
Perturbações pela Utilização de Substâncias	461,8	55,3	4,7
Perturbações Induzidas pelo Álcool	320,6	231,8	60,0
Esquizofrenia	280,5	326,2	124,0
Perturbações Bipolares	277,6	169,3	63,0
Perturbações Globais do Desenvolvimento	111,9	90,9	63,7
Perturbações do Comportamento Alimentar	95,3	23,0	6,0
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Déficit da Atenção	39,9	0,0	0,0
Deficiência Intelectual	15,5	5,0	0,2
Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	13,7	26,3	65,5

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 26. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

A distribuição, por sexo, da taxa de anos vividos com incapacidade por perturbações mentais mostra, em primeiro lugar, que a hierarquia do grupo de patologias que causa mais impacto é diferente na comparação entre homens e mulheres (Quadros 27 e 28):

- nas perturbações depressivas, que surgem no primeiro lugar em ambos os sexos, encontramos igualmente diferenças na taxa de anos vividos com incapacidade em todas as faixas etárias, sendo o impacto maior nas mulheres;
- as perturbações induzidas pelo álcool têm um impacto substancialmente superior nos homens, em todas os grupos etários (3ª posição na tabela), quando comparado com o impacto nas mulheres (7ª posição na tabela).

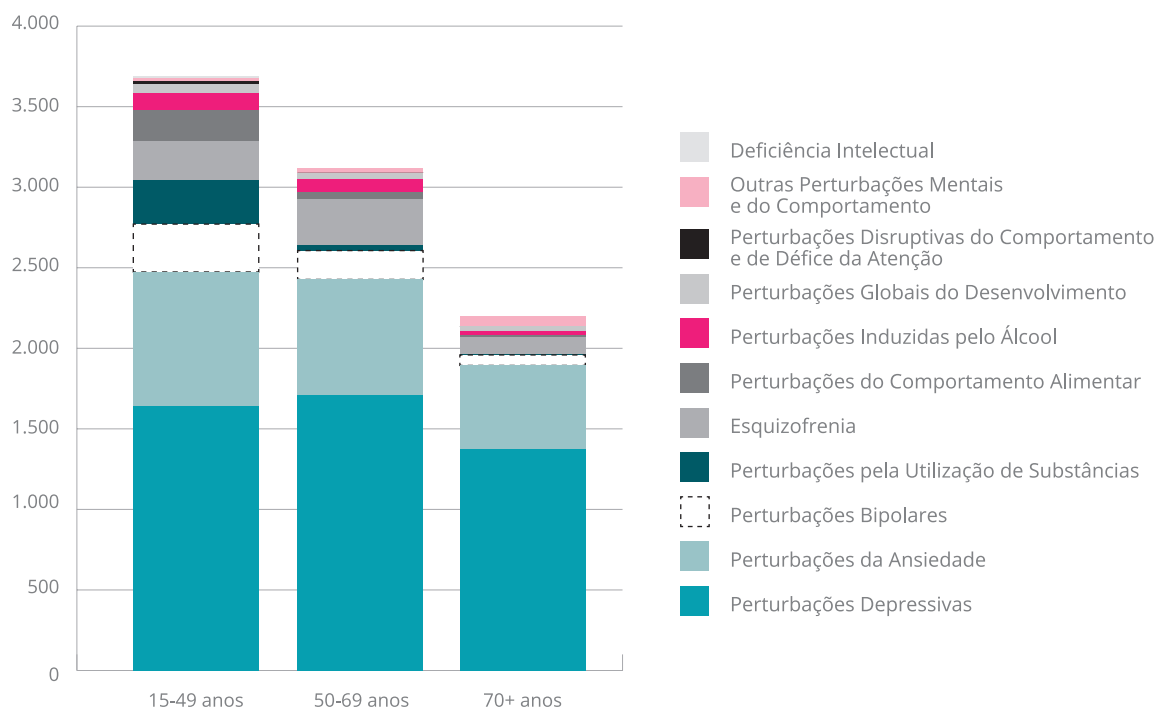
A taxa de anos vividos com incapacidade devido à esquizofrenia posiciona esta patologia na 5ª posição, nas tabelas de ambos os sexos, no entanto a diferença dos valores das taxas /100.000 habitantes é menor no grupo etário dos 70+ anos.

Quadro 27. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo feminino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)

Causas	15-49 anos	50-69 anos	70+ anos
Perturbações Depressivas	1.643,2	1.712,6	1.373,9
Perturbações da Ansiedade	830,8	715,1	519,9
Perturbações Bipolares	297,0	178,9	65,0
Perturbações pela Utilização de Substâncias	270,3	33,2	1,9
Esquizofrenia	243,9	286,4	111,3
Perturbações do Comportamento Alimentar	191,4	43,7	10,0
Perturbações Induzidas pelo Álcool	110,4	78,3	22,3
Perturbações Globais do Desenvolvimento	49,7	42,4	32,2
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção	22,4	0,0	0,0
Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	16,0	25,9	62,8
Deficiência Intelectual	12,3	5,4	0,2

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 27. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo feminino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)



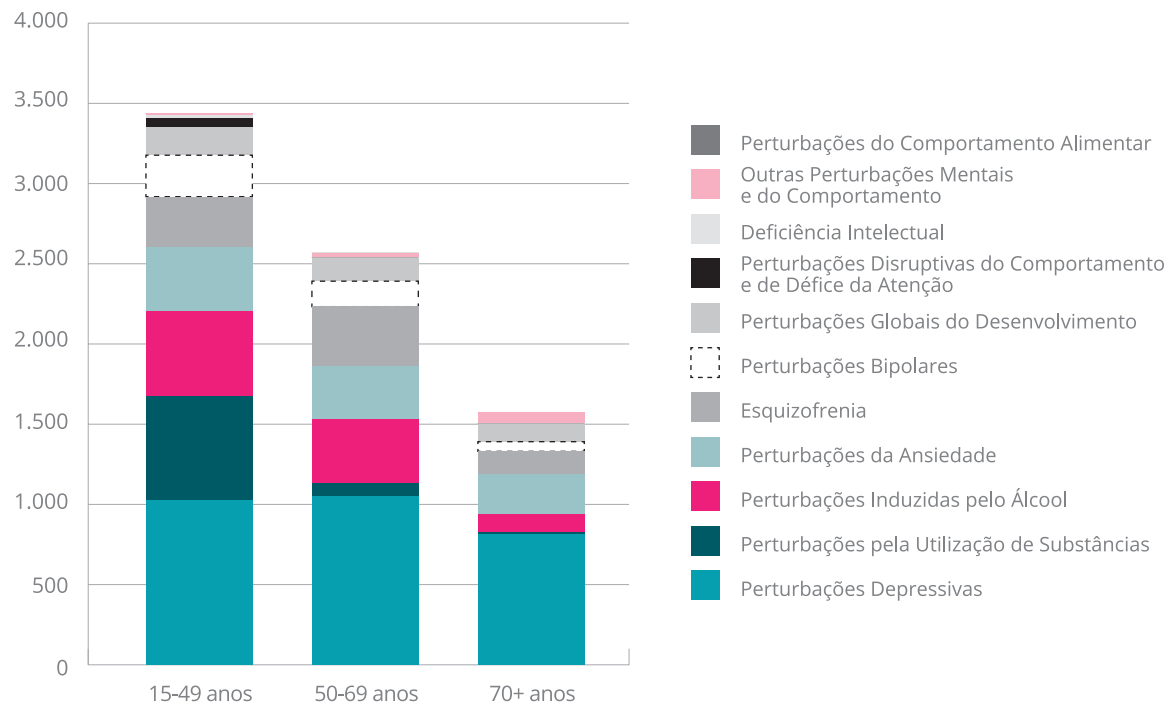
Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Quadro 28. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo masculino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)

Causas	15-49 anos	50-69 anos	70+ anos
Perturbações Depressivas	1.025,0	1.049,8	815,8
Perturbações pela Utilização de Substâncias	651,8	80,0	9,0
Perturbações Induzidas pelo Álcool	529,0	402,5	116,0
Perturbações da Ansiedade	395,9	330,0	247,3
Esquizofrenia	316,7	370,5	142,7
Perturbações Bipolares	258,3	158,7	60,1
Perturbações globais do Desenvolvimento	173,5	144,7	110,4
Perturbações Disruptivas do Comportamento e de Défice da Atenção	57,2	0,0	0,0
Deficiência Intelectual	18,7	4,5	0,2
Outras Perturbações Mentais e do Comportamento	11,4	26,7	69,5
Perturbações do Comportamento Alimentar	0,0	0,0	0,0

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de *Global Burden of Disease Study 2010*. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

Figura 28. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo masculino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de Global Burden of Disease Study 2010. Dados para Portugal disponíveis em: <http://ghdx.healthdata.org/record/portugal-global-burden-disease-study-2010-gbd-2010-results-1990-2010> (acedido em 26/08/2014).

4. CAPACIDADE DISPONÍVEL

4.1. Estruturas

4.1.1 SECTOR PÚBLICO

Na sequência do despacho nº 3250/2014, de 27 de fevereiro, do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, foi constituído um Grupo de Trabalho, coordenado pela ACSS, que procedeu à recolha da informação relevante para a elaboração de um relatório de avaliação da situação da prestação de cuidados e das necessidades na área da Saúde Mental. Embora ainda em fase de integração de contributos da discussão pública, os dados já disponíveis permitem uma análise aprofundada da situação, de que se destaca do respetivo sumário executivo:

- em termos globais, existem 4 camas de internamento, para psiquiatria de adultos, por 25.000 habitantes, sendo 1.042 para doentes com demora inferior a 30 dias, 397 camas para doentes residentes (com demora superior) e 142 para doentes forenses;
- as unidades residenciais de reabilitação têm uma capacidade instalada de 152 camas (das quais 94 nos hospitais), acrescentando 209 lugares em respostas abrangidas pelo despacho conjunto Saúde/Segurança Social n.º 407/98;
- relativamente aos tempos de espera para cuidados médicos, verificou-se que, em 2013 e nas diferentes regiões, entre 66 e 92% das primeiras consultas de psiquiatria de adultos são realizadas dentro do tempo de resposta garantido, enquanto na psiquiatria da infância e adolescência essa percentagem oscila entre os 69 e os 79%;
- as necessidades existentes, sentidas e não sentidas, considerando os rácios pré-definidos (DGS, 1995), têm um perfil assimétrico, quer no Sector Público, quer no Social, com desvio claro para a faixa litoral, em particular no que se refere às camas disponíveis para o internamento de doentes em fase aguda da sua doença, pondo em causa o princípio da proximidade/acessibilidade;
- a avaliação quantitativa da produção no SNS permite verificar que são as unidades de internamento, tanto no Sector Público como no Sector Social, as responsáveis pelo maior número de atos assistenciais, quando são considerados os dias de internamento. No entanto, o maior número de episódios (e de doentes) ocorrem em ambulatório – consulta externa e hospitais de dia (incluindo unidades sócio-ocupacionais);
- o sector público é responsável pelo atendimento da maioria dos episódios assistenciais, exceto quanto ao número de doentes e de dias de internamento de longa duração;
- no que respeita às necessidades de recursos humanos, e tomando como referência os rácios definidos pela DGS em 1995, observa-se uma assimetria entre as regiões e, dentro destas, entre serviços, em todos os sectores profissionais considerados:
 - no caso dos médicos de psiquiatria de adultos, enquanto nas regiões do Alentejo e Algarve os números se situam em cerca de metade dos desejáveis, nas restantes estão entre 14 e 45% acima daqueles;
 - na psiquiatria da infância e da adolescência a situação é bem mais preocupante, pois

apenas nas regiões de LVT e do Norte o número é ligeiramente superior a metade do desejável;

- no sector da enfermagem, só nas regiões do Centro e de LVT os valores se aproximam do desejável, sendo particularmente baixos nas do Alentejo e Algarve e não atingindo no Norte metade do desejável;
- a situação ainda é mais débil para os grupos profissionais de serviço social e terapia ocupacional;
- no caso dos profissionais de psicologia, os números encontram-se abaixo do desejável nas regiões do Alentejo, Algarve e Centro, estando nas restantes acima, em particular em LVT, onde o número ultrapassa em mais de 50% o considerado necessário.

Quadro 29. Número de lugares de internamento de Psiquiatria de Adultos no Sector Público, por distrito (2013)

Região de Saúde / Distrito	Total da População Censos 2011	N.º de Camas de Internamento 2013			Nº de camas por 25.000 habitantes
		Doentes Agudos (< 30 dias)	Residentes (>30 dias)	Total	
Alentejo	509.849	34	19	53	3
Beja	152.758	0	0	0	0
Évora	166.726	23	0	23	3
Portalegre	118.506	11	19	30	6
Setúbal	71.859	0	0	0	0
Algarve	451.006	46	4	50	3
Faro	451.006	46	4	50	3
Centro	1.801.022	268	121	389	5
Aveiro	390.822	30	0	30	2
Castelo Branco	196.264	31	1	32	4
Coimbra	430.104	96	70	166	10
Guarda	160.939	24	0	24	4
Leiria	351.126	43	50	93	7
Viseu	271.767	44	0	44	4
LVT	3.603.374	374	160	534	4
Leiria	119.804	0	0	0	0
Lisboa	2.250.533	255	136	391	4
Santarém	453.638	42	0	42	2
Setúbal	779.399	77	24	101	3
Norte	3.682.370	320	93	413	3
Aveiro	323.378	0	0	0	0
Braga	848.185	12	0	12	0
Bragança	136.252	28	36	64	12
Porto	1.817.172	232	57	289	4
Viana do Castelo	244.836	24	0	24	2
Vila Real	206.661	24	0	24	3
Viseu	105.886	0	0	0	0
Total	10.047.621	1.042	397	1.439	4

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

O número total de camas para doentes agudos no sector público corresponde ao definido pelo rácio da DGS em 1995, elaborado de acordo com recomendações da OMS – 10 camas por 100.000 habitantes. As últimas foram acrescidas, em junho de 2013, com a inauguração do Hospital de Vila Franca de Xira, antecedidas, cerca de 1 ano antes, pelas do Hospital Beatriz Ângelo, em Loures. Contudo, em termos de assegurar o internamento previsto para alguns hospitais que assistem grupos populacionais significativos, mantêm-se lacunas, que põem em causa o princípio da proximidade/acessibilidade:

- a Unidade de Internamento da ULS do Baixo Alentejo (Beja) continua a não estar ativa, obrigando a transferir os doentes para o CHPL, aguardando-se a contratação de mais um Psiquiatra (novo concurso a decorrer, depois de em anteriores o almejado não ter sido conseguido);
- a ULS do Alentejo Litoral (Santiago do Cacém) continua a não conseguir contratar qualquer médico especialista para o respetivo Serviço de Saúde Mental, mantendo-se apenas alguma atividade de ambulatório através do apoio de estruturas públicas geograficamente mais próximas;
- na Região Norte, as projetadas unidades de internamento do CH de Póvoa do Varzim/Vila do Conde, CH do Porto e da ULS de Matosinhos, complementando a atividade das respetivas Equipas Comunitárias de Saúde Mental, continuam por concretizar, determinando o internamento no Porto (Hospital Magalhães de Lemos).

No que se refere à Região Centro, em particular a Coimbra e respetiva área metropolitana, salienta-se que:

- desde há cerca de 2 anos que foram criadas as primeiras equipas comunitárias, 4 até agora, embora com atividade extrainstitucional mitigada:
 - Equipa de Leiria Norte, sedeadada em Figueiró dos Vinhos, 2 dias por semana;
 - Equipa do Pinhal Interior, sedeadada em Tábua, um dia por semana e extensão a Miranda do Corvo;
 - Equipa do Litoral Norte, com atividade ambulatória um dia por semana em Cantanhede.
 - aguarda-se o início da atividade da Equipa do Litoral Sul, dependente da disponibilização de instalações na Figueira da Foz.
- a exemplo do verificado pela mesma altura, na sequência do encerramento do Hospital do Lorvão e do Centro de Recuperação de Arnes, tem-se verificado a transinstitucionalização dos doentes residentes, para estruturas comunitárias de dimensão variável, ocorrendo a última em data recente e abrangendo 37 internados na Unidade Sobral Cid do CHUC, instituição hospitalar psiquiátrica onde permanecem 15 doentes.

Quadro 30. Número de lugares de internamento em Psiquiatria Forense no Sector Público, por entidade hospitalar (2013)

Região de Saúde / Entidade Hospitalar	N.º de camas de Psiquiatria Forense
Centro	110
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	110
LVT	32
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	32
Total	142

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

A inauguração recente da Unidade do CHPL, sita no H. Júlio de Matos, veio alterar significativamente as condições existentes, que aliás já tinham evoluído satisfatoriamente com a transferência do H. Miguel Bombarda. Quando estiver em desenvolvimento pleno integrará também doentes do sexo feminino.

Das previstas no Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016, resta melhorar as condições estruturais da localizada na Unidade Sobral Cid do CHUC (instalada em edifício de propriedade do Ministério da Justiça), bem como criar no H. Magalhães de Lemos, no espaço antes ocupado pelo Centro de Alcoologia do Norte, a destinada a receber doentes inimputáveis com medidas de segurança da Região de Saúde Norte, atualmente direcionados para unidade específica do Estabelecimento Prisional de Santa Cruz do Bispo.

Quadro 31. Número de lugares de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Sector Público, por entidade hospitalar (2013)

Região de Saúde / Entidade Hospitalar	N.º de camas
LVT	10
Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE	10
Norte	14
Centro Hospitalar do Porto, EPE	14
Total	24

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

O panorama continua muito preocupante, embora se perspetivem mudanças promissoras para o curto prazo no CHUC, utilizando espaço disponível no H. Pediátrico após concretização de contratação em curso de Psiquiatras da Infância e Adolescência. Quando tal se verificar:

- será possível os adolescentes residentes na Região Centro deixarem de ser transferidos para o Porto ou Lisboa sempre que careçam de internamento ou para enfermarias locais de psiquiatria ou pediatria;
- a capacidade formativa para o internato da especialidade de psiquiatria da infância e adolescência deixará de ser limitada por ausência de unidade de internamento no CHUC, ampliando-a simultaneamente a nível nacional numa das especialidades médicas mais carenciadas.

Sem previsão temporal tão definida, há um projeto de criação de uma unidade de internamento para adolescentes pela Área de Saúde Mental da Infância e Adolescência do Centro Hospitalar Lisboa Central/ Unidade Hospital de D. Estefânia.

Quadro 32. Número de lugares de reabilitação psicossocial no Sector Público, por entidade hospitalar (2013).

Região de Saúde / Entidade Hospitalar	N.º de lugares	
	Hospital	Comunidade
Centro	10	0
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE	10	0
LVT	84	14
Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	84	14
Norte	0	44
Hospital Magalhães Lemos, EPE	0	44
Total	94	58

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Neste quadro apenas são consideradas, como respostas em reabilitação psicossocial, estruturas residenciais de dimensão idêntica às existentes na malha comunitária para pessoas com doença mental grave e elevado a médio nível de dependência psicossocial, localizadas nos 3 hospitais psiquiátricos da rede pública, ou, e também por si geridas, na malha comunitária que assistem, representando, na comparação com o sector social, 33% do total das respostas existentes com estas características.

4.1.2. SECTOR SOCIAL

Como considerado no relatório em apreço, este sector apresenta uma capacidade instalada de 3.123 camas (68% das existentes para a psiquiatria no território continental), para doentes de qualquer demora de internamento, complementadas por unidades residenciais de reabilitação psicossocial com capacidade de 307 lugares. Com exceção de 309 camas da Santa Casa da Misericórdia do Porto (através do Hospital Conde Ferreira), todas pertencem a Institutos Religiosos que têm S. João de Deus como patrono.

Quadro 33. Número de lugares de internamento no Sector Social, por entidade (2013)

Entidade do Sector Social	Nº de camas de internamento
Braga	934
Casa de Saúde do Bom Jesus	364
Casa de Saúde S. João de Deus	361
Casa de Saúde S. José	209
Coimbra	410
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	410
Guarda	168
Casa de Saúde Bento Menni	168
Lisboa	1.182
Casa de Saúde da Idanha	470
Casa de Saúde do Telhal	340
Casa de Saúde Santa Rosa de Lima	90
Centro Psicogeriátrico N. Sr.ª de Fátima	87
Clínica Psiquiátrica S. José	195
Portalegre	120
Centro de Recuperação de Menores	120
Porto	309
Centro Hospitalar do Conde de Ferreira	309
Total	3.123

Fonte: ACSS, IP, Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Quadro 34. Número de lugares em unidades de reabilitação psicossocial no Sector Social, por entidade (2013)

Entidade do Sector Social	N.º de lugares em unidades residenciais	N.º de unidades sócio-ocupacionais
Braga	80	1
Casa de Saúde do Bom Jesus	21	1
Casa de Saúde S. João de Deus	52	0
Casa de Saúde S. José	7	0
Coimbra	40	0
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	40	0
Guarda	5	0
Casa de Saúde Bento Menni	5	0
Lisboa	170	5
Casa de Saúde da Idanha	24	0
Casa de Saúde do Telhal	141	5
Clínica Psiquiátrica S. José	5	0
Portalegre	12	0
Centro de Recuperação de Menores	12	0
Total	307	6

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

A exemplo do verificado para o sector público, as estruturas hospitalares das Ordens Religiosas integram 67% do total de respostas deste tipo, constituídas quer por fóruns sócio-ocupacionais quer por unidades residenciais (de treino ou comuns), mas maioritariamente localizadas no perímetro institucional; algumas das existentes na malha residencial comunitária estão integradas no Despacho Conjunto n.º 407/98 ou, na sua maioria, tendo o seu referencial como modelo.

4.1.3. CUIDADOS CONTINUADOS DE SAÚDE MENTAL

O primeiro compromisso formal da Segurança Social com as pessoas com doença mental grave verificou-se através do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade n.º 407/98, de 18 de junho. Contudo, este documento teve por objeto também outras situações de dependência, reconhecendo um âmbito mais alargado, reconhecendo a crescente importância da prestação de cuidados continuados face às transformações demográficas, sociais e familiares na sociedade portuguesa que originaram novas necessidades por parte de alguns segmentos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, com deficiência ou com problemas graves de saúde mental.

Gerido obrigatoriamente por IPSS vocacionadas, neste âmbito, para a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave, integravam unidades ambulatoriais (fóruns sócio-ocupacionais) e residenciais de apenas 2 tipologias, em função do grau de autonomia, além de uma unidade de treino para os menos dependentes e unidades autónomas, com apenas monitorização.

Sendo a sua criação dependente da iniciativa do sector privado não-lucrativo e da sensibilidade da entidade financiadora (a Segurança Social, à época através dos seus Centros Regionais), tiveram uma implantação muito irregular, encontrando-se tendencialmente sempre lotados, face ao seu reduzido número. De qualquer modo constituíram o embrião dos cuidados continuados integrados de saúde mental, sendo visitadas integralmente pela então Equipa de Projeto nomeada para os implementar.

Quadro 35. Estruturas de Cuidados Continuados de Saúde Mental (Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/06), por tipo de unidade (2013)

Tipo de unidade	Distrito	N.º de uni- dades	Capacidade instalada	N.º de utentes com acordo	N.º de utentes efetivos
Ambulatório					
Fórum sócio-ocupacional	Braga	1	15	15	15
	Coimbra	3	62	57	59
	Évora	1	10	10	10
	Faro	4	122	122	113
	Leiria	1	15	15	19
	Lisboa	11	334	300	301
	Porto	2	75	67	67
	Santarém	1	10	10	10
	Setúbal	3	65	65	68
	Viseu	2	30	45	47
Subtotal		29	738	706	709
Residenciais					
	Coimbra	2	24	22	22
Unidade de Vida Apoiada		1	17	17	17
Unidade de Vida Protegida		1	7	5	5
	Faro	2	40	40	40
Unidade de Vida Apoiada		2	40	40	40
	Lisboa	17	108	108	106
Unidade de Vida Apoiada		1	10	10	10
Unidade de Vida Autónoma		3	20	21	20
Unidade de Vida Protegida		13	78	77	76
	Porto	4	20	20	19
Unidade de Vida Protegida		4	20	20	19
	Setúbal	3	17	17	17
Unidade de Vida Autónoma		1	3	3	3
Unidade de Vida Protegida		2	14	14	14
Subtotal		28	209	207	204
Total		57	947	913	913

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Os Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (CCISM) foram criados pelo DL n.º 8/2010, republicado pelo DL n.º 22/2011, fazendo parte da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Regulamentados pelas Portarias n.º 149/2011 e n.º 183/2011, tiveram definidas as experiências piloto através do Despacho das Ministras da Segurança Social e da Saúde n.º 8677/2011. A circunstância de ter existido uma mudança governamental determinou que, como com outros projetos em início de implementação, surgisse uma suspensão do processo para reavaliação. Concluído que foi esse processo, a tutela definiu que, ainda na presente legislatura, irão existir as primeiras iniciativas neste âmbito, em moldes a definir.

4.2. Funcionamento

4.2.1. HOSPITAIS

4.2.1.1. Produção hospitalar

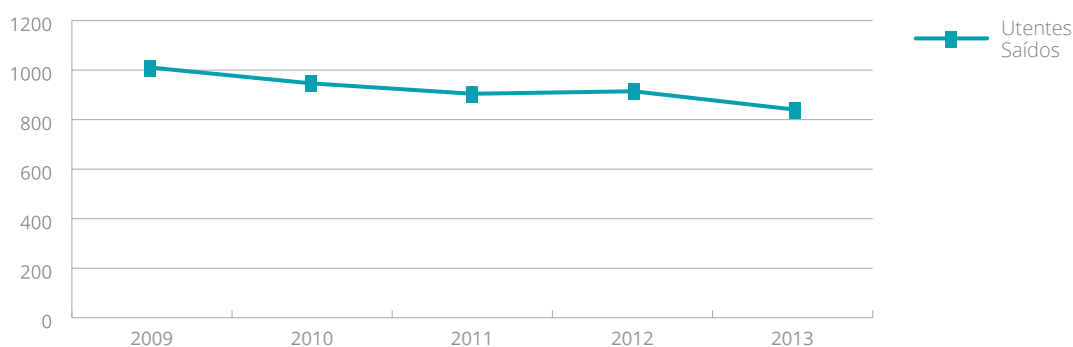
Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2009-2013)

	Demências				
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	1.008	944	902	912	838
Dias Internamento	19.328	16.829	17.685	16.939	14.361
Demora Média	19,17	17,83	19,61	18,57	17,14
Day Cases (DC)	35	25	16	33	27
Demora Média sem DC	19,86	18,31	19,96	19,27	17,71
Óbitos	26	23	19	18	21

Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico principal). Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Este registo deve ser analisado com precaução, uma vez que os resultados tanto podem decorrer de problemas no acesso aos serviços de internamento, como pelo seguimento mais regular em contexto ambulatorio.

Figura 29. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2009-2013)



Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico principal). Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

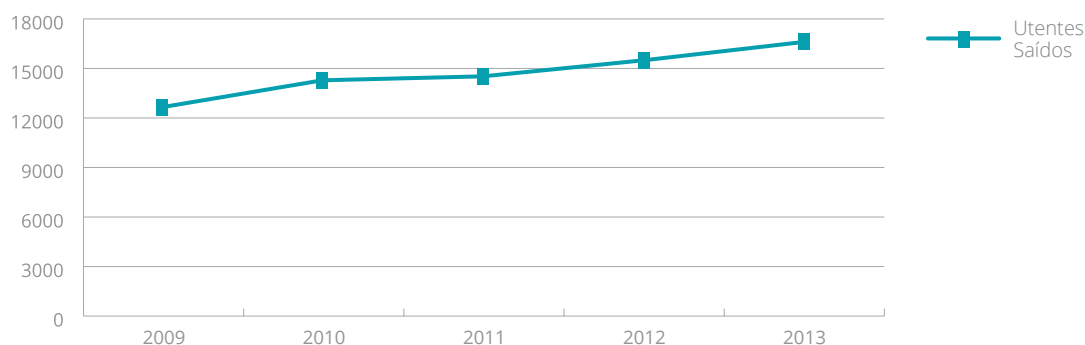
O acréscimo de internamentos em que existe comorbilidade em pessoas com demências (Quadro 37 e seguintes) deve-se provavelmente ao envelhecimento crescente da população. Por motivos técnicos não foi possível, em tempo útil, retirar dos registos clínicos as nosologias responsáveis por esses episódios.

Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2009-2013)

Demências					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	12.650	14.281	14.522	15.493	16.607
Óbitos	2.092	2.526	2.519	2.863	2.826

Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico secundário). Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 30. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2009-2013)

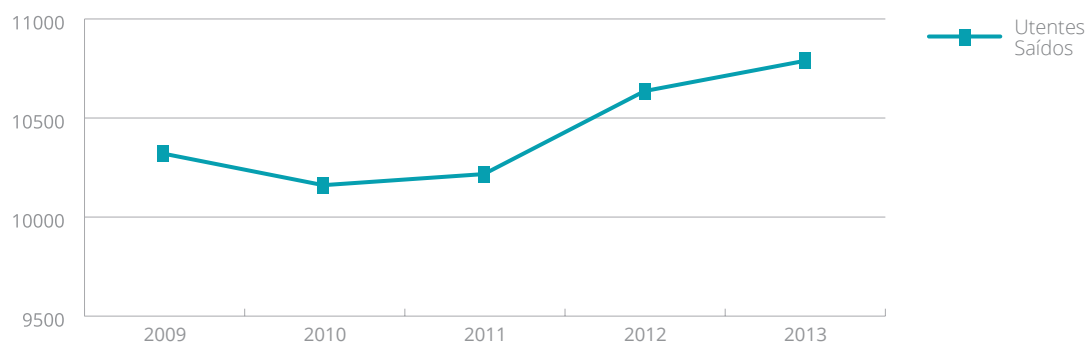


Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico secundário). Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses, Portugal Continental (2009-2013)

Psicoses					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	10.321	10.161	10.217	10.636	10.789
Dias Internamento	233.591	210.982	226.967	210.979	220.088
Demora Média	22,63	20,76	22,21	19,84	20,40
Day Cases (DC)	365	330	301	383	397
Demora Média sem DC	23,46	21,46	22,89	20,58	21,18
Óbitos	42	24	38	30	29

Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 430. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 31. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses, Portugal Continental (2009-2013)

Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 430. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

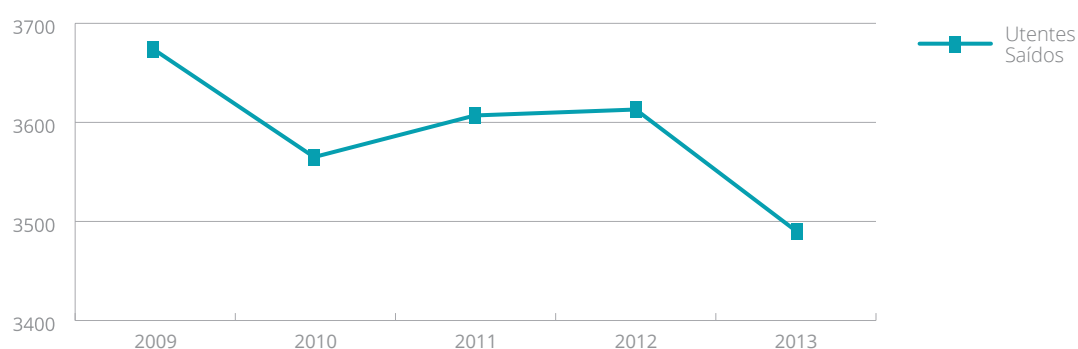
Como se pode verificar nos quadros e figuras seguintes, os acréscimos registados não decorrem de aumento de internamentos de psicoses esquizofrénicas e delirantes, que decrescem, mas de psicoses afetivas e de outras psicoses não orgânicas não classificadas em outra parte (NCOP).

Em análises futuras importa discriminar a evolução, em cada uma destas entidades e, nomeadamente, dos primeiros internamentos e dos subsequentes, a par, sobretudo nas perturbações afetivas, dos subtipos nosológicos ligados à necessidade de internamento.

Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Esquizofrénicas, Portugal Continental (2009-2013)

Psicoses Esquizofrénicas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	3.674	3.565	3.607	3.613	3.490
Dias Internamento	102.137	89.017	108.879	82.389	87.763
Demora Média	27,80	24,97	30,19	22,80	25,15
Day Cases (DC)	138	121	86	137	104
Demora Média sem DC	28,88	25,85	30,92	23,70	25,92
Óbitos	11	8	14	10	12

Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 32. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, Portugal Continental (2009-2013)

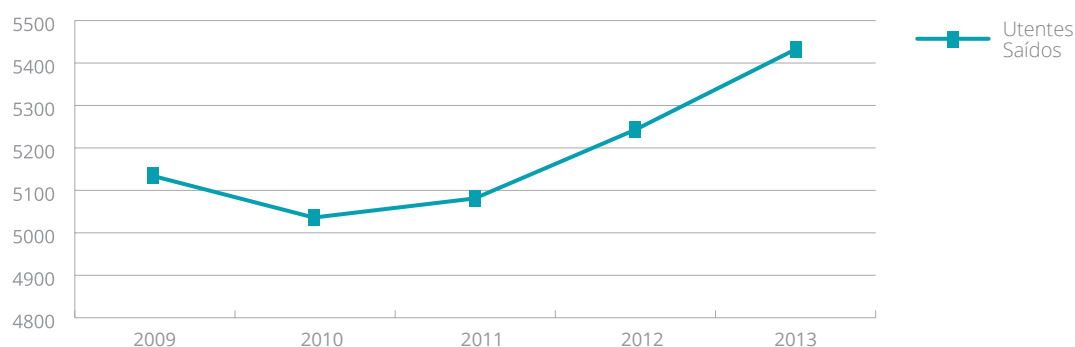
Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Afetivas, Portugal Continental (2009-2013)

Psicoses Afetivas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	5.134	5.036	5.081	5.243	5.433
Dias Internamento	103.800	94.431	92.187	98.333	98.338
Demora Média	20,22	18,75	18,14	18,76	18,10
Day Cases (DC)	137	126	158	143	182
Demora Média sem DC	20,77	19,23	18,73	19,28	18,73
Óbitos	22	14	16	13	12

Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 33. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas, Portugal Continental (2009-2013)

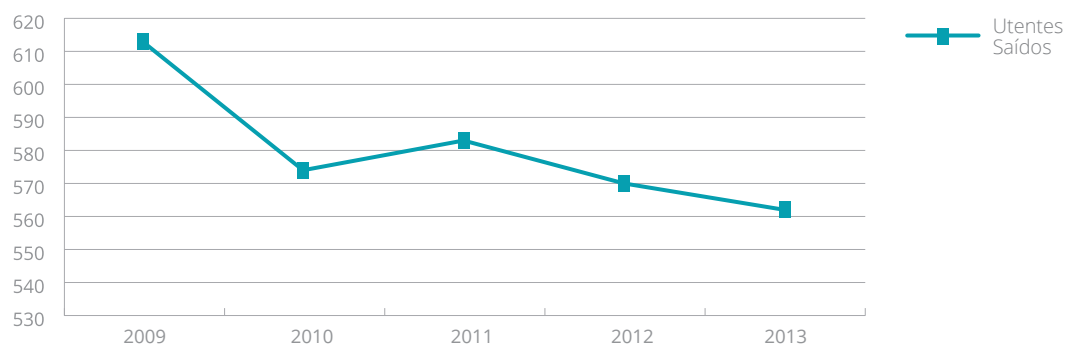


Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Delirantes, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbações Delirantes					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	613	574	583	570	562
Dias Internamento	16.689	13.099	12.415	12.721	11.687
Demora Média	27,23	22,82	21,30	22,32	20,80
Day Cases (DC)	49	27	15	30	18
Demora Média sem DC	29,59	23,95	21,86	23,56	21,48
Óbitos	4	0	...	...	...

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

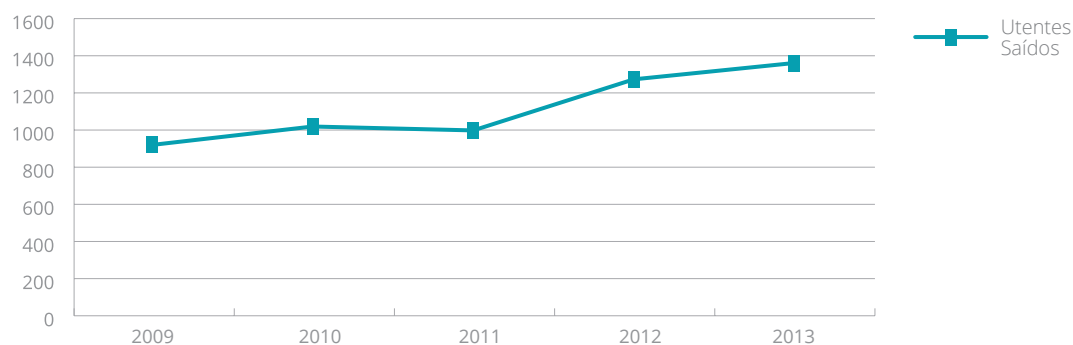
Figura 34. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, Portugal Continental (2009-2013)

Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Não Orgânicas NCOP, Portugal Continental (2009-2013)

Psicoses Não Orgânicas NCOP					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	920	1.019	998	1.273	1.361
Dias Internamento	14.507	15.416	14.852	18.776	24.600
Demora Média	15,77	15,13	14,88	14,75	18,07
Day Cases (DC)	41	56	45	77	95
Demora Média sem DC	16,50	16,01	15,58	15,70	19,43
Óbitos	5	3	6	8	7

NCOP - não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 35. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Não Orgânicas NCOP, Portugal Continental (2009-2013)

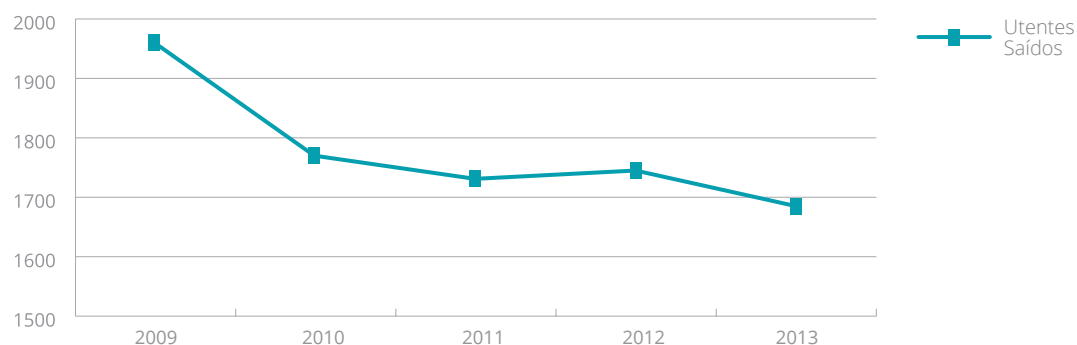
NCOP - não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	1.961	1.770	1.731	1.745	1.685
Dias Internamento	29.416	20.866	19.284	20.119	18.050
Demora Média	15,00	11,79	11,14	11,53	10,71
Day Cases (DC)	89	108	83	81	79
Demora Média sem DC	15,71	12,55	11,70	12,09	11,24
Óbitos	3	...	0	0	4

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 300. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 36. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, Portugal Continental (2009-2013)



Códigos CID 9 MC: 300. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

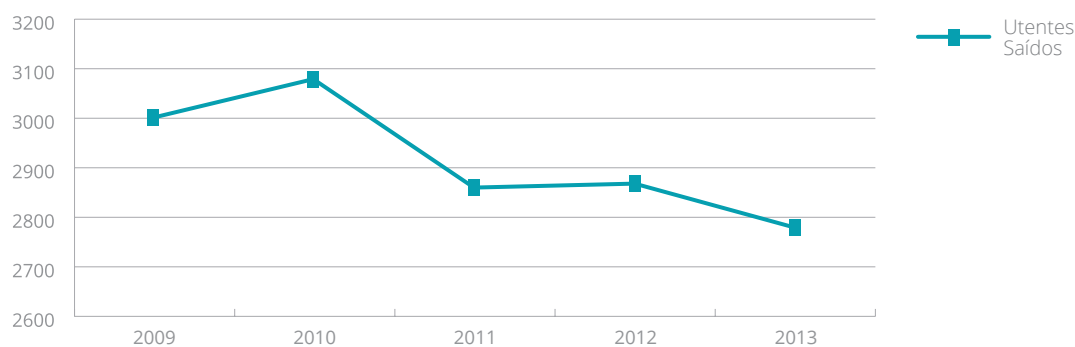
Regista-se a tendência regressiva, tal como nas Neuroses Depressivas, faltando confirmar se tal facto corresponde a um critério de internamento mais judicioso e a uma resposta em ambulatório mais eficaz. Importa recordar em fundo que as Perturbações de Ansiedade são a entidade mais representada no 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (16,5% numa prevalência anual global de 22,9%), apresentando Portugal o valor mais elevado entre os 9 países da Região Europa da OMS que integraram numa primeira fase (ESEMED) o World Mental Health Initiative Survey.

Felizmente, duas das 3 perturbações de ansiedade mais prevalentes (fobias sociais, com 8,6% e fobias específicas, com 2,1%) têm índices de incapacidade psicossocial muito baixos.

Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)

Neuroses Depressivas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	3.001	3.079	2.860	2.868	2.779
Dias Internamento	40.067	35.005	31.733	31.781	32.127
Demora Média	13,35	11,37	11,10	11,08	11,56
Day Cases (DC)	238	200	144	182	174
Demora Média sem DC	14,50	12,16	11,68	11,83	12,33
Óbitos	5	8	...	4	4

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 426. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 37. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)

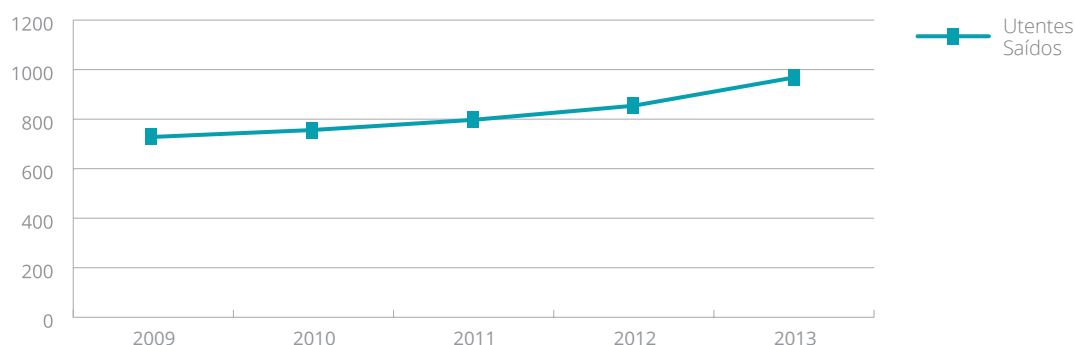
Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 426. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Excepto as Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)

Neuroses Exceto as Depressivas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	728	756	797	854	968
Dias Internamento	8.439	9.031	8.029	9.744	9.783
Demora Média	11,59	11,95	10,07	11,41	10,11
Day Cases (DC)	41	34	43	39	48
Demora Média sem DC	12,28	12,51	10,65	11,96	10,63
Óbitos	0	0	0	0	0

Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 427. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 38. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Exceto as Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)



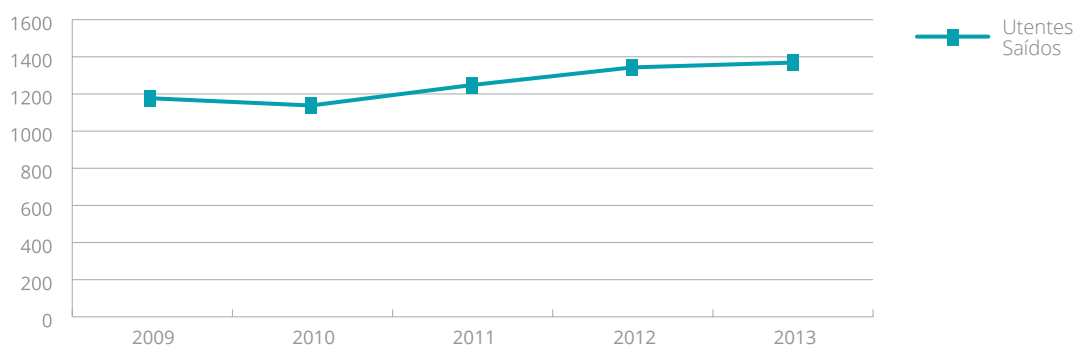
Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 427. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	1.177	1.138	1.248	1.343	1.369
Dias Internamento	15.501	13.579	13.082	18.524	14.748
Demora Média	13,17	11,93	10,48	13,79	10,77
Day Cases (DC)	79	64	72	102	105
Demora Média sem DC	14,12	12,64	11,12	14,93	11,67
Óbitos	0	0	...	...	0

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 428. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 39. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos, Portugal Continental (2009-2013)



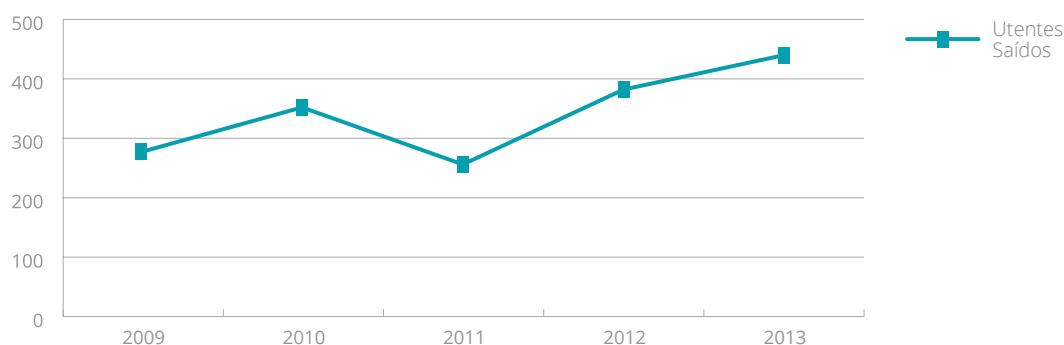
Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 428. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Como também é evidenciado no 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, a taxa anual encontrada para esta entidade foi de 3,5%, sendo também a mais elevada entre as dos países europeus integrados no mesmo estudo.

Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbação de Comportamento NCOP, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbação de Comportamento NCOP					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	277	352	256	382	440
Dias Internamento	3.310	3.993	2.422	4.529	6.190
Demora Média	11,95	11,34	9,46	11,86	14,07
Day Cases (DC)	26	31	14	43	37
Demora Média sem DC	13,19	12,44	10,01	13,36	15,36
Óbitos	...	...	...	0	3

... Dado confidencial. NCOP - não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 312. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 40. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbação de Comportamento NCOP, Portugal Continental (2009-2013)

NCOP - não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 312. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

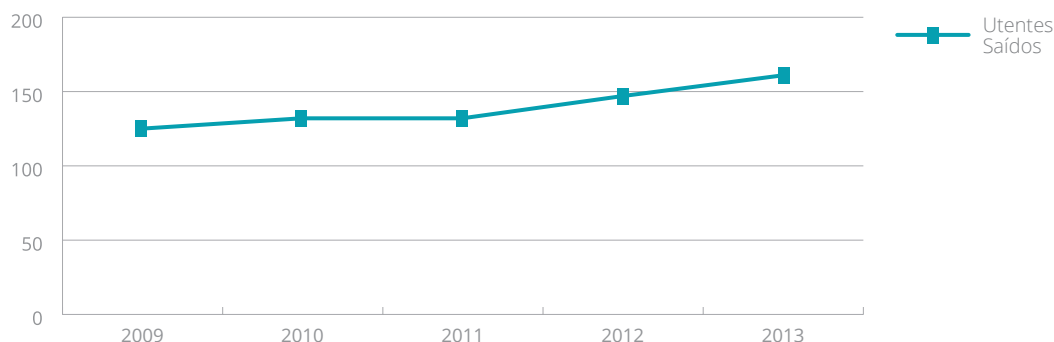
A evolução registada apresenta-se compaginável com a acima considerada (Perturbação da Personalidade e do Controlo dos Impulsos).

Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)

Anorexia Nervosa					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	125	132	132	147	161
Dias Internamento	3.439	3.801	5.030	5.490	5.883
Demora Média	27,51	28,80	38,11	37,35	36,54
Day Cases (DC)	...	...	4	0	3
Demora Média sem DC	...	...	39,30	37,35	37,23
Óbitos	...	0	0	...	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.1. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 41. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)



Códigos CID 9 MC: 307.1. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Como é sabido e vem expresso abaixo, esta problemática ocorre predominantemente até aos 18 anos, embora se venha registando um aumento de procura de casos crónicos e de pessoas menos jovens, aparentemente por só agora terem sabido da possibilidade de tratamento.

Responsáveis das 2 estruturas de Psiquiatria da Infância e Adolescência com unidades de internamento, sublinham que os registos podem estar significativamente incorretos, por defeito, por ser comum verificarem que, por motivos inerentes aos sistemas de informação, são integrados neste grupo as perturbações alimentares de causa estritamente metabólica, portanto sem génese psíquica.

Simultaneamente foi assinalado que o acréscimo dos casos parece decorrer de uma maior sensibilidade diagnóstica por parte das estruturas de saúde periféricas, que estão mais lesto no encaminhamento para as unidades diferenciadas.

Quanto ao aumento da demora média, poderá eventualmente decorrer da maior gravidade clínica das situações que são internadas.

Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)

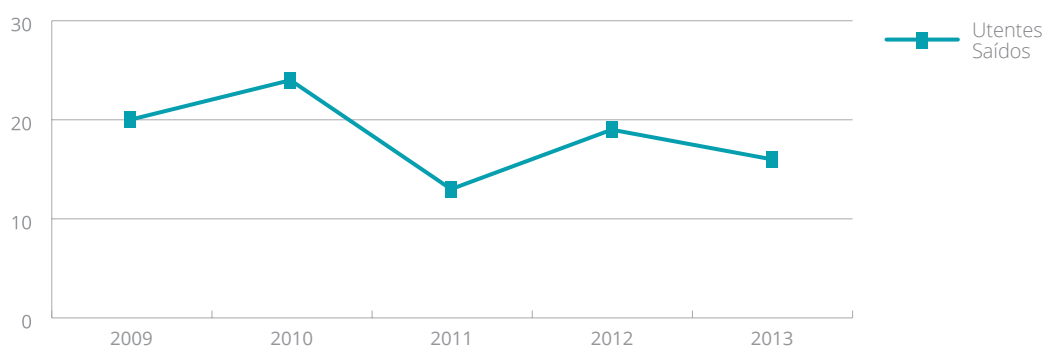
Anorexia Nervosa										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Utentes saídos										
0-17	7	51	3	62	9	51	5	56	6	69
40-64	0	8	0	11	0	9	...	17	0	25
40-64	0	8	0	11	0	9	...	17	0	25
65-79	0	...	0	0	0	...	...	...	0	...
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dias de internamento										
0-17	223	1.649	32	1.861	287	2.465	210	2.800	132	3.292
18-39	0	1.401	166	1.333	289	1.748	100	1.952	96	1.701
40-64	0	131	0	409	0	215	34	356	0	625
65-79	0	35	0	0	0	26	22	16	0	37
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demora média										
0-17	32,00	32,33	11,00	30,02	32,00	48,33	42,00	50,00	22,00	47,71
18-39	0,00	24,58	42,00	25,63	48,00	31,78	25,00	32,00	32,00	30,38
40-64	0,00	16,38	0,00	37,18	0,00	23,89	...	20,94	0,00	25,00
65-79	0,00	...	0,00	0,00	0,00	...	...	...	0,00	...
80 ou +	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Códigos CID 9 MC: 307.1. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)

Bulimia Nervosa					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	20	24	13	19	16
Dias Internamento	470	355	147	379	325
Demora Média	23,50	14,79	11,31	19,95	20,31
Day Cases (DC)	...	3	...	0	0
Demora Média sem DC	...	16,90	...	19,95	20,31
Casos Ambulatórios	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.51. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 42. Evolução da produção hospitalar relativa a Bulimia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)

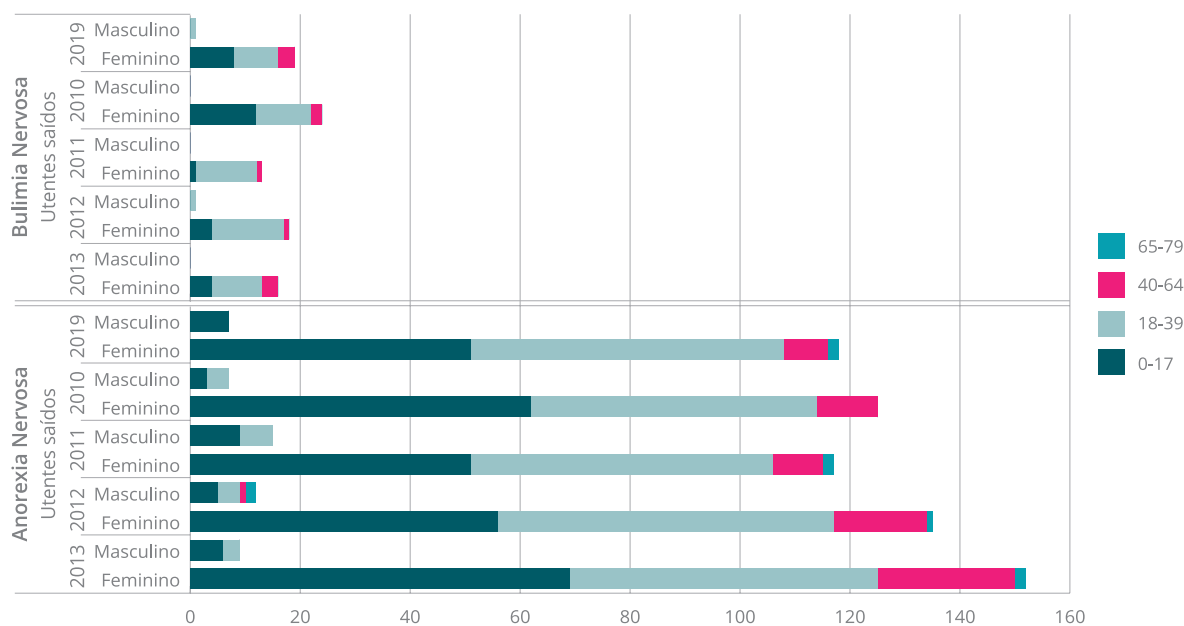
Códigos CID 9 MC: 307.51. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)

Bulimia Nervosa										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Utentes saídos										
0-17	0	8	0	12	0	...	0	4	0	4
18-39	...	8	0	10	0	11	...	13	0	9
40-64	0	3	0	...	0	...	0	...	0	3
65-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dias de internamento										
0-17	0	166	0	239	0	...	0	63	0	87
18-39	2	257	0	106	0	105	29	273	0	174
40-64	0	45	0	10	0	41	0	14	0	64
65-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demora média										
0-17	0.00	20.75	0.00	19.92	0.00	...	0.00	15.75	0.00	21.75
18-39	...	32.13	0.00	10.60	0.00	9.55	...	21.00	0.00	19.33
40-64	0.00	15.00	0.00	...	0.00	...	0.00	...	0.00	21.33
65-79	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
80 ou +	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.51. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 43. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)



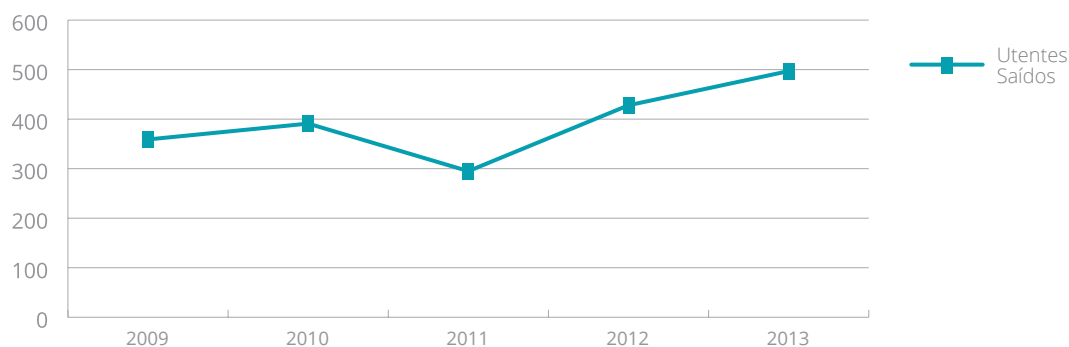
Códigos CID 9 MC: 307.1, 307.51. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 52. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais da Infância, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbações Mentais da Infância					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	359	391	295	428	497
Dias Internamento	3.889	4.185	2.594	4.596	6.839
Demora Média	10,83	10,70	8,79	10,74	13,76
Day Cases (DC)	33	35	17	48	42
Demora Média sem DC	11,93	11,76	9,33	12,09	15,03
Óbitos	...	...	...	0	3

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 44. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais da Infância, Portugal Continental (2009-2013)



Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Quadro 53. Caracterização da produção hospitalar (utentes saídos), relativos a Perturbações Mentais da Infância, por Região de Saúde, sexo e grupo etário abaixo dos 18 anos (2009-2013)

Perturbações Mentais da Infância										
	2009		2010		2011		2012		2013	
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.
Norte										
<5 anos	5	0	...	4	3	...	7	...	0	5
5-9 anos	3	...	4	0	...	4	4	...	...	0
10-14 anos	7	4	5	5	3	6	6	...	5	6
15-17 anos	8	4	4	7	4	6	5	5	...	3
Centro										
<5 anos	3	0	...	...	0	3	4	3	...	...
5-9 anos	7	3	...	...	6	...	...	...	6	...
10-14 anos	11	7	6	6	3	3	7	5	8	11
15-17 anos	...	4	11	...	8	...	8	5	7	11
LVT										
<5 anos	11	4	4	...	9	3	8	3	7	3
5-9 anos	9	4	6	...	4	3	4	4	4	...
10-14 anos	20	5	16	15	15	11	15	8	9	7
15-17 anos	7	10	5	9	9	5	...	13	11	6
Alentejo										
<5 anos	...	0	0	0	0	0	0	0	...	...
5-9 anos	0	0	0	0	0	...	0	0	0	0
10-14 anos	0	...	...	...	0	0	...	0	...	0
15-17 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	...	5
Algarve										
<5 anos	4	...	0	0	...	0	0	0	...	0
5-9 anos	0	...	0	0	0	0	...	...	...	0
10-14 anos	0	...	3	...	3	0	...	3	3	...
15-17 anos	...	...	3	3	0	0	3	...	3	5
Total Geral	98	53	73	59	71	51	79	59	74	69

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Tendo em conta a escassez de camas nas duas estruturas de psiquiatria da infância e adolescência com unidades de internamento, deduz-se que os totais indicados resultam de internamentos noutras estruturas, nomeadamente em serviços pediátricos e psiquiátricos.

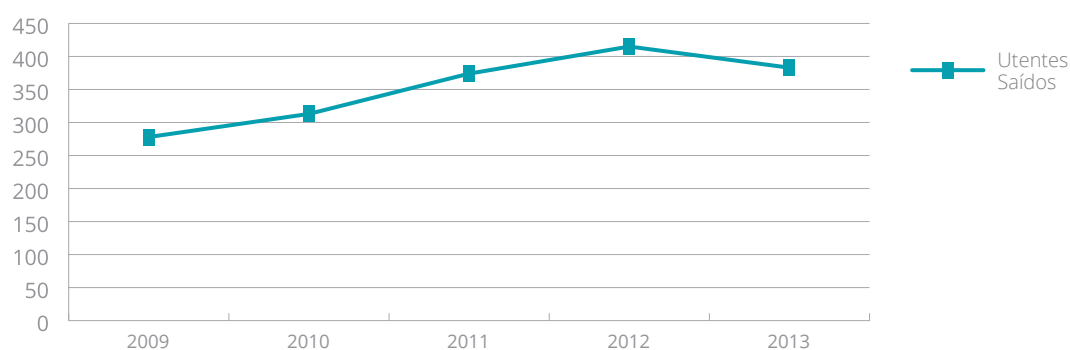
No que tem que ver com a casuística daquelas unidades especializadas (que não foi possível discriminar informaticamente):

- Verifica-se, em ambas, uma alarmante incapacidade das entidades/estruturas da comunidade (quer famílias quer instituições) em gerirem adequadamente os casos mais sensíveis, endossando-os mais frequentemente aos serviços de urgência com frequente pedido de internamento;
- A Região do Porto referencia mais primeiros surtos psicóticos;
- A Região de LVT registou um aumento de tentativas de suicídio, oriundas sobretudo de classes sociais médias e médias/altas e, em 2013, a aumento de pressão no Serviço de Urgência no último trimestre e, muito superior ao tradicional – de maio a julho.

Quadro 54. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais Induzidas por Drogas, Portugal Continental (2009-2013)

Perturbações Mentais Induzidas por Drogas					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes Saídos	278	313	374	415	383
Dias Internamento	3.820	4.316	4.676	6.049	5.094
Demora Média	13,74	13,79	12,50	14,58	13,30
Day Cases (DC)	11	5	10	23	13
Demora Média sem DC	14,31	14,01	12,85	15,43	13,77
Óbitos	...	4	0	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 292. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 45. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais Induzidas por Drogas, Portugal Continental (2009-2013)

Códigos CID 9 MC: 292. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

O acréscimo apresentado está em concordância com o referenciado por responsáveis do SICAD e pela literatura internacional – a existência de uma tendência de aumento de consumo de substâncias psicoativas, e com efetuada com menor critério, em períodos de crise económica e social.

Admite-se que parte das situações resulte do consumo descontrolado de Novas Substâncias Psicoativas (NSP), verificado empiricamente desde 2010 até à publicação do diploma regulador sobre as mesmas (DL n.º 50/2013), após a qual se observa uma descida significativa de registo de casos nos Serviços de Urgência.

4.2.1.2. Caracterização dos episódios de internamento

Quadro 55. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, por Região de Saúde (2012 e 2013)

Psicoses Esquizofrénicas																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		2.ºs Ep.		%2.ºs Ep		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Norte	1.884	1.938	1.287	1.317	921	932	366	385	597	621	31,69	32,04	47	60	3,65%	4,56%
Centro	974	1.000	757	768	602	607	155	161	217	232	22,28	23,20	27	34	3,57%	4,43%
LVT	2.024	2.051	1.586	1.581	1.282	1.264	304	317	438	470	21,64	22,92	60	57	3,78%	3,61%
Alentejo	150	128	113	103	85	85	28	18	37	25	24,67	19,53	6	4	5,31%	3,88%
Algarve	184	207	160	171	142	141	18	30	24	36	13,04	17,39	5	12	3,13%	7,02%
Portugal Continental	5.216	5.324	3.877	3.917	2.991	2.991	886	926	1.339	1.407	25,67	26,43	145	167	3,74%	4,26%

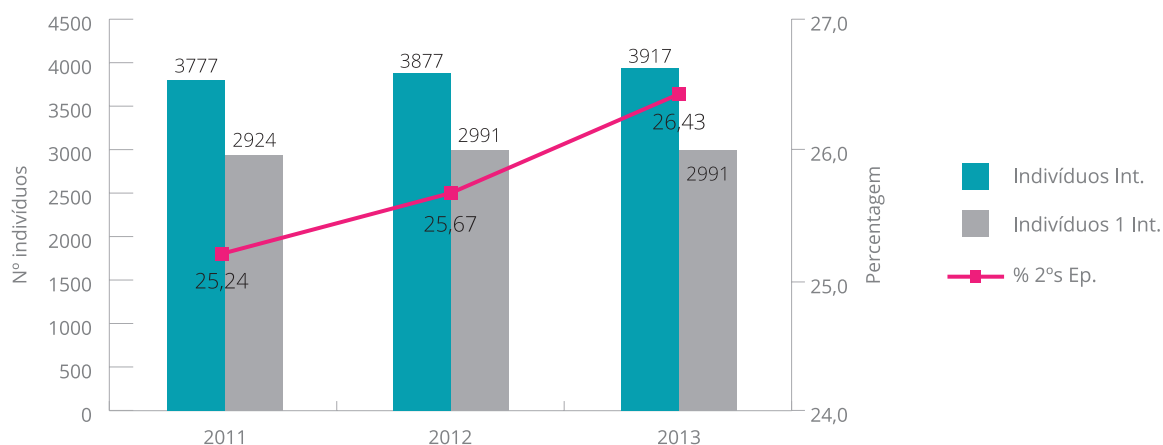
*diagnósticos principal e secundários

Ep. Int. – Episódios de Internamento pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos Int. – Indivíduos internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos >1 Int. – Indivíduos internados mais do que uma vez pela causa acima, no mesmo ano; 2.ºs Ep. – N.º de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano;

% 2.ºs Ep. – Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; Óbitos Int. – Óbitos de indivíduos internados pela causa acima; Letalidade de Internamento Hospitalar (%) – Óbitos Int./ Indivíduos Int.

Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 46. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, Portugal Continental (2011-2013)



*diagnósticos principal e secundários

Indivíduos Int. – Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep.- Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano.

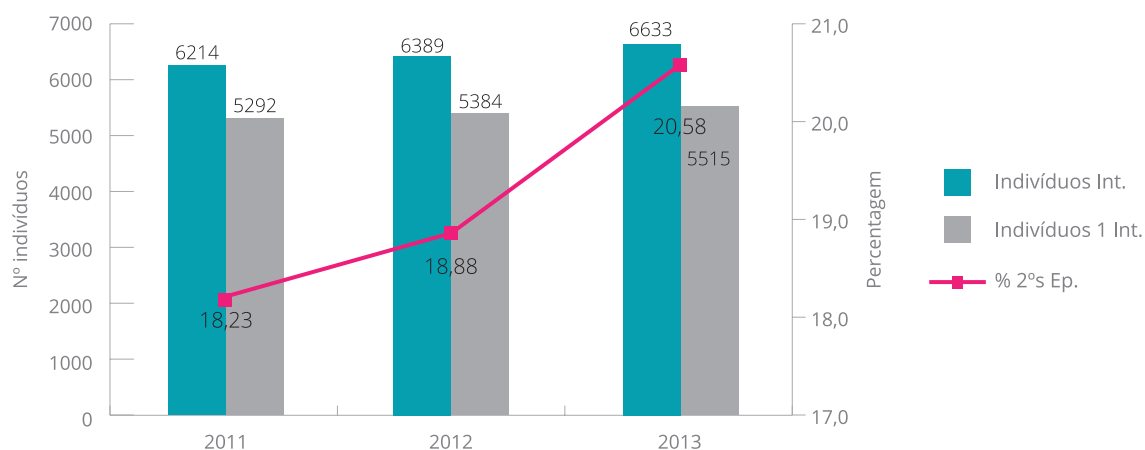
Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Quadro 56. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas*, por Região de Saúde (2012 e 2013)

Psicoses Afetivas*																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		2.ºs Ep.		%2.ºs Ep		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Norte	1.865	2.015	1.462	1.591	1.173	1.270	289	321	403	424	21,61	21,04	37	44	2,53%	2,77%
Centro	1.817	1.719	1.546	1.454	1.330	1.259	216	195	271	265	14,91	15,42	20	24	1,29%	1,65%
LVT	3.591	4.077	2.899	3.168	2.478	2.652	421	516	692	909	19,27	22,30	69	72	2,38%	2,27%
Alentejo	321	290	277	256	249	226	28	30	44	34	13,71	11,72	9	5	3,25%	1,95%
Algarve	282	251	229	197	194	161	35	36	53	54	18,79	21,51	3	6	1,31%	3,05%
Portugal Continental	7.876	8.352	6.389	6.633	5.384	5.515	1.005	1.118	1.487	1.719	18,88	20,58	138	151	2,16%	2,28%

*diagnósticos principal e secundários

Ep. Int. - Episódios de Internamento pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos Int. - Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. - Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos >1 Int. - Indivíduos Internados mais do que uma vez pela causa acima, no mesmo ano; 2.ºs Ep. - N.º de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep.- Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; Óbitos Int. - Óbitos de indivíduos internados pela causa acima; Letalidade de Internamento Hospitalar (%) - Óbitos Int./ Indivíduos Int.
Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Figura 47. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas*, Portugal Continental (2011-2013)

*diagnósticos principal e secundários

Indivíduos Int. - Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. - Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep.- Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

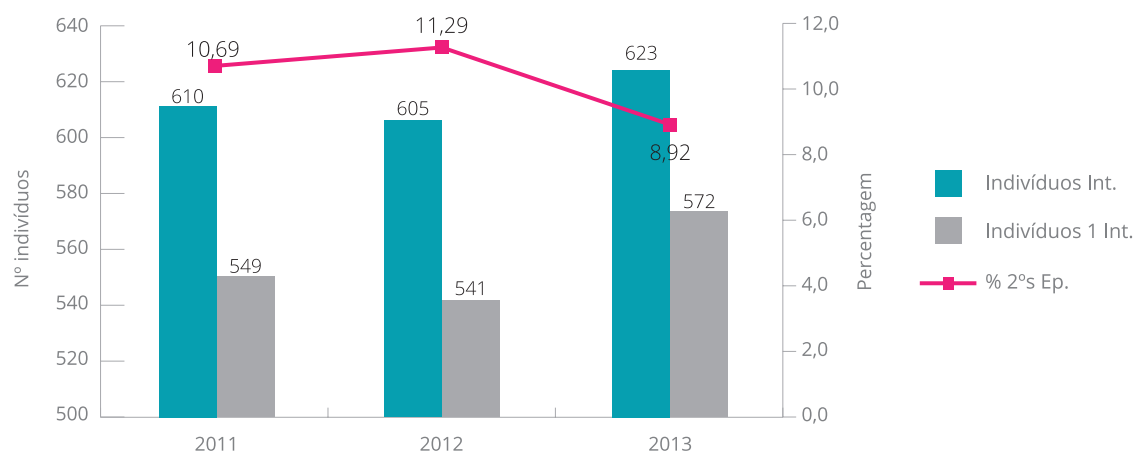
Quadro 57. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, por Região de Saúde (2012 e 2013)

Perturbações Delirantes																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		2.ºs Ep.		%2.ºs Ep		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Norte	340	348	291	304	250	269	41	35	49	44	14,41	12,64	4	4	1,37%	1,32%
Centro	151	125	134	120	120	115	14	5	17	5	11,26	4,00	5	...	3,73%	...
LVT	144	167	133	157	124	148	9	9	11	10	7,64	5,99	...	...	...	...
Alentejo	7	6	7	6	7	6	0	0	0	0	0,00	0,00	...	0	...	0,00%
Algarve	40	38	40	37	40	...	0	...	0	...	0	...	0	0	0,00%	0,00%
Portugal Continental	682	684	605	623	541	...	64	...	77	...	11,29	...	12	8	1,98%	1,28%

*diagnósticos principal e secundários

Ep. Int. – Episódios de Internamento pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos Int. – Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos >1 Int. – Indivíduos Internados mais do que uma vez pela causa acima, no mesmo ano; 2.ºs Ep. – N.º de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep. – Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; Óbitos Int. – Óbitos de indivíduos internados pela causa acima; Letalidade de Internamento Hospitalar (%) – Óbitos Int./ Indivíduos Int.

... Dado Confidencial. Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 48. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, Portugal Continental (2011-2013)

*diagnósticos principal e secundários

Indivíduos Int. – Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep. – Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano;

Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

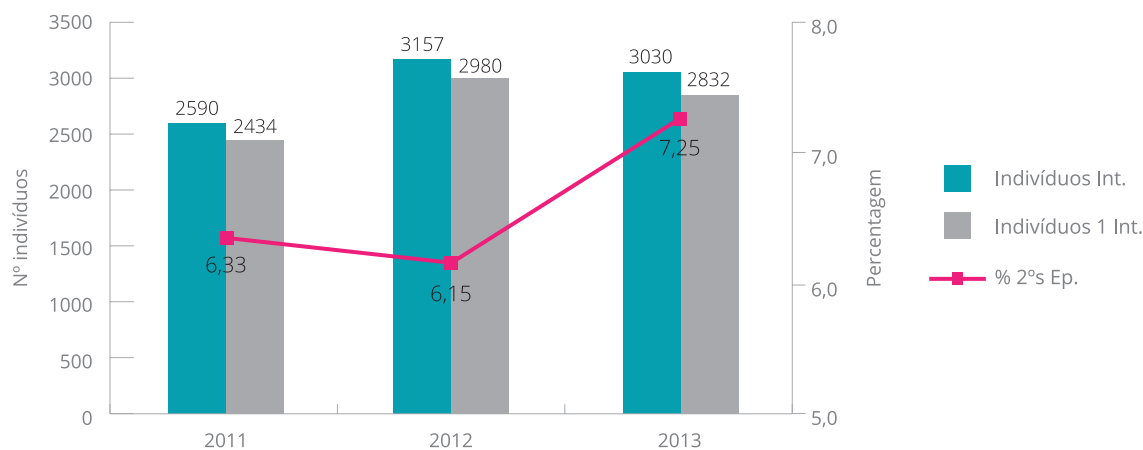
Quadro 58. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Não Orgânicas NCOP*, por Região de Saúde (2012 e 2013)

Psicoses Não Orgânicas NCOP*																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		2.ºs Ep.		%2.ºs Ep		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Norte	1.332	1.309	1.250	1.197	1.181	1.106	69	91	82	112	6,16	8,56	91	106	7,28%	8,86%
Centro	695	484	646	459	601	438	45	21	49	25	7,05	5,17	34	18	5,26%	3,92%
LVT	1.126	1.198	1.064	1.121	1.013	1.052	51	69	62	77	5,51	6,43	62	60	5,83%	5,35%
Alentejo	122	112	113	102	106	95	7	7	9	10	7,38	8,93	18	11	15,93%	10,78%
Algarve	89	164	85	157	81	151	4	6	4	7	4,49	4,27	...	5	...	3,18%
Portugal Continental	3.364	3.267	3.157	3.030	2.980	2.832	177	198	207	237	6,15	7,25	...	200	...	6,60%

*diagnósticos principal e secundários

Ep. Int. – Episódios de Internamento pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos Int. – Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos >1 Int. – Indivíduos Internados mais do que uma vez pela causa acima, no mesmo ano; 2.ºs Ep. – N.º de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep.- Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano; Óbitos Int. – Óbitos de indivíduos internados pela causa acima; Letalidade de Internamento Hospitalar (%) – Óbitos Int./ Indivíduos Int.

... Dado Confidencial. Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Figura 49. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Não Orgânicas NCOP*, Portugal Continental (2011-2013)

* diagnósticos principal e secundários

Indivíduos Int. – Indivíduos Internados pela causa acima, no mesmo ano; Indivíduos 1 Int. – Indivíduos Internados apenas uma vez pela causa acima, no mesmo ano; % 2.ºs Ep.- Percentagem de 2.ºs episódios pela causa acima, no mesmo ano;

Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

4.2.1.3. Caracterização do Ambulatório

Quadro 59. Número de consultas de Psiquiatria de Adultos por 1.000 habitantes, por Região de Saúde (2012-2013)

Região de Saúde	Área de influência direta (população ≥ 18 anos)	Psiquiatria de Adultos			
		N.º de consultas		Consultas por 1.000 habitantes	
		2012	2013	2012	2013
Alentejo	429.541	15.966	19.387	37	45
Algarve	370.704	14.514	14.402	39	39
Centro	1.504.939	104.508	112.774	69	75
LVT	2.944.412	201.097	214.177	68	73
Norte	3.001.490	217.047	215.083	72	72
Total	8.251.086	553.132	575.823	65	70

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

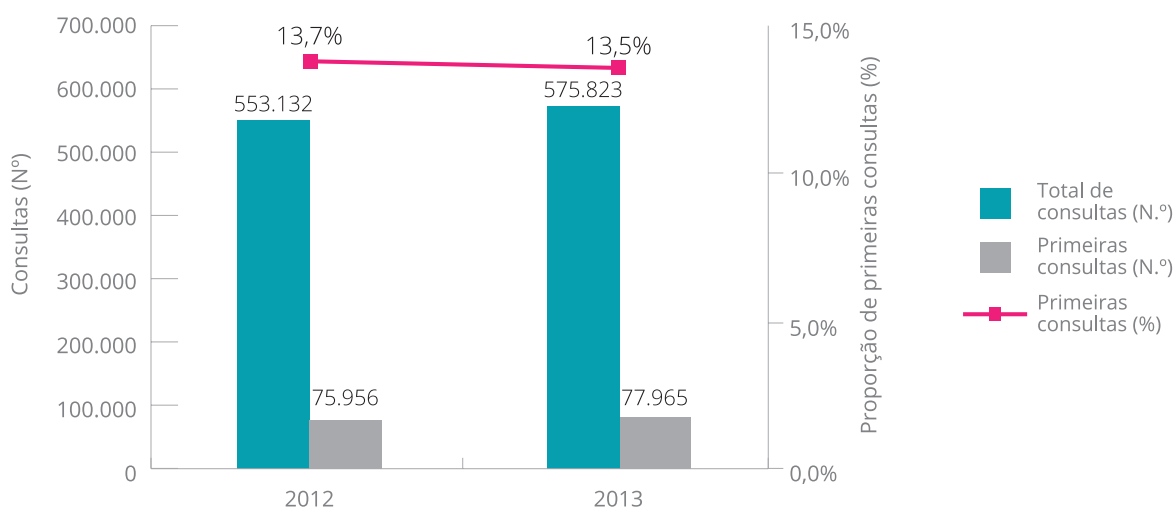
Regista-se o acréscimo de consultas por 1.000 habitantes nas regiões Alentejo, Centro e LVT e a ausência de variação nas do Algarve e Norte, bem como o valor significativamente menor nas regiões do Alentejo e Algarve, inevitavelmente resultante do mais reduzido número de psiquiatras.

Quadro 60. Proporção de primeiras consultas no total de consultas de Psiquiatria de Adultos, por Região de Saúde (2012-2013)

Região de Saúde	Psiquiatria de Adultos					
	Total de consultas (N.º)		Primeiras consultas (N.º)		Primeiras consultas (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alentejo	15.966	19.387	1.780	2.171	11%	11%
Algarve	14.514	14.402	1.670	1.730	12%	12%
Centro	104.508	112.774	14.028	15.746	13%	14%
LVT	201.097	214.177	23.583	25.045	12%	12%
Norte	217.047	215.083	34.895	33.273	16%	15%
Total	553.132	575.823	75.956	77.965	14%	14%

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

A monotonia dos valores médios dos 2 anos em comparação é óbvia, mesmo com variações de valor mínimo nas regiões Norte e Centro, num indicador clássico da atividade em ambulatório.

Figura 50. Total de consultas e proporção de primeiras consultas de Psiquiatria de Adultos, Portugal Continental (2012-2013)

Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Quadro 61. Número de consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência por 1.000 habitantes, por Região de Saúde (2012-2013)

Região de Saúde	Área de influência direta (população < 18 anos)	Psiquiatria da Infância e Adolescência			
		N.º de consultas		Consultas por 1.000 habitantes (< 18 anos)	
		2012	2013	2012	2013
Alentejo	33.335	188	196	6	6
Algarve	80.302	1.182	1.257	15	16
Centro	296.083	12.849	14.818	43	50
LVT	658.962	39.387	43.307	60	66
Norte	680.880	39.877	51.045	59	75
Total	1.749.562	93.483	110.623	53	63

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014

O valor destacadamente menor registado no Alentejo é inevitavelmente associada à quase inexistência de médicos especialistas e de outros profissionais. No Algarve a variação positiva foi pelo valor mínimo, com uma média dupla da Região vizinha mesmo com número de profissionais quase nulo (1 Psiquiatra da Infância e Adolescência adstrita ao H. de Faro), mas colmatada em parte significativa pelo apoio, desde 2001, de profissionais do H. D. Estefânia/CHLC às unidades de CSP da região, através do GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil do Algarve, projeto formalizado entre aquela estrutura hospitalar e a ARS local. Quanto às restantes Regiões, o acréscimo expressou-se por 27% no Norte (valor relativo e absoluto mais expressivo do conjunto), 16% no Centro e de 10% em LVT.

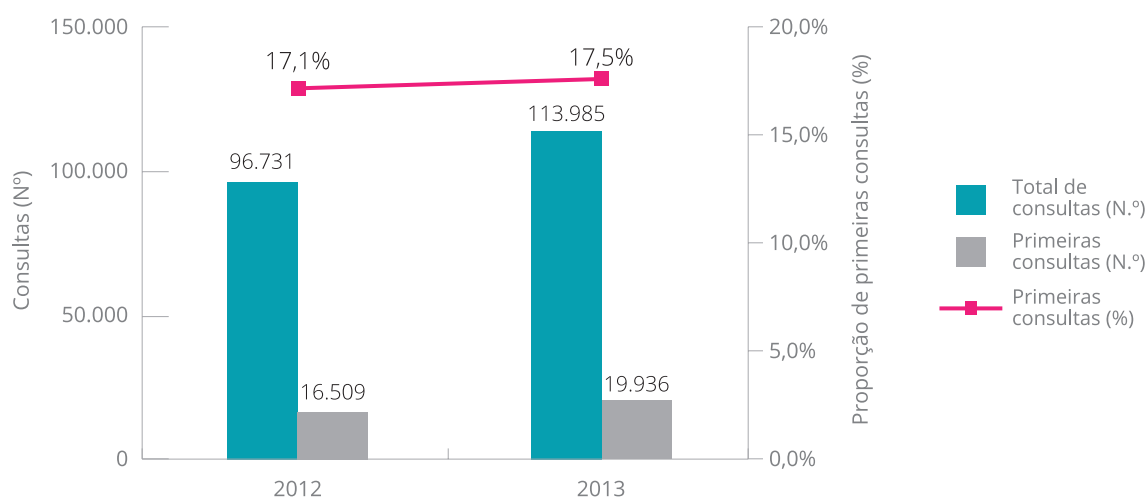
Quadro 62. Proporção de primeiras consultas no total de consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, por Região de Saúde (2012-2013)

Região de Saúde	Psiquiatria da Infância e Adolescência					
	Total de consultas (N.º)		Primeiras consultas (N.º)		Primeiras consultas (%)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alentejo	3.436	3.558	419	609	12%	17%
Algarve	1.182	1.257	125	122	11%	10%
Centro	12.849	14.818	2.170	2.519	17%	17%
LVT	39.387	43.307	4.811	4.872	12%	11%
Norte	39.877	51.045	8.984	11.814	23%	23%
Total	96.731	113.985	16.509	19.936	17%	17%

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Regista-se que neste indicador, tradutor do dinamismo da atividade ambulatorial, a subida percentual mais expressiva é na Região Alentejo (+5%), surgindo sem variações nas restantes mas com a Região Norte a apresentar um valor notável.

Figura 51. Total de consultas e proporção de primeiras consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Portugal Continental (2012-2013)



Fonte: Elaborado por DGS com base nos dados de: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

4.2.2. SECTOR SOCIAL

Quadro 63. Taxa de ocupação no Sector Social, por entidade (2012-2013)

Entidade do Sector Social	N.º de dias de internamento	Lotação	N.º de dias de internamento	Lotação	Taxa de ocupação	
	2012		2013		2012	2013
Braga	304.038	934	302.542	934	89%	89%
Casa de Saúde do Bom Jesus	109.895	364	107.675	364	83%	81%
Casa de Saúde S. João de Deus	122.179	361	120.985	361	93%	92%
Casa de Saúde S. José	71.964	209	73.882	209	94%	97%
Coimbra	134.334	410	138.314	410	90%	92%
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	134.334	410	138.314	410	90%	92%
Guarda	55.803	165	56.321	168	93%	92%
Casa de Saúde Bento Menni	55.803	165	56.321	168	93%	92%
Lisboa	385.808	1.179	380.815	1.182	90%	88%
Casa de Saúde da Idanha	159.976	470	154.126	470	93%	90%
Casa de Saúde do Telhal	107.607	338	108.943	340	87%	88%
Casa de Saúde Santa Rosa de Lima	32.864	90	32.741	90	100%	100%
Centro Psicogeriátrico N. Sr.ª de Fátima	31.363	86	31.146	87	100%	98%
Clínica Psiquiátrica S. José	53.998	195	53.859	195	76%	76%
Portalegre	43.843	120	43.757	120	100%	100%
Centro de Recuperação de Menores	43.843	120	43.757	120	100%	100%
Porto	85.461	253	82.213	309	93%	73%
Centro Hospitalar do Conde de Ferreira	85.461	253	82.213	309	93%	73%
Total	1.009.287	3.061	1.003.962	3.123	90%	88%

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

Como se pode verificar pela análise dos quadros, o Sector Social apresentou-se estabilizado, com uma redução de 2% na taxa de ocupação do internamento (que cresceu em valor idêntico na lotação) e o acréscimo de 2,3% nos dias de internamento das unidades de reabilitação.

Quadro 64. Caracterização da produção em unidades residências/reabilitação psicossocial no Sector Social, por entidade (2012-2013)

Entidade do Sector Social	N.º de doentes internados		N.º de dias de internamento	
	31-12-2012	31-12-2013	2012	2013
Braga	70	70	20.134	20.530
Casa de Saúde do Bom Jesus	14	14	434	434
Casa de Saúde S. João de Deus	49	49	17.145	17.534
Casa de Saúde S. José	7	7	2.555	2.562
Coimbra	40	40	14.600	14.600
Casa de Saúde Rainha Santa Isabel	40	40	14.600	14.600
Guarda	5	5	1.825	1.825
Casa de Saúde Bento Menni	5	5	1.825	1.825
Lisboa	153	156	52.650	54.407
Casa de Saúde da Idanha	24	24	8.760	8.760
Casa de Saúde do Telhal	125	128	42.126	44.108
Clínica Psiquiátrica S. José	4	4	1.764	1.539
Portalegre	12	12	4.380	4.380
Centro de Recuperação de Menores	12	12	4.380	4.380
Total	280	283	93.589	95.742

Fonte: ACSS, IP. Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental. Versão para discussão pública, junho de 2014.

5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

Como se lê (pág. 2) no sumário executivo do recente relatório do INFARMED “Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000–2012)”, que regista e analisa o panorama prescritivo no território continental dos utentes do SNS, excluindo portanto os dos subsistemas:

- (i) *“Entre 2000 e 2012 ocorreu um aumento do consumo de psicofármacos, expresso através das DDD por 1000 habitantes dia (DHD), em todos os subgrupos mas mais evidente nos antidepressores (+240%) e antipsicóticos (+171%). A utilização de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos aumentou de modo menos acentuado (+6%) mas é o subgrupo com maior utilização (96 DHD).”*
- (ii) *O aumento do consumo pode dever-se a uma maior acessibilidade aos medicamentos, a uma utilização mais prolongada destes fármacos ou à aprovação de novas indicações terapêuticas.*
- (iii) (...) *A partir de 2011, com a eliminação do regime especial de comparticipação os encargos do SNS diminuíram e em 2012 observou-se um decréscimo tanto dos encargos do SNS como dos utentes.*
- (iv) *O custo médio dos antidepressores e ansiolíticos diminuiu ao longo do período em estudo mas o dos antipsicóticos só diminuiu a partir de 2011.*
- (v) *Comparando com outros países europeus verifica-se que Portugal apresenta um consumo de antidepressores (88 DHD) superior ao apresentado na Itália (37 DHD) e Noruega (57 DHD), mas similar ao da Dinamarca (93 DHD). Nos antipsicóticos não existem grandes diferenças entre países, com exceção da Itália.*
- (vi) *No que se refere aos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos o consumo em Itália (53 DHD), Noruega (62 DHD) e Dinamarca (31 DHD) é bastante inferior ao verificado em Portugal (96 DHD). Os valores elevados de consumo podem significar que os tratamentos são mais prolongados do que o indicado. Este é um importante problema de saúde pública que deve ser alvo de uma intervenção mais direccionada”.*

Na introdução do mesmo relatório (pág. 4) refere-se também que “Em análises prévias efetuadas pelo INFARMED verificou-se que os medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central constituem um dos grupos terapêuticos com maior peso no consumo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) em ambulatório e com uma tendência global de crescimento. Nesses estudos foi particularmente evidente o peso dos psicofármacos, nomeadamente dos antipsicóticos e antidepressores, no aumento da utilização e despesa na última década”.

Se a evolução do consumo de ansiolíticos não pode ser desligada da alta prevalência de perturbações ansiosas no único estudo efetuado sobre Portugal (ver 3.1), que evidenciou uma taxa de 16,5% (a mais alta dos 9 países da Região Europa da OMS que integraram a primeira fase da *World Mental Health Survey Initiative*), não se pode esquecer que:

1. as principais normas terapêuticas internacionais indicam que a psicoterapia deve ser a primeira abordagem nas perturbações de ansiedade, eventualmente associada a uma prescrição (tendencialmente transitória) de psicofármacos;
2. nesta circunstância, os antidepressivos são os medicamentos de 1ª linha a prescrever, podendo ser necessária a associação a benzodiazepinas (preferencialmente de semivida longa ou média) por período que não deve ultrapassar as 3-4 semanas;
3. serem as benzodiazepinas os fármacos mais tomados nos 12 meses anteriores, sobretudo por mulheres, quer em termos do item “População geral”, quer por perturbações do humor ou da ansiedade (ver Quadro 18, pág. 28).

Neste contexto, importa recordar que quando a ONU, no final da década de 90 e no âmbito do combate à toxicodependência, determinou o condicionamento efetivo do consumo de benzodiazepinas, em Por-

tugal a diretiva na prática apenas foi aplicada às de semivida muito curta, utilizadas habitualmente no ambulatório como hipnóticos/indutores do sono. A imposição legal de que as embalagens de venda ao público não pudessem ter mais do que 14 unidades, permitiu uma redução notável do consumo desses fármacos em Portugal, que apresentava também níveis dos mais elevados da Europa.

Relativamente à evolução da utilização sublinha-se, quanto aos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (pág. 8 do mesmo relatório) que, embora não apresentando um crescimento tão acentuado, são o subgrupo com maior nível de consumo, cifrado no ano de 2012 em 96 DDD por 1.000 habitantes, o que representa um aumento de 6% relativamente a 2000.

Neste período observaram-se algumas oscilações nos níveis de utilização deste subgrupo, não sendo porém possível identificar uma tendência consistente até 2010, ano a partir do qual se observa uma tendência de decréscimo.

Como é sabido, a referência acerca da existência de um problema de saúde pública, eventualmente indiciador de possível má prática prescritiva, decorre de:

- a esmagadora maioria dos fármacos em causa integram o grupo das benzodiazepinas (BZD), substâncias que são indutoras de dependência e tolerância, proporcionalmente ao seu potencial ansiolítico;
- as duas substâncias que se mantêm significativamente mais destacadas em termos de consumo integram o subgrupo das benzodiazepinas com esse perfil (alprazolam e lorazepam) e apresentarem ambas acréscimo de consumo de 2012 para 2013;
- para os países que disponibilizam dados de utilização em DDD ou DHD (Itália, Dinamarca e Noruega), Portugal apresenta claramente o maior consumo de ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (96 DHD), muito superior à Dinamarca (31 DHD), Noruega (62 DHD) e Itália (53 DHD);
- em termos qualitativos verificou-se, entre 2000 e 2012, um aumento da proporção da utilização de benzodiazepinas ansiolíticas e uma diminuição das hipnóticas, especificamente de duração intermédia e longa. O facto de Portugal apresentar dos maiores níveis de utilização de benzodiazepinas ao nível europeu, veio realçado no relatório do *International Narcotic Board*, que aconselha uma análise da prática no que concerne à prescrição e utilização destes fármacos.

Quadro 65. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)

DCI	2009	2010	2011	2012	2013
Ácido glutâmico	0	0	0	0	0
Alprazolam	85.591.300	89.876.632	89.769.985	83.702.130	88.792.115
Bralobarbital + Hidroxizina + Secobarbital	0	0	0	0	0
Bromazepam	16.349.946	16.453.512	16.145.652	14.483.490	15.217.893
Brotizolam	6.361.978	6.132.532	5.930.960	5.386.346	5.486.026
Bupiriona	1.089.067	1.110.203	1.111.120	1.036.683	1.130.213
Cetazolam	0	0	0	0	0
Clobazam	4.605.735	4.602.315	4.417.665	3.998.980	4.171.050
Clorazepato dipotássico	5.321.820	5.303.905	5.134.410	4.676.230	4.905.220
Clordiazepóxido	101.463	92.643	77.227	78.997	99.917
Clozazolam	0	0	0	0	0
Crataegus oxyacantha + Passiflora + Valeriana e outras associações	0	0	0	0	0
Diazepam	36.485.184	37.082.946	36.184.109	33.061.854	34.513.935
Doxilamina	0	0	0	0	0
Estazolam	1.749.851	2.158.249	2.335.891	2.176.515	2.579.789
Flunitrazepam	63.390	44.480	160	50	0
Flurazepam	4.005.977	3.888.967	3.747.898	3.521.068	3.685.852
Halazepam	2.004.232	2.037.144	1.928.960	1.087.560	3.936
Loflazepato de etilo	20.393.960	22.604.680	23.671.640	23.090.440	26.267.440
Loprazolam	3.516.555	3.222.030	3.002.130	2.682.390	2.665.365
Lorazepam	58.426.646	61.343.940	61.840.676	57.769.744	62.595.072
Lormetazepam	0	0	0	0	0
Medazepam	0	0	0	0	0
Melatonina	0	0	0	0	0
Mexazolam	0	0	0	0	0
Midazolam	3.626.938	3.615.143	3.450.552	3.206.938	3.273.662
Nordazepam	13	0	0	0	0
Oxazepam	4.554.598	2.419.962	3.632.396	3.627.111	4.028.073
Prazepam	86.133	90.813	82.680	78.153	86.120
Quazepam	0	0	0	0	0
Temazepam	959.462	869.792	814.282	728.504	721.798
Tofizopam	0	0	0	0	0
Triazolam	2.251.424	2.117.568	1.639.276	1.839.704	2.011.852
Valeriana	0	0	0	0	0
Valeriana (raíz)	0	0	0	0	0
Vitaminas do complexo B + Brometo de sódio + Toldinfos	0	0	0	0	0
Zolpidem	15.382.848	15.966.917	16.437.622	16.191.970	17.447.126
Total	272.928.520	281.034.374	281.355.290	262.424.857	279.682.454

Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) – Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatorio à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar; a informação posterior a 2009 é proveniente do SIARS e pode vir a sofrer alterações. Fonte: INFARMED, 2014.

Quadro 66. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antipsicóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)

DCI	2009	2010	2011	2012	2013
Amissulprida	1.889.050	1.897.818	1.832.140	1.753.955	1.758.080
Aripiprazol	461.291	849.524	1.244.974	1.431.881	1.684.849
Ciamemazina	0	0	0	0	0
Cloropromazina	391.470	391.155	381.521	378.729	394.699
Cloropromazina + Heptaminol + Tri-hexifenidilo	0	0	0	0	0
Clozapina	831.445	903.298	915.298	1.011.798	1.088.598
Flufenazina	956.875	957.900	984.375	997.600	1.071.825
Flupentixol	144.250	156.350	160.955	163.410	167.735
Haloperidol	4.035.402	4.129.886	4.107.338	4.077.528	4.419.168
Levomepromazina	473.990	465.884	458.198	418.725	430.274
Melperona	909.577	894.995	882.553	834.160	811.960
Metopimazina	0	0	0	0	0
Olanzapina	5.630.758	5.994.296	6.294.603	5.945.891	6.404.832
Paliperidona	0	0	716.219	968.436	1.206.639
Penfluridol	0	0	0	0	0
Pimozida	320.840	328.860	311.020	314.760	331.980
Quetiapina	4.437.092	6.292.653	7.832.435	7.908.299	8.577.718
Risperidona	7.279.578	7.912.490	8.297.250	7.252.259	7.550.002
Sertindol	0	14.793	29.930	13.408	14.685
Sulpirida	523.596	508.716	497.564	468.275	458.665
Sultoprida	0	0	0	0	0
Tiaprida	1.701.220	1.662.823	1.665.806	1.687.795	1.723.933
Tioridazina	5	0	0	0	0
Veraliprida	0	0	0	0	0
Ziprasidona	862.463	811.104	898.492	704.417	646.191
Zotepina	68.098	107.913	121.073	131.108	175.408
Zuclopentixol	167.243	198.262	232.733	251.458	274.818
Total	31.084.243	34.478.718	37.864.475	36.713.891	39.192.060

Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar; a informação posterior a 2009 é proveniente do SIARS e pode vir a sofrer alterações. Fonte: INFARMED, 20144.

Como se refere na análise genérica deste capítulo, ao compararem-se os valores de Portugal com os de outros países europeus que referenciam os índices de DHD, nos antipsicóticos não existem grandes diferenças relativamente à Noruega e à Dinamarca, ao contrário do verificado em relação à Itália. Contudo, embora apresentassem níveis de utilização de 14 DHD em 2012, têm uma taxa de crescimento acentuado (171%), uma vez que em 2000 se registavam 5 DHD.

Uma vez que o estudo epidemiológico nacional sobre esta temática não abrangeu as nosologias com prevalência anual expectável inferior a 1% (como é o caso das psicoses esquizofrénicas, com uma prevalência média de 0,5-1%), não temos definida a taxa das situações clínicas, de evolução crónica e incapacitante, para as quais mais se utilizam antipsicóticos. Neste referencial restam-nos as outras nosologias em que se pode justificar a utilização destes fármacos - a depressão maior (6,8%) e a perturbação bipolar (1,1%). Não pelo valor comercial mas pela eficácia clínica, nomeadamente em situações não psicóticas, têm-nos chegado comentários críticos à descontinuidade no mercado nacional, sem aviso prévio, de vários antip-

sicóticos típicos, aparentemente por o seu valor comercial ser baixo, ao contrário da eficácia terapêutica, sem que existam substitutos com igual eficácia.

De qualquer modo, a evidência científica internacional mostra que se os novos antipsicóticos obtêm, em geral, maior *compliance* (por menores efeitos secundários), o prognóstico das perturbações psicóticas de evolução crónica e incapacitante é comprovadamente melhor quando os doentes adequadamente medicados são integrados em programas de reabilitação psicossocial.

Quadro 67. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antidepressores¹, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)

DCI	2009	2010	2011	2012	2013
Agomelatina	0	167.678	2.647.540	4.119.304	4.367.342
Amineptina, cloridrato	0	0	0	0	0
Amitriptilina	4.353.344	4.685.601	4.784.319	4.901.981	4.443.876
Amitriptilina + Perfenazina	0	0	0	0	0
Bupropiom	2.079.636	2.833.566	3.064.397	3.266.603	3.723.416
Citalopram	1.301.325	2.695.409	6.699.922	9.749.212	8.955.312
Clomipramina	3.071.593	3.087.660	3.134.893	3.197.167	3.456.009
Dosulepina	2.283.430	2.176.575	2.051.980	1.921.320	1.925.300
Doxepina	0	0	0	0	0
Duloxetine	5.201.270	6.033.311	6.238.022	6.168.554	6.579.339
Escitalopram	36.997.954	41.210.246	37.648.716	36.300.186	48.947.448
Etoferidona	0	0	0	0	0
Fluoxetine	41.310.848	44.967.958	45.331.494	46.799.136	50.983.572
Fluvoxamina	4.714.955	4.975.865	5.153.210	5.282.440	5.633.015
Hiperico	0	0	0	0	0
Imipramina	258.519	262.119	262.247	265.089	270.773
Lofepiramina	0	0	0	0	0
Maprotilina	1.415.852	1.306.984	1.198.686	1.139.082	1.130.801
Mianserina	1.768.905	1.745.110	1.621.875	1.594.425	1.607.900
Milnaciprino	543.624	472.052	442.439	409.322	395.959
Mirtazapina	10.151.694	11.572.241	12.168.979	13.341.853	15.800.331
Moclobemida	651.210	628.375	583.000	557.300	620.405
Nortriptilina	219.363	219.817	227.867	235.833	288.433
Paroxetina	23.420.825	24.439.730	24.217.569	25.071.932	26.717.015
Pirlindol	0	0	0	0	0
Reboxetina	220.910	217.505	187.320	180.110	184.010
Sertralina	43.865.270	50.022.296	52.680.550	58.855.570	67.239.936
Tianeptina	1.607.005	1.530.975	1.392.085	1.291.560	1.247.860
Trazodona	11.737.697	13.002.760	13.926.407	15.172.543	17.342.040
Trimipramina	482.615	470.410	460.028	467.390	495.290
Venlafaxina	17.515.313	19.904.059	21.458.288	23.139.248	26.463.664
Viloxazina	0	0	0	0	0
Total	215.173.155	238.628.301	247.581.831	263.427.159	298.819.043

Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar; a informação posterior a 2009 é proveniente do SIARS e pode vir a sofrer alterações. Fonte: INFARMED, 2014

¹ Terminologia da Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março. Clinicamente utiliza-se a designação "antidepressivos".

Como acima se refere, em análises prévias às do relatório identificado efetuadas pelo INFARMED, verificou-se que os medicamentos psicotrópicos constituem um dos grupos terapêuticos com maior peso no consumo do SNS, nomeadamente à custa do crescimento de antipsicóticos e antidepressores. No caso destes últimos, a taxa de crescimento é muito elevada (240%), passando de 26 DHD em 2000 para 88 DHD em 2012, com abrandamento do crescimento desde 2010.

O crescimento registado no grupo dos antidepressivos, para além de decorrer da redução de custos, sobretudo após a introdução de genéricos, resulta sobretudo dos antidepressivos de última geração terem, comparativamente com os seus antecessores (IMAOS, tricíclicos e derivados), menor toxicidade e menos efeitos acessórios, para além de no geral permitirem doses únicas diárias, ou quando muito a cada 12h.

O registo de elevadas taxas de comorbilidade com as perturbações de ansiedade (40% em média) e a pequena expressão da ocorrência de fenómenos de tolerância e dependência, justificaram que nas principais *guidelines* psiquiátricas os antidepressores sejam indicados, em detrimento das benzodiazepinas, como fármacos de 1ª linha nas perturbações da ansiedade.

A circunstância de, ao contrário dos tricíclicos e derivados, os antidepressores de nova geração não serem potenciais agentes utilizados com intenção suicida por intoxicação voluntária, viabilizou a sua maior prescrição por médicos não psiquiátricos, aspeto não despiendo no significativo aumento de vendas.

Quadro 68. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)

DCI	2009	2010	2011	2012	2013
Almitrina	0	0	0	0	0
Almitrina + Raubasina	0	0	0	0	0
Atomoxetina	0	0	98	18	0
Metilfenidato	2.937.039	3.521.979	4.410.295	5.230.241	6.515.293
Sibutramina	1694	84	0	0	0
Total	2.938.733	3.522.063	4.410.393	5.230.259	6.515.293

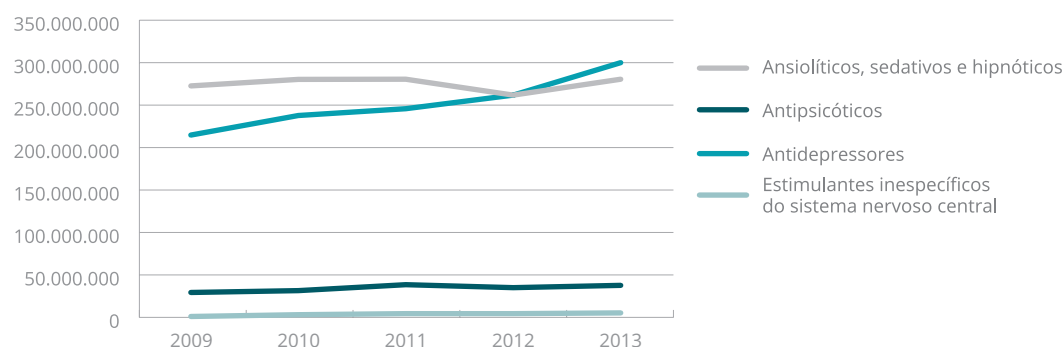
Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar; a informação posterior a 2009 é proveniente do SIARS e pode vir a sofrer alterações. Fonte: INFARMED, 2014

Em recente (28/09/2014) entrevista ao “El País”, Allen Frances, responsável pela coordenação da DSM-IV, mostra, entre outras, preocupação com a elevada influência da indústria farmacêutica do seu país na elaboração da DSM V, nomeadamente através da criação de mais de 40 novas entidades nosológicas, que parece ter respondido sobretudo a interesses económicos com novos fármacos, apresentados como particularmente eficazes na “resolução” das ditas “novas patologias”. Simultaneamente, confronta as taxas médias de prevalência anual de síndromes de hiperatividade infantil (entidade formal distinta de comportamentos ocasionalmente instáveis), com valores médios mundiais entre 2 e 3%, com estudos publicados na Holanda que apontam para taxas de 32% e outros, nos EUA e em adolescentes, entre 11 e 15%. Para além de pôr em causa a idoneidade destes valores, interroga-se sobre as consequências no funcionamento mental das crianças medicadas, precoce e continuamente, com psicofármacos, quando chegarem a adultas.

Com efeito, para além de chamar a atenção para o óbvio – a imaturidade do cérebro até à maioridade e o desconhecimento do efeito, na vida adulta, do consumo de psicotrópicos na infância/adolescência – refere coordenar um estudo internacional sobre esta temática.

Entretanto, enquanto essa evidência não está disponível, vamos sabendo da facilidade com que em Portugal muitos profissionais, licenciados ou não em medicina, sugerem ou mesmo “diagnosticam” “hiperatividade infantil”, recomendando/sugerindo a utilização de fármacos que integram este grupo terapêutico, contribuindo, muito provavelmente, para o significativo aumento de consumo do metilfenidato. Será que esta fúria farmacoterapêutica está isenta de consequências no funcionamento mental futuro de quem é alvo passivo de decisões tão pouco prudentes?

Figura 52. Consumo de psicofármacos e medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central (em DDD), Portugal Continental (2009-2013)



Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) - Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo Serviço Nacional de Saúde, Portugal Continental; neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar; a informação posterior a 2009 é proveniente do SIARS e pode vir a sofrer alterações. Fonte: INFARMED, 2014

6. NOTAS FINAIS / RECOMENDAÇÕES

Como é tradicional, a mortalidade diretamente decorrente de doenças mentais não é quantitativamente expressiva, quer em termos relativos (o seu peso é o penúltimo nas causas de morte associadas às patologias mais relevantes, em percentagem, dos 9 Programas Prioritários de Saúde na mortalidade total, como mostra a Figura 1), quer em termos absolutos (cerca de 10/100.000 habitantes, em 2012, na principal causa de mortalidade – lesões autoprovocadas intencionalmente/ suicídio, como expresso no Quadro 1 e na Figura 3).

Contudo, a valoração das consequências para a capacidade produtiva, mormente para os Anos de Vida Ajustados à Incapacidade (DALY) e, sobretudo, dos Anos Vividos com Incapacidade (YLD), explicitadas na Secção 3.3, são esmagadoras quanto às repercussões, em 2010, nas perturbações mentais em Portugal. Colhidos na base de dados do *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)*, esses valores resultam da aplicação ao nosso país do *Global Burden of Disease Study*, uma poderosa ferramenta epidemiológica que tem como objetivo máximo apoiar as tomadas de decisão de estratégias e políticas na área da Saúde.

Se entrosarmos esta leitura da realidade com os resultados do 1.º EENSM (*Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental*) e os do último Eurobarómetro sobre Saúde Mental (n.º 345, de outubro 2010), ambos considerados na Secção 3.1, encontramos elementos objetivos que consubstanciam o modelo assistencial definido pela Lei n.º 36/98 (Lei de Saúde Mental) e pelo Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, verdadeiro *tableau de bord* do respetivo Programa Nacional, como antes da Coordenação Nacional.

Para apoiar a necessária implementação, para além da vontade política, há outros elementos recentes de enorme utilidade:

1. o “Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental”, ainda em versão para discussão pública, coordenado pela ACSS, IP e elaborado em cumprimento do constituído pelo Despacho do SEAMS n.º 3250/2014 (considerado em 4.1);
2. outro relatório, ainda não divulgado, que fixa e compara muitos dados dos 27 países da UE, recentemente concluído pela coordenação (Portuguesa) da *Joint Action of Mental Health and Well-Being*, a divulgar no curto prazo;
3. o relatório do INFARMED “Psicofármacos: evolução do consumo em Portugal Continental (2000–2012)”, considerado no capítulo 5.

Há, contudo, uma questão de fundo, centrada no binómio modelo de financiamento/ composição das equipas comunitárias, que tem sido (e continua a ser) um dos maiores obstáculos à mudança do funcionamento dos serviços: do ponto de vista da distribuição ponderada dos recursos humanos: as equipas de saúde mental em Portugal continuam num patamar de desenvolvimento significativamente inferior ao dos restantes países da Europa Ocidental.

Enquanto este aspeto não se modificar, é compreensível que a intervenção quase exclusivamente psicofarmacológica tenda a ser a resposta predominante, mesmo nas situações em que não está particularmente indicada, de acordo com a evidência científica disponível. O não-investimento em profissionais pode dessa forma traduzir-se indiretamente em maiores gastos em fármacos, como está bem expresso no relatório do INFARMED acima citado, aliás na esteira do que já se vinha evidenciando em outros documentos oficiais (Eurobarometer e relatórios da OCDE).

Uma palavra ainda, de congratulação e esperança, para o que se perspetiva venha a ser desenvolvido com a aplicação dos projetos apoiados financeiramente pelo programa “Iniciativas de Saúde Pública” do Mecanismo Financeiro *EEA Grants* 2009-2014 (consórcio dos países ex-EFTA, integrado pela Noruega, Islândia e Liechtenstein), nomeadamente quanto à prevenção em Saúde Mental, vertente considerada no Plano Nacional 2007-2016 mas que tem sido menos investida face à necessidade premente de responder ao tratamento e reabilitação decorrentes da elevada patologia mental.

Contudo, como se sublinhou na introdução ao relatório de 2013, importa ter presente, como mostraram, nomeadamente, Wilkinson and Pickett (2009), que a qualidade da Saúde Mental dos cidadãos não resulta apenas de atenção e investimentos de responsabilidade direta das áreas governamentais que tutelam a saúde mas de políticas articuladas que, transversalmente, envolvam os sectores oficiais implicados nos indicadores gravosos das desigualdades sociais.

Uma palavra final ao profissionalismo, disponibilidade e entusiasmo com que os Colegas da DSIA (Direção de Serviços de Informação e Análise), em particular da Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização (DESM) nos apoiaram, mais uma vez, na feitura deste documento.

7. NOTAS METODOLÓGICAS

7.1. Mortalidade

Para a análise da mortalidade recorreu-se a dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística, IP, referentes a causas de morte de interesse para os Programas de Saúde Prioritários.

As causas de morte são codificadas com recurso à 10.^a versão da Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID 10), sendo apresentados os seguintes dados e indicadores de mortalidade:

- Número de óbitos;
- Proporção de óbitos pela causa de morte (% em relação ao total de óbitos);
- Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 65 anos) por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (65 e mais anos) por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (menos de 70 anos) por 100.000 habitantes;
- Taxa de mortalidade padronizada (70 e mais anos) por 100.000 habitantes;
- Anos potenciais de vida perdidos;
- Anos de vida ganhos.

Os valores destes indicadores para os anos 2008-2012 são analisados por sexo e por local de residência (até ao nível correspondente a Região de Saúde). As taxas de mortalidade padronizadas foram calculadas com base em grupos etários quinquenais.

Apresentam-se, ainda, taxas de mortalidade padronizadas por lesões autoprovocadas intencionalmente para os países da União Europeia. Estes dados, desagregados por sexo, referem-se ao ano 2011 e são apresentados para todas as idades, para a faixa etária 0 a 64 anos e para a faixa etária 65 e mais anos. Foram recolhidas das bases de dados de mortalidade da Organização Mundial de Saúde / Região Europa.

Neste capítulo foram utilizadas as seguintes definições:

- **Anos potenciais de vida perdidos (APVP)** - Número de anos que, teoricamente, uma determinada população deixa de viver se morrer prematuramente (antes dos 70 anos). Resulta da soma dos produtos do número de óbitos ocorridos em cada grupo etário pela diferença entre o limite superior considerado e o ponto médio do intervalo de classe correspondente a cada grupo etário.
- **Anos de vida ganhos** - Cálculo realizado com base na redução percentual de APVP.
- **Óbito** - Cessaçã irreversível das funções do tronco cerebral.
- **Proporção de óbitos pela causa de morte** - Quociente entre o número de óbitos pela causa de morte específica e o total de óbitos por todas as causas de morte (expressa em percentagem).
- **Taxa de mortalidade** - Número de óbitos observado durante um determinado período de tempo, normalmente um ano civil, por uma determinada causa de morte, referido à população média desse período (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes).
- **Taxa de mortalidade padronizada pela idade** - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades, a uma população padrão cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976)

definida pela Organização Mundial de Saúde.

- **Taxa de mortalidade padronizada pela idade (no grupo etário)** - Taxa que resulta da aplicação das taxas brutas de mortalidade por idades (no grupo etário), a uma população padrão (no grupo etário) cuja composição etária é fixa e se distribui pelos mesmos grupos etários das taxas brutas de mortalidade (expressa em número de óbitos por 100.000 habitantes). Cálculo com base na população padrão europeia (IARC, Lyon 1976) definida pela Organização Mundial de Saúde.

No Quadro A 1 encontram-se listadas as causas de morte apresentadas no gráfico com a proporção de óbitos pela causa de morte.

Quadro A 1 – Causas de morte consideradas para calcular o peso das causas de morte associadas aos Programas Prioritários na mortalidade total e respetivos códigos da CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Programa de Prevenção e Controlo de Infecção e Resistências aos Antimicrobianos	
Septicémia estreptocócica	A40
Outras septicémias	A41
Infecção bacteriana de localização não especificada	A49
Staphylococcus aureus, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B956
Outros estafilococos como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B957
Estafilococo não especificado, como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B958
Klebsiella pneumoniae [M pneumoniae], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B961
Escherichia coli [E. Coli], como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B962
Pseudomonas (aeruginosa) (mallei) (pseudomallei), como causa de doenças classificadas em outros capítulos	B965
Pneumonia devida a Streptococcus pneumoniae	J13
Pneumonia devida a Haemophilus influenzae	J14
Pneumonia bacteriana não classificada em outra parte	J15
Pneumonia por microorganismo não especificado	J18
Cistite aguda	N300
Infecção puerperal	O85
Outras infecções puerperais	O86
Septicemia bacteriana do recém-nascido	P36
Infecção subsequente a procedimento não classificada em outra parte	T814
Infecção e reação inflamatórias devidas à prótese valvular cardíaca	T826
Infecção e reação inflamatórias devidas a outros dispositivos, implantes e enxertos cardíacos e vasculares	T827
Infecção e reação inflamatória devidas à prótese articular interna	T845
Infecção e reação inflamatória devidas a dispositivo de fixação interna [qualquer local]	T846
Infecção e reação inflamatória devidas a outros dispositivos protéticos, implantes e enxertos ortopédicos internos	T847
Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA	
Tuberculose	A15-A19, B90
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]	B20-B24

Causas de morte (continuação)	Código (CID 10)
Programa Nacional para as Doenças Oncológicas	
Tumor maligno do estômago	C16
Tumor maligno do cólon	C18
Tumor maligno do reto	C20
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão	C33-C34
Tumor maligno da mama (feminina)	C50
Tumor maligno do colo do útero	C53
Tumor maligno do corpo do útero	C54
Tumor maligno da próstata	C61
Tumor maligno da bexiga	C67
Linfoma não-Hodgkin	C82, C83, C85
Programa Nacional para a Diabetes	
Diabetes	E10-E14
Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável	
Desnutrição e outras deficiências nutricionais	E40-E64
Obesidade e outras formas de hiperalimentação	E65-E68
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional para as Prevenção e Controlo do Tabagismo	
Doenças relacionadas com o tabaco (tumores malignos do lábio, cavidade oral e faringe; tumores malignos da laringe, traqueia, brônquios e pulmão; tumor maligno do esófago; doença isquémica cardíaca, doenças cerebrovasculares; doenças crónicas das vias aéreas inferiores)	C00-C14, C32-C34, C15, I20-I25, I60-I69, J40-J47
Programa Nacional para as Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45

No Quadro A 2 encontram-se listadas as causas de morte estudadas no âmbito específico deste relatório.

Quadro A 2 - Causas de morte consideradas para o Programa Nacional para a Saúde Mental e respetivos códigos da CID 10

Causas de morte	Código (CID 10)
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I426, K70, K85-K860, X45
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool	F10

7.2. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários

Os indicadores relacionados com a atividade e produção das unidades funcionais de Cuidados de Saúde Primários foram obtidos por consulta aos cinco Sistemas de Informação das Administrações Regionais de Saúde (SIARS). Estes sistemas integram informação de natureza clínica proveniente do Sistema de Apoio ao Médico (SAM) e do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), assim como dados administrativos do Sistema de Informação para Unidades de Saúde (SINUS). Para codificar a atividade clínica nos Cuidados de Saúde Primários é utilizada a Classificação Internacional Cuidados de Saúde Primários, versão 2 (ICPC-2).

Para cálculo da proporção (ou número) de utentes inscritos ativos com diagnóstico de determinado problema de saúde foi considerada a seguinte definição:

- **Inscrição ativa** - Permite especificar que o utente tem “Primeira inscrição nos cuidados primários” (código de SINUS 1) ou “Transferido de inscrição primária” (código de SINUS 2). O conceito de inscrição ativa não inclui “utentes esporádicos” (código de SINUS 3), nem “utentes adormecidos” (código de SINUS 9), nem outras formas de inscrição. Trata-se do tipo de inscrição válido para que o utente seja incluído na generalidade dos indicadores da contratualização (conceito R049 definido no documento: “Bilhete de identidade dos indicadores de contratualização dos Cuidados de Saúde Primários no ano de 2014”, ACSS).

7.3. Carga global da doença

O estudo *Global Burden of Disease 2010 (GBD 2010)* tem como objetivo a quantificação dos níveis e tendências de perda de saúde devidas a doenças, lesões e factores de risco. Este projeto é coordenado pelo *Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)* e conta com a colaboração de 488 autores de 300 instituições em mais de 50 países. Em 2013 foram disponibilizadas estimativas nacionais para a carga da doença, quantificadas pelo número de óbitos e pelos indicadores anos potenciais de vida perdidos (YLL), anos vividos com incapacidade (YLD) e anos de vida ajustados à incapacidade (DALY), para os anos 1990 e 2010, por doença, lesão e fator de risco, segundo idade e sexo. Estes dados incluem números absolutos, taxas e percentagens.

As definições destes indicadores são as seguintes:

Anos vividos com incapacidade (YLD) – Anos de vida vividos com qualquer tipologia de incapacidade (IHME; 2013).

Anos de vida ajustados à incapacidade (DALY) - Indicador de saúde baseado no cálculo dos anos de vida esperados, em qualquer população, após ajustamento aos dias de incapacidade conhecidos ou estimados na mesma população. Resulta do somatório dos anos potenciais de vida perdidos (YLL) com os anos vividos com incapacidade (YLD). Os anos de vida ajustados à incapacidade são também definidos como anos de vida saudáveis perdidos (Last, J.; 1988, DEPS; 1994).

No Quadro A 3 encontram-se listadas as causas de doença consideradas para a elaboração dos gráficos comparativos da proporção de DALY e de YLD atribuíveis a cada Programa Prioritário de Saúde.

Quadro A 3 – Causas de doença, lesão e incapacidade consideradas para calcular o peso das causas associadas aos Programas Prioritários na Carga Global de Doença

Causas de doença, lesão e incapacidade
Programa Nacional para a Infecção VIH/SIDA
Tuberculose
Doença pelo vírus da imunodeficiência humana [VIH]
Programa Nacional para as Doenças Oncológicas
Tumor maligno do estômago
Tumor maligno do cólon
Tumor maligno do reto
Tumor maligno da traqueia, brônquios e pulmão
Tumor maligno da mama (feminina)
Tumor maligno do colo do útero
Tumor maligno do corpo do útero
Tumor maligno da próstata
Tumor maligno da bexiga
Linfoma não-Hodgkin
Programa Nacional para a Diabetes
Diabetes
Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares
Doenças isquémicas do coração
Doenças cerebrovasculares

Causas de doença, lesão e incapacidade (continuação)
Programa Nacional para as Doenças Respiratórias
Asma
Doença pulmonar obstrutiva crónica
Doenças do interstício pulmonar
Programa Nacional para a Saúde Mental
Esquizofrenia
Perturbações induzidas pelo álcool
Perturbações pela utilização de substâncias
Perturbações depressivas
Perturbações bipolares
Perturbações da ansiedade
Perturbações do comportamento alimentar
Perturbações globais do desenvolvimento
Perturbações disruptivas do comportamento e de défice da atenção
Deficiência intelectual
Outras perturbações mentais e do comportamento
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)

Neste relatório analisaram-se os anos vividos com incapacidade pelas causas de doença apresentadas no Quadro A 3 como associadas ao PNSM, não tendo sido considerada a causa Lesões autoprovocadas intencionalmente, por o indicador escolhido para análise (YLD) medir apenas a componente de morbili-
dade da carga global da doença.

Os dados foram estudados por sexo (ambos os sexos, sexo masculino, sexo feminino), para todas as idades e, adicionalmente, por grupos etários considerados relevantes no contexto do PNSM: 15-49 anos, 50-69 anos e 70 e mais anos.

7.4. Mortalidade e morbilidade hospitalar

No que se refere à informação referente à morbilidade hospitalar no SNS os apuramentos foram obtidos a partir das bases de dados dos Grupos de Diagnóstico Homogêneos (GDH), que são anualmente postas à disposição da Direção-Geral da Saúde pela Administração Central do Sistema de Saúde, IP. A informação foi recolhida nos hospitais do SNS que integram as cinco Administrações Regionais de Saúde. Realça-se que os resultados obtidos devem ser interpretados com cuidado pois estão ainda sujeitos a consolidação.

No capítulo da morbilidade hospitalar foram utilizadas as seguintes definições:

Hospital – estabelecimento de saúde com serviços diferenciados, dotado de capacidade de internamento, de ambulatório (consulta e urgência) e de meios de diagnóstico e de terapêutica, com o objetivo de prestar à população assistência médica curativa e de reabilitação competindo-lhe também colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica (atualmente, os hospitais classificam-se consoante a capacidade de intervenção técnica, as áreas de patologia e a entidade proprietária, em hospital central e distrital, hospital geral e especializado e em hospital oficial e particular, respetivamente).

Internamento – conjunto de serviços destinados a situações em que os cuidados de saúde são prestados a indivíduos que, após serem admitidos, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico, tratamento, ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, uma noite.

Utentes Saídos no Ano (US) – Utentes que deixaram de permanecer nos serviços de internamento do estabelecimento, devido a alta, num determinado ano (inclui tanto casos de internamento como casos de ambulatório).

Dias de Internamento no Ano (DI) – total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento. Calcula-se com a seguinte fórmula:

$$\text{Dias de internamento (DI)} = \sum_{i=1}^{DS} DI_i \text{ onde } DI_i \text{ é a demora do episódio de internamento}_i$$

Demora Média² de Internamento no Ano – média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos utentes saídos e o número total de utentes saídos no ano. Calcula-se com a seguinte fórmula:

$$\text{Demora Média (DM)} = \frac{DI}{US}$$

Day Case (DC) – utentes que permaneceram no internamento por período inferior a um dia, excluindo aqueles que tendo sido internados faleceram durante o primeiro dia de internamento.

Casos de ambulatório (Amb) – utentes que não foram internados

$$\text{Taxa de letalidade (\%O)} = \frac{\text{Óbitos}}{DS} \times 100$$

Número de episódios de internamento no ano (Ep.Int) – número de episódios de internamento (US – AMB)

² Média do tempo de internamento

Número de indivíduos internados no ano (Indivíduos Int.) – número de indivíduos a que correspondem os episódios de internamento do ano

Número de indivíduos internados apenas uma vez no ano (Indivíduos 1 Int.) – Número de indivíduos que no ano registaram um único internamento

Número de indivíduos internados mais do que uma vez no ano (Indivíduos >1 Int.) – Número de indivíduos que no ano registaram mais do que um internamento

Número de segundos internamentos no ano (Segundos Int.)

= Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.

Percentagem de segundos internamentos (Segundos Int.)

= (Ep.Int – Indivíduos 1 Int. – Indivíduos >1 Int.)/(EP.Int.)*100%

Quadro A 4 – Siglas utilizadas no capítulo Morbilidade hospitalar

Designação	Sigla
Utentes Saídos	US
Dias de Internamento	DI
Day cases	DC
Óbitos	O
Casos de Ambulatório	Amb
Demora Média ou Média do tempo de internamento	DM
Número de Doentes Saídos	N
% de Óbitos	%O
Número de Episódios de Internamento	Ep.Int
Número de Indivíduos Internados	Indivíduos Int.
Número de Indivíduos Internados apenas uma vez no ano	Indivíduos 1 Int.
Número de Indivíduos Internados mais do que uma vez no ano	Indivíduos >1 Int.
Número de segundos internamentos no ano	Segundos Int.
Percentagem de segundos internamentos no ano	% Segundos Int.

Os dados apresentados referem-se às doenças agrupadas nos GDH com os códigos indicados no Quadro A 5, assim como aos diagnósticos principais listados no Quadro A 6, codificados através da 9.ª versão da Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica (CID 9 MC).

Quadro A 5 - Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH

Designação	Código (GDH)
Neuroses Depressivas	426
Neuroses excepto as Depressivas	427
Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos	428
Psicoses	430
Perturbações Mentais da Infância	431

Código GDH de acordo com agrupador All Patients DRG, versão 27.0 (Portaria n.º 20/2014, de 29 de janeiro)

Quadro A 6 - Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC

Designação	Código (CID 9 MC)
Demências	290
Perturbações Mentais Induzidas por Drogas	292
Psicoses Esquizofrénicas	295
Psicoses Afetivas	296
Perturbações Delirantes	297
Psicoses não orgânicas NCOP	298
Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes	300
Anorexia Nervosa	307.1
Bulimia Nervosa	307.51
Perturbação de Comportamento NCOP	312

NCOP – não codificado em outra parte

7.5. Dispensa de medicamentos

A fonte dos dados de consumo de medicamentos é a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. (INFARMED). Para apurar o número de Doses Diárias Definidas (DDD) consumidas apenas podem ser contabilizadas as embalagens de medicamentos com DDD atribuída. A DDD foi atribuída com base na Anatomical Therapeutic Chemical (ATC) 2014. Existem medicamentos que não têm DDD atribuída pelo que os dados dos mesmos não foram apresentados. Os dados finais de consumo do SNS em DDD obedecem a um desfasamento temporal de, pelo menos, dois meses.

O consumo em ambulatório refere-se ao consumo de medicamentos comparticipados e dispensados em regime de ambulatório à população abrangida pelo SNS, Portugal Continental, no período em análise. Neste universo não estão incluídos os medicamentos relativos ao internamento hospitalar. Os dados são recolhidos a partir da informação disponibilizada pelo Centro de Conferência de Faturas, estando a mesma sujeita a atualizações.

A interpretação da evolução do consumo global de medicamentos em ambulatório, em Portugal, é dificultada pelo facto de, a partir de 2010, os dados passarem a incluir os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE prescritos em locais públicos e, a partir de 2013, passarem a incluir também os medicamentos comparticipados adquiridos por beneficiários da ADSE (prescritos em locais públicos e privados) e dos sistemas de assistência na doença da GNR e PSP, que entretanto passaram a ser asseguradas pelo SNS.

O consumo em meio hospitalar refere-se ao consumo de medicamentos dispensados nos estabelecimentos hospitalares do SNS com gestão pública. O Código Hospitalar Nacional do Medicamento (CHNM), utilizado para reporte dos dados de consumo ao INFARMED, não está implementado nos hospitais PPP e nos hospitais privados. Os dados apresentados referem-se ao consumo em internamento (estão, no entanto, mapeados os medicamentos consumidos nos serviços de urgência), excluindo-se apenas os medicamentos prescritos nos Serviços de Urgência e de Consulta Externa que são dispensados em farmácia comunitária.

Bibliografia

- Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (2014). Relatório do Grupo de Trabalho para a Avaliação da Situação da Prestação de Cuidados de Saúde Mental e das Necessidades na Área da Saúde Mental (versão para discussão pública) Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/docs/Relat+%C2%A6rio%20Sa+%C2%A6de%20Mental%20%28VF%29.pdf> consultado a 08-08-2014.
- Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1). Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Saúde Mental em Números 2013. Lisboa
- Direção-Geral da Saúde (2014). SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito). Acedido em Setembro de 2014. Disponível em <http://www.dgs.pt/> através de SICO.
- European Commission (2010). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy. Seattle, WA: IHME, 2013. Disponível em <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- WHO (1996). The Global Burden of Diseases: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Murray C. and Lopez (Eds.). Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank
- WHO (2014). Global status report on alcohol and health. Geneva
- Wilkinson, R and Pickett, K (2009). The Spirit Level. Why Equality is better for Everyone acedido em novembro de 2014. Disponível em <https://www.dur.ac.uk/resources/wolfson.institute/events/Wilkinson372010.pdf>

Índice de Quadros

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Portugal Continental (2008-2012)	11
Quadro 2. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Doenças Atribuíveis Ao Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)	12
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a Perturbações Mentais e Comportamentais devidas ao Uso de Álcool, Portugal Continental (2008-2012)	13
Quadro 4. Vítimas mortais de acidente de viação (condutor do veículo) autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses* - rastreio e confirmação de substâncias psicotrópicas, Portugal (2009-2013)	14
Quadro 5. Vítimas mortais de acidente de viação (condutor do veículo) autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses* - distribuição dos casos positivos, Portugal (2009-2013)	14
Quadro 6. Casos com suspeita de suicídio no registo de entrada do cadáver autopsiadas pelo Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses, Delegação do Sul (2008-2012)	15
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Norte (2008-2012)	16
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Centro (2008-2012)	16
Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2008-2012)	17
Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Alentejo (2008-2012)	17
Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por sexo, Região de Saúde do Algarve (2008-2012)	18
Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Região Autónoma dos Açores (2008-2012)	18
Quadro 13. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), Região Autónoma da Madeira (2008-2012)	18
Quadro 14. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, por sexo e grupo etário, Estados Membros da UE (2011)	22
Quadro 15. Comparação da prevalência das perturbações psiquiátricas nos adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)	25
Quadro 16. Correlações das variáveis demográficas com perturbações psiquiátricas (DSM-IV) nos últimos 12 meses, Portugal (2013)	26
Quadro 17. Percentagem de mulheres e homens que utilizam os Serviços, Portugal (2013)	27
Quadro 18. Percentagem de mulheres e homens que usaram psicofármacos nos 12 meses anteriores à entrevista, Portugal (2013)	28
Quadro 19. Proporção de utentes com registo de Demência entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	29
Quadro 20. Proporção de utentes com registo de Perturbações da Ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	30
Quadro 21. Proporção de utentes com registo de Perturbações Depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	30

Quadro 22. Anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento: posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, número e percentagem do total de anos vividos com incapacidade, Portugal (1990)	36
Quadro 23. Anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento: posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, número e percentagem do total de anos vividos com incapacidade, Portugal (2010)	36
Quadro 24. Anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento: evolução da posição relativa no conjunto das 144 causas de incapacidade, Portugal (1990 e 2010)	37
Quadro 25. Variação da taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes (%), Portugal (1990 a 2010)	38
Quadro 26. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	39
Quadro 27. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo feminino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	40
Quadro 28. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo masculino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	41
Quadro 29. Número de lugares de internamento de Psiquiatria de Adultos no Sector Público, por distrito (2013)	44
Quadro 30. Número de lugares de internamento em Psiquiatria Forense no Sector Público, por entidade hospitalar (2013)	45
Quadro 31. Número de lugares de internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência no Sector Público, por entidade hospitalar (2013)	46
Quadro 32. Número de lugares de reabilitação psicossocial no Sector Público, por entidade hospitalar (2013)	46
Quadro 33. Número de lugares de internamento no Sector Social, por entidade (2013)	47
Quadro 34. Número de lugares em unidades de reabilitação psicossocial no Sector Social, por entidade (2013)	48
Quadro 35. Estruturas de Cuidados Continuados de Saúde Mental (Despacho Conjunto nº 407/98 de 18/06), por tipo de unidade (2013)	49
Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2009-2013)	50
Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2009-2013)	51
Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses, Portugal Continental (2009-2013)	51
Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Esquizofrénicas, Portugal Continental (2009-2013)	52
Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Afetivas, Portugal Continental (2009-2013)	53
Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Delirantes, Portugal Continental (2009-2013)	53
Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses não Orgânicas NCOP, Portugal Continental (2009-2013)	54
Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, Portugal Continental (2009-2013)	55
Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)	56

Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses excepto as Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)	56
Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos, Portugal Continental (2009-2013)	57
Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbação de Comportamento NCOP, Portugal Continental (2009-2013)	58
Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)	58
Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)	60
Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)	60
Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)	61
Quadro 52. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais da Infância, Portugal Continental (2009-2013)	62
Quadro 53. Caracterização da produção hospitalar (utentes saídos), relativos a Perturbações Mentais da Infância, por Região de Saúde, sexo e grupo etário abaixo dos 18 anos (2009-2013)	63
Quadro 54. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais Induzidas por Drogas, Portugal Continental (2009-2013)	64
Quadro 55. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, por Região de Saúde (2012 e 2013)	65
Quadro 56. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas*, por Região de Saúde (2012 e 2013)	66
Quadro 57. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, por Região de Saúde (2012 e 2013)	67
Quadro 58. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não Orgânicas NCOP*, por Região de Saúde (2012 e 2013)	68
Quadro 59. Número de consultas de Psiquiatria de Adultos por 1.000 habitantes, por Região de Saúde (2012-2013)	69
Quadro 60. Proporção de primeiras consultas no total de consultas de Psiquiatria de Adultos, por Região de Saúde (2012-2013)	69
Quadro 61. Número de consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência por 1.000 habitantes, por Região de Saúde (2012-2013)	70
Quadro 62. Proporção de primeiras consultas no total de consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, por Região de Saúde (2012-2013)	71
Quadro 63. Taxa de ocupação no Sector Social, por entidade (2012-2013)	72
Quadro 64. Caracterização da produção em unidades residências/reabilitação psicossocial no Sector Social, por entidade (2012-2013)	73
Quadro 65. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)	76
Quadro 66. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antipsicóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)	77
Quadro 67. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antidepressores, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013)	78

Quadro 68. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2009-2013) **79**

Índice de Figuras

Figura 1. Peso das causas de morte, associadas aos problemas de saúde abordados pelos Programas de Saúde Prioritários, na mortalidade total (%), Portugal Continental (2007-2012)	10
Figura 2. Anos de vida ganhos, Portugal Continental (2008-2012)	10
Figura 3. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)	11
Figura 4. Anos potenciais de vida perdidos por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio) por sexo, Portugal Continental (2008-2012)	12
Figura 5. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Doenças Atribuíveis Ao Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)	13
Figura 6. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Perturbações Mentais e Comportamentais devidas ao Uso de Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2008-2012)	13
Figura 7. Taxa de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, por sexo e local de residência (2012)	15
Figura 8. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Norte (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)	19
Figura 9. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Centro (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)	19
Figura 10. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Lisboa (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)	20
Figura 11. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região do Alentejo (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)	20
Figura 12. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região do Algarve (NUTS - 2002), por grupo etário e sexo (2012)	20
Figura 13. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma dos Açores, por grupo etário e sexo (2012)	21
Figura 14. Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma da Madeira, por grupo etário e sexo (2012)	21
Figura 15. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, todas as idades, Estados Membros da UE (2012 ou último ano disponível)	23
Figura 16. Prevalência anual das perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), Portugal (2013)	24
Figura 17. Prevalência de vida das perturbações psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofrénicas e delirantes), Portugal (2013)	24
Figura 18. Proporção de utentes com registo de Demência entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	29
Figura 19. Proporção de utentes com registo de Perturbações da Ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	30
Figura 20. Proporção de utentes com registo de Perturbações Depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2013)	30

Figura 21. Carga global das doenças associadas aos Programas Prioritários, em DALY, Portugal (2010)	32
Figura 22. Carga global das doenças associadas aos Programas Prioritários, em YLD, Portugal (2010)	33
Figura 23. Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em DALY, Portugal (2010)	34
Figura 24. Carga global das doenças associadas ao Programa Nacional para a Saúde Mental, em YLD, Portugal (2010)	35
Figura 25. Variação da taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes (%), Portugal (1990 a 2010)	38
Figura 26. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população de ambos os sexos, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	39
Figura 27. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo feminino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	41
Figura 28. Taxa de anos vividos com incapacidade devido a Perturbações Mentais e do Comportamento na população do sexo masculino, por 100.000 habitantes, por grupo etário, Portugal (2010)	42
Figura 29. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2009-2013)	50
Figura 30. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2009-2013)	51
Figura 31. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses, Portugal Continental (2009-2013)	52
Figura 32. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, Portugal Continental (2009-2013)	52
Figura 33. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas, Portugal Continental (2009-2013)	53
Figura 34. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, Portugal Continental (2009-2013)	54
Figura 35. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses não Orgânicas NCOP, Portugal Continental (2009-2013)	54
Figura 36. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, Portugal Continental (2009-2013)	55
Figura 37. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)	56
Figura 38. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses exceto as Depressivas, Portugal Continental (2009-2013)	57
Figura 39. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos, Portugal Continental (2009-2013)	57
Figura 40. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbação de Comportamento NCOP, Portugal Continental (2009-2013)	58
Figura 41. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)	59
Figura 42. Evolução da produção hospitalar relativa a Bulimia Nervosa, Portugal Continental (2009-2013)	61
Figura 43. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2009-2013)	62
Figura 44. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais da Infância, Portugal Continental (2009-2013)	62
Figura 45. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais Induzidas por Drogas, Portugal Continental (2009-2013)	64

Figura 46. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, Portugal Continental (2011-2013)	65
Figura 47. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas*, Portugal Continental (2011-2013)	66
Figura 48. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, Portugal Continental (2011-2013)	67
Figura 49. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não Orgânicas NCOP*, Portugal Continental (2011-2013)	68
Figura 50. Total de consultas e proporção de primeiras consultas de Psiquiatria de Adultos, Portugal Continental (2012-2013)	70
Figura 51. Total de consultas e proporção de primeiras consultas de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Portugal Continental (2012-2013)	71
Figura 52. Consumo de psicofármacos e medicamentos estimulantes inespecíficos do sistema nervoso central (em DDD), Portugal Continental (2009-2013)	80



Alameda D. Afonso Henriques, 45
1049-005 Lisboa – Portugal
Tel.: +351 218 430 500
Fax: +351 218 430 530
E-mail: geral@dgs.pt