



PORTUGAL

Saúde Mental em Números - 2015

Programa Nacional
para a Saúde Mental



PORTUGAL

Saúde Mental em Números - 2015

Programa Nacional
para a Saúde Mental



Portugal. Direção-Geral da Saúde.
Direção de Serviços de Informação e Análise
Portugal – Saúde Mental em Números – 2015
ISSN: 2183-1505
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
Ana Paula Soares
Ana Lisette Oliveira
Tânia Mendanha
Carolina Silva
Matilde Valente Rosa
Maria Isabel Alves
José Martins

Com a colaboração:

INFARMED (Direção de Informação e Planeamento Estratégico)
INMLCF (Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses)
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra
Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa

LAYOUT

Pinto Design e Comunicação
Calçada Santo António, nº9 R/C Dtº . 1150-313 Lisboa
Lisboa, março 2016

ÍNDICE

| SIGLAS	6
| 1. NOTAS INTRODUTÓRIAS	8
| 2. MORTALIDADE	12
2.1. Mortalidade geral e prematura	12
2.2. Mortalidade associada ao suicídio e ao consumo de álcool e de psicotrópicos	13
2.2.1. Caracterização da mortalidade por suicídio e por doenças atribuíveis ao álcool	13
2.2.2. Caracterização da mortalidade por acidentes de viação e por suicídio associados ao consumo de psicotrópicos	17
2.2.3. Caracterização da mortalidade por suicídio por local de residência	18
2.2.3.1. Segundo o sexo	18
2.2.3.2. Segundo o grupo etário	22
2.2.3.3. Evolução no período 2010-2014, segundo o sexo e grupo etário	25
2.2.4. Evolução da mortalidade por suicídio segundo o sexo, grupo etário e meio utilizado	28
2.2.5. Caracterização da mortalidade por suicídio nos Estados Membros da União Europeia	31
| 3. MORBILIDADE E IMPACTO GLOBAL DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS	34
3.1. Registo de utentes com perturbações mentais nos Cuidados de Saúde Primários	34
| 4. CAPACIDADE DISPONÍVEL	36
4.1. Funcionamento	36
4.1.1. Hospitais	36
4.1.1.1. Produção hospitalar	36
4.1.1.2. Caracterização dos episódios de internamento	52
| 5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS	59
5.1. Evolução em Portugal Continental 2010-2014	60
5.2. Top 10 segundo a denominação comum internacional no ano 2014	61
5.3. Variações da dose diária consumida por DCI, tendo como referência o ano 2010	62
5.4. Dose diária definida associada ao consumo de psicofármacos por grupo etário em 2014	63
| 6. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LICITAS E ILÍCITAS	67
6.1. Crianças e adolescentes	67
6.2. Adolescentes e adultos	69
6.3. Comparação internacional de consumo de álcool: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico – 34 países	74

| 7. APOIO À ESTRUTURAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE INTERVENÇÃO EM DEMÊNCIAS	75
7.1. Apoio à produção de evidência científica – Estudo sobre necessidades de cuidados a pessoas com demência	75
7.2. Estudo de opinião sobre as demências	78
7.2.1 Enquadramento e objetivos	78
7.2.2 Resultados	78
7.2.2.1 Participantes	78
7.2.2.2 Experiência pessoal	79
7.2.2.3 Perceção sobre o diagnóstico	80
7.2.2.4 Causas e sintomas	81
7.2.2.5 Perceção sobre o tratamento	81
7.2.2.6 Perceção sobre a opinião de terceiros	82
7.2.2.7 Preocupação face à doença	82
| 8. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL	86
8.1. Resultados	86
8.2. Resumo das recomendações da <i>Joint Action on Mental Health and Well-being</i>	93
| 9. NOTAS FINAIS / RECOMENDAÇÕES	97
| 10. NOTAS METODOLÓGICAS	99
10.1. Mortalidade	99
10.2. Registo de morbilidade nos Cuidados de Saúde Primários	102
10.3. Mortalidade e morbilidade hospitalar	102
10.4. Dispensa de medicamentos	105
| 11. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	106
| 12. ÍNDICE DE QUADROS	107
| 13. ÍNDICE DE FIGURAS	110

SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACES Agrupamento de Centros de Saúde	ENSP Escola Nacional de Saúde Pública
ACSS Administração Central do Sistema de Saúde	EPE Entidade Pública Empresarial
APA <i>American Psychiatric Association</i>	ERC Entidade Reguladora para a Comunicação Social
APVP Anos Potenciais de Vida Perdidos	ERS Entidade Reguladora da Saúde
ARS Administração Regional de Saúde	EUA Estados Unidos da América
ATC <i>Anatomical Therapeutic Chemical classification system</i>	FCM/UNL Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa
BZD Benzodiazepinas	FM/UL Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa
CCISM Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental	GASMI Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil (Região de Saúde do Algarve)
CCPUC Comissão Consultiva para a Participação de Utentes e Cuidadores	GBD <i>Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors</i> (Peso Global da Doença, Lesões e Fatores de Risco)
CE Comunidade Europeia	GDH Grupos de Diagnósticos Homogêneos
CFT Classificação Farmacoterapêutica	H Hospital
CH Centro Hospitalar	ICBAS/UP Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto
CHLC Centro Hospitalar Lisboa Central	HFA Database <i>Health For All Database</i>
CHPL Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa	ICPC-2 <i>International Classification of Primary Care</i> (Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários, versão 2)
CHUC Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra	IHME <i>Institute for Health Metrics and Evaluation</i>
CID-10 Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10. ^a revisão	IMAOS Inibidores da Monoamina Oxidase
CID-9-MC Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 9. ^a revisão - Modificação Clínica	INE Instituto Nacional de Estatística
CRPD <i>Convention of the Rights of Persons with Disabilities</i> (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade)	INFARMED Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
CSP Cuidados de Saúde Primários	INMLCF Instituto Nacional de Medicina Legal e Ciências Forenses
DALY <i>Disability-Adjusted Life Year</i> (Anos de vida ajustados à incapacidade)	IP Instituto Público
DC <i>Day Case</i>	IPSS Instituições Particulares de Solidariedade Social
DCI Designação Comum Internacional (medicamentos)	ISMAI Instituto Superior da Maia
DDD <i>Defined Daily Dose</i> (Dose Diária Definida)	LVT Lisboa e Vale do Tejo
DGS Direção-Geral da Saúde	NCOP Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
DHD Dose Diária Definida por 1000 habitantes e por dia	NUTS Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)
DL Decreto-Lei	OECD <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i> (OCDE - Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Económico)
DSM <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual de Diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais)	OMS Organização Mundial da Saúde (WHO)
EEA <i>European Economic Area</i> (Espaço Económico Europeu)	ONG Organização Não Governamental
EENSM Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental	ONU Organização das Nações Unidas
EFTA <i>European Free Trade Association</i> (Associação Europeia de Comércio Livre)	OR <i>Odds-ratio</i>

- 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 Infeção VIH/SIDA
- PNSM** Programa Nacional para a Saúde Mental
- PPCIRA** Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos
- RCM** Resolução do Conselho de Ministros
- RNCCISM** Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental
- SAM** Sistema de Apoio ao Médico (aplicação informática em tecnologia Web que tem como base a BD do SONHO)
- SAPE** Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (software aplicacional que usa, como referencial de linguagem, a *International Classification for Nursing Practice* do *International Council of Nurses* – CIPE)
- SEAMS** Secretário de Estado Adjunto e da Saúde
- SIARS** Sistema de Informação de ARS
- SICAD** Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (ex IDT- Instituto da Droga e da Toxicod dependência)
- SICO** Sistema de Informação dos Certificados de Óbito
- SINUS** Sistema de Informação para Unidades de Saúde
- SNC** Sistema Nervoso Central
- SNS** Serviço Nacional de Saúde
- SPMS** Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- SU** Serviço de Urgência
- UE** União Europeia
- ULS** Unidade Local de Saúde
- UNIFAI** Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos
- 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)

NOTAS INTRODUTÓRIAS

Como aconteceu nas edições anteriores, começamos por passar em revista os pontos relevantes desenvolvidos durante 2015 pelo Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) da DGS, nem todos traduzíveis em quadros e figuras, o principal conteúdo deste relatório.

I. EEA GRANTS

Após concurso público muito disputado, em que a área da Saúde Mental teve a maioria das candidaturas, iniciou-se a aplicação dos projetos aprovados pelo programa “Iniciativas de Saúde Pública”, medida do mecanismo financeiro *EEA Grants*, suportado pelos países ex-EFTA. Tendo em conta o efeito estruturante no desenvolvimento do Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 (aprovado pela RCM n.º 49/2008), primeiro a antiga Coordenação Nacional, entretanto o respetivo Programa Nacional Prioritário da DGS, não só contribuíram ativamente para a definição das 5 subáreas a concurso, como para o processo de avaliação das 84 candidaturas (o total mais expressivo, como já referido, entre as áreas a concurso nacional no âmbito do Ministério da Saúde).

Pela sua importância consideremos, sumariamente, os respetivos conteúdos, por subáreas, referindo que, por recomendação regulamentar do concurso, a generalidade das equipas de investigadores nacionais se apoia em reputados consultores internacionais:

1. Revisão do sistema de financiamento e gestão da Saúde Mental, ganho pelo projeto *“Melhoria do Sistema Português de Saúde Mental: avaliação do seu desempenho e conceção de um novo modelo financeiro e organizacional visando reforçar a equidade, eficiência e qualidade”*. Liderado por uma equipa da ENSP, aponta para que o “financiamento siga o doente”, a exemplo do que já se aplica noutras áreas da saúde, perspetivando viabilizar assim, nomeadamente e de modo relevante, o modelo da saúde mental comunitária.

2. Promoção da Saúde Mental nos locais de trabalho e apoio a grupos mais afetados pela crise económica, em que foi selecionado um projeto de responsabilidade de uma equipa da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, tendo por título *“Health-Employment: Rede de promoção da saúde mental para desenvolver a capacidade e reduzir as desigualdades para os trabalhadores e desempregados”*.

3. No contexto da implementação do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017 e dado que, internacionalmente, a entidade “depressão major” é a mais prevalente nas autópsias psicológicas a pessoas que consumaram o suicídio, com o intuito de melhorar a capacitação diagnóstica e terapêutica da patologia depressiva pelos profissionais dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), foram consideradas 3 candidaturas:

a. *“Stop Depression: Abordagens terapêuticas escalonadas e soluções digitais para a prevenção da depressão e suicídio nos CSP”*, de autoria de uma equipa do ISMAI (Instituto Superior da Maia);

b. *“PrimeDep: Capacitação sustentada para a depressão e Comportamento Suicida”*, de responsabilidade da EUTIMIA, uma IPSS que representa entre nós a Aliança Europeia contra a Depressão;

c. *“Deteção da depressão perinatal, diagnóstico, prevenção e intervenção precoce nos cuidados de saúde primários”*, da responsabilidade de uma equipa de investigadores da Universidade de Coimbra.

4. O subtema relativo ao “Desenvolvimento de programas para a promoção da Saúde Mental entre as crianças e adolescentes nas escolas”, é desenvolvido por 2 projetos:

a. *“Anos incríveis para a promoção da saúde mental”*, da autoria de uma outra equipa da Universidade de Coimbra;

- b. *“Why School: porquê a Saúde Mental dos jovens baseada na Escola e com ligação aos CSP?”*, subscrito pela EUTIMIA.
5. No subtema “Melhoria do acesso aos Serviços de Saúde Mental em especial de grupos afetados pela crise económica”, foram selecionados 2 projetos:
- a. *“Avaliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental para grupos populacionais afetados pela crise económica – crianças e adolescentes”*, de iniciativa do Departamento de Saúde Mental do Hospital Fernando da Fonseca, EPE (Amadora-Sintra);
- b. *“Avaliar e melhorar o acesso aos serviços de saúde mental das pessoas afetadas pela crise económica e com base numa nova compreensão dos efeitos da crise sobre a saúde mental da população”*, desenvolvido pela equipa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa que incrementou o 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (1º EENSM, 2013), integrado no *World Mental Health Survey Initiative*, da OMS e da *Harvard University*, perspetivando, com base na mesma amostra epidemiológica e a mesma equipa de campo (o CESOP, da Universidade Católica Portuguesa), avaliar o impacto da crise económica e social na saúde mental da população portuguesa.

II. JOINT ACTION ON MENTAL HEALTH AND WELL-BEING

Como anteriormente anunciado, decorreu entre 2013 e 2015 uma iniciativa da União Europeia com o intuito de promover uma estratégia conjunta de saúde mental, cuja coordenação foi dada a Portugal, a par do grupo de trabalho sobre *“Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care” – a Joint Action on Mental Health and Well-being*. Contou com a participação de 28 países e 46 entidades de toda a UE, levando à elaboração de relatórios diagnósticos da situação

na Europa e recomendações para a ação em cinco áreas, conteúdos disponíveis nos sítios eletrónicos adiante referenciados, incluindo um em língua portuguesa sobre “Avaliações da Implementação do PNSM e da situação em Portugal”, de que também divulgamos excertos.

As áreas em análise foram: (i) Depressão, Suicídio e e-Saúde; (ii) Cuidados baseados na Comunidade; (iii) Saúde Mental no local de trabalho; (iv) Saúde Mental e Escolas; (v) Saúde Mental em todas as políticas.

Com base nestes Relatórios foi elaborado o *European Framework for Action on Mental Health and Well-being*, a estratégia europeia para a saúde mental validada pela CE*.

III. OUTROS RELATÓRIOS

- a) Entretanto a ERS (Entidade Reguladora da Saúde) elaborou e disponibilizou o relatório “Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental”, também acessível na rede digital, publicado em setembro de 2015 com base em elementos solicitados a várias entidades, incluindo o PNSM, dando-se nota nesta edição de súmula das conclusões do mesmo.
- b) Ainda em 2015, embora traduzindo a situação a 31/12/2013, ficou fixada a versão final do relatório *“Avaliação da Situação de Prestação de Cuidados e das Necessidades na área da Saúde Mental”*, a que se fez referência na edição de 2014. Elaborado por um grupo de trabalho criado pelo Despacho do SEAMS n.º 3250/2014, de 27 de fevereiro, foi melhorado após discussão pública, integrando, pela 1ª vez, dados de estrutura e produção do setor público e do social. Coordenado pelo Presidente da ACSS, está acessível na rede digital.

IV. CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS DE SAÚDE MENTAL (CCISM)

Como tem sido publicitado, o Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, aprovado pela RCM n.º 49/2008, referencia os CCISM como o 3º pilar da

reforma no sector. Criados pelo DL n.º 8/2010, republicado pelo DL n.º 22/2011, foram estruturados e regulamentados por uma Equipa de Projeto (integrada por elementos da Coordenação Nacional para a Saúde Mental, do Instituto de Segurança Social e da Direção-Geral da Segurança Social, nomeados por Despacho das Ministras do Trabalho e da Segurança Social e da Saúde n.º 15229/2010, de 29 de setembro), que após levantamento minucioso no terreno, da realidade nacional e de visitas a experiências semelhantes em Sevilha, Trieste e Bolonha, elaborou as propostas que serviram de base às Portarias n.º 149/2011 e n.º 183/2011, que regulamentaram o DL n.º 8/2010. Posteriormente, pelo Despacho n.º 8677/2011, das mesmas Ministras, foram definidas as respetivas experiências piloto. Entretanto, a proximidade entre a implementação dos CCISM e a mudança de Governo determinou a revisão do projeto. Embora a então tutela sempre o tenha considerado importante e premente, apenas em 28 de julho de 2015 fez publicar o DL n.º 136/2015, que procedeu à primeira alteração ao DL n.º 101/2006, de 6 de junho (que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) e à segunda alteração ao DL n.º 8/2010. No dia seguinte foi publicado o Despacho n.º 8320-B/2015, dos Ministérios das Finanças, da Saúde e da Solidariedade, Emprego e Segurança Social que, entre outras, aprova a “Lista de Contratos-Programa a celebrar no ano de 2015 com Unidades e Equipas de Saúde Mental no âmbito da RNCCISM”. Só que estes diplomas fizeram tábua-rasa da esmagadora maioria dos compromissos assumidos em 2011 e, em particular, alteraram o cerne do projeto, que passou de técnico-reabilitativo a assistencialista, viabilizando sobretudo a criação de estruturas residenciais, várias com perfil institucional-asilar, geridas em vários casos por entidades sem experiência em saúde mental, mormente em reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental grave. A proximidade do final da vigência do XIX Governo Constitucional e a transitoriedade do que se lhe seguiu, determinaram que o XXI Governo não desse sequência a essas recém-publicadas modificações, tendo nomeadamente, pelo Despacho n.º 201/2016, publicado a 7 de janeiro, alterado o modelo de estrutura coordenadora nacional dos Cuidados Continuados Integrados, que passou a

ser de responsabilidade da Coordenação para o sector no âmbito da reforma do SNS. Esta estrutura, adstrita ao Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, integra dois elementos da antiga Equipa de Projeto para os CCISM, estando a reavaliar a compatibilização do projeto inicial com as alterações introduzidas pela legislação publicada pelo Governo anterior, dando sequência ao exposto no n.º 2, do mesmo Despacho: “promover e dinamizar: (...) b) A Rede de Cuidados Continuados em Saúde Mental dando prioridade às situações e áreas identificadas como prioritárias”.

V. AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO EM SAÚDE MENTAL

Desde 2011 que o PNSM tem vindo a desenvolver o projeto “Saúde Mental e Arte” que, de modo descentralizado, tem mostrado à população em geral, aos políticos, gestores do SNS e profissionais de saúde, a capacidade artística de pessoas com doença mental grave nas áreas da pintura, escultura, fotografia, gastronomia, artes performativas (teatro e dança) e música. Para dignificar os autores e fixar as suas criações, têm-se elaborado catálogos impressos e escolhido espaços expositivos dignos, como o Museu Nacional Soares dos Reis, o Museu do Oriente, o Museu Nacional de Machado de Castro, o Museu Guy Fino (Portalegre), o Museu da Ciência da Universidade de Coimbra, a Fundação Bissaya Barreto, a Casa das Letras (Coimbra), o Palácio do Barrocal (INATEL de Évora).

Em 2015 iniciámos colaborações no âmbito da promoção e da prevenção da saúde mental em crianças/adolescentes, patrocinando e participando na estruturação de ações de formação, já no terreno, para capacitação de profissionais dos Cuidados de Saúde Primários, bem como das Equipas de Saúde Escolar e das Equipas Educativas (Ministério da Educação, através da DG da Educação) para a identificação de sinais de sofrimento emocional em crianças/adolescentes. Através de duas entidades externas (a ARISCO e a Pensamento Vivo) e porque entretanto chegou a autorização do Ministério das Finanças, as formações pilotos já concretizadas ou em vias de o serem, durante 2016 vão ser desenvolvidas pelos ACES das 5

Regiões de Saúde, em colaboração com o Plano Nacional de Saúde para a Infância e Adolescência e o Plano Nacional de Saúde Escolar.

VI. PSICOFÁRMACOS EM IDADE PEDIÁTRICA

Nos últimos anos vários alertas têm surgido, inclusive na comunicação social, sobre a ligeireza com que se fala de hiperatividade infantil, rapidamente transformada em perturbação psicopatológica e, com uma frequência não menos dramática, em prescrição de uma molécula anfetamínica. Esta situação, que começa a ser comum pelo menos no mundo ocidental, tem levado a alertas fundamentados sobre o risco do recurso fácil, e em regra continuado, a substâncias psicoativas em crianças, cujo cérebro tem, como é consabido, um processo de maturação lento e sensível. No relatório de 2014 referenciámos a este propósito uma entrevista a Allen Francis, coordenador auto-demitido do DSM-IV, que desenvolve uma extensa investigação sobre repercussões no cérebro e no comportamento adulto da toma de psicofármacos na infância/adolescência. Sem ambições tão latas, o PNSM convidou peritos nacionais (psiquiatras da infância e adolescência e de adultos, neuropediatras, pediatras, psicólogos) para analisarem o perfil da prescrição de psicofármacos na idade pediátrica e emitirem eventuais recomendações sobre riscos e boas práticas. Até agora, por ausência de indicadores que permitam uma análise objetiva e consistente dessa realidade, o resultado ainda é parcial, como se dá nota nesta edição, perspetivando-se ser possível em próxima edição ser se mais concreto na análise e, consequentemente, nas recomendações.

VII. FIXAÇÃO DE PROFISSIONAIS FORA DOS GRANDES CENTROS

A situação começa a ser preocupante e com tendência para se agravar, em particular em especialidades tradicionalmente menos comuns nas estruturas de saúde, como é o caso da Saúde Mental, quer de adultos, quer, em muitos mais locais, de crianças e adolescentes.

Consciente embora que só decisões políticas de fundo podem resolver a situação, regista-se com

satisfação que há ilhas de mudança que mostram ser possível, com determinação e sensibilidade, alterar o que parecia ser uma realidade imutável. O exemplo a relevar é o da ULS do Baixo Alentejo, que começou por conseguir a até então nunca existente unidade de internamento psiquiátrico no Hospital de Beja, enquanto a ausência de Psiquiatras de adultos no mapa de pessoal, há vários anos, foi substituída por 4 especialistas que, simultaneamente, reativaram a atividade comunitária, entretanto mantida com equipas comunitárias de não médicos e o empenho da Psiquiatra da Infância e Adolescência que continua a dirigir o Departamento da ULSBA.

Contudo, na mesma região, persiste a não fixação de qualquer Psiquiatra na ULS do Litoral Alentejano, embora o ambulatório em Santiago do Cacém e restante área de responsabilidade se mantenha, em condições minimalistas, pela colaboração esforçada do Departamento do Hospital de Setúbal e, mais recentemente, do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

Infelizmente, e por motivos pouco claros, continua sem existir a Unidade de Internamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência em Coimbra, perspetivada para abrir em 2011, impedindo assim a existência de camas especializadas na Região Centro (para além das já escassas 10 no Porto e 10 em Lisboa) e o consequente aumento de capacidade formativa numa especialidade médica sempre muito carenciada!

Lisboa, março 2016

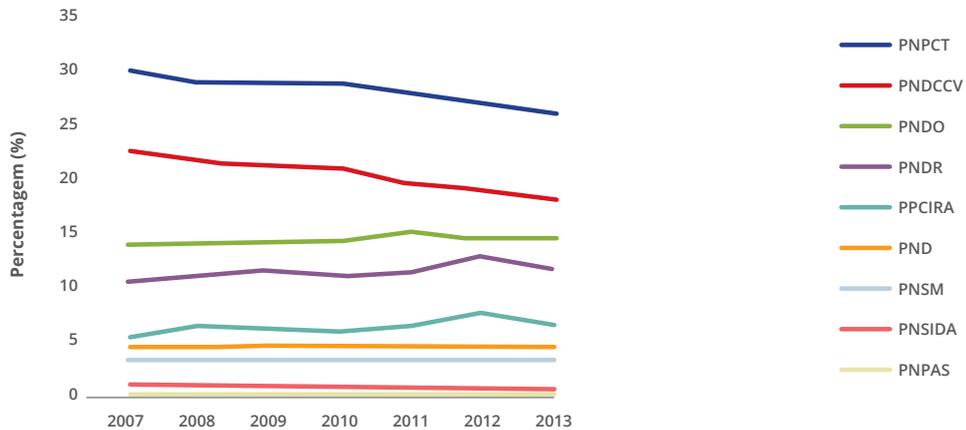
Álvaro Andrade de Carvalho
Diretor do Programa Nacional para a S. Mental

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 A 2013)



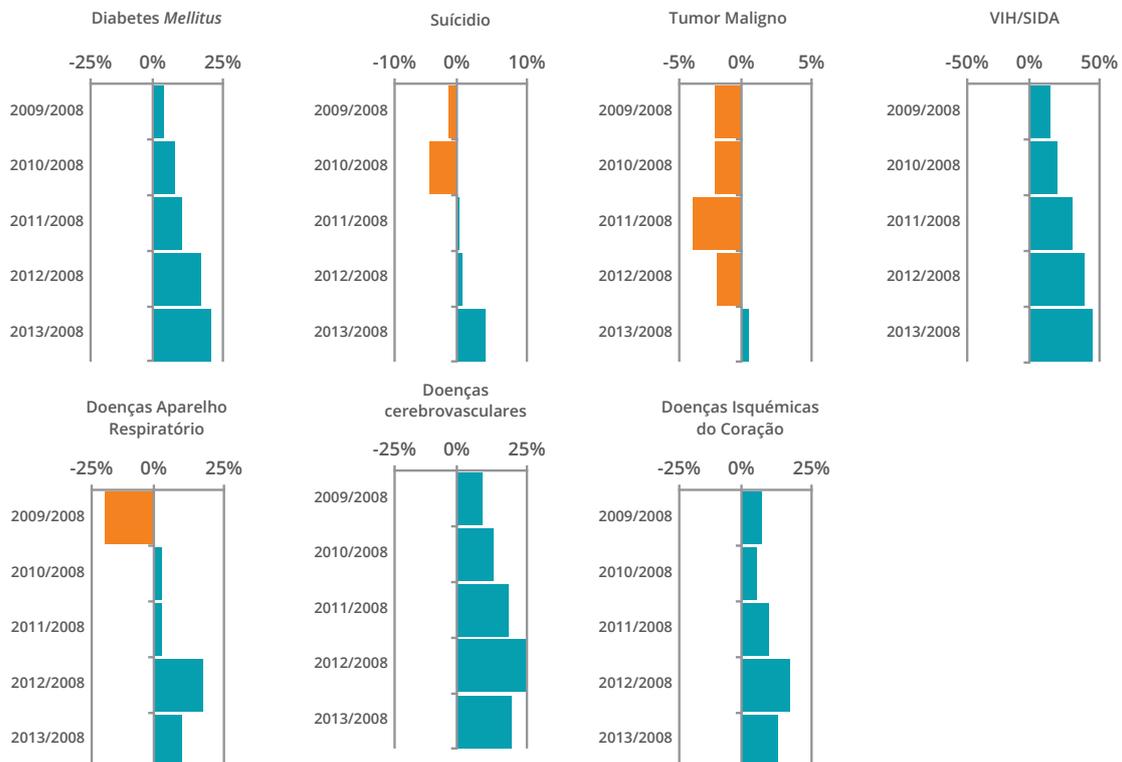
Códigos CID-10: Ver nota metodológica.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

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

GANHOS PERCENTUAIS RELATIVAMENTE A 2009 DOS ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS (ANTES DOS 70 ANOS) PELAS PRINCIPAIS CAUSAS DE MORTE, PORTUGAL (2009 A 2013)



Códigos CID-10: Diabetes Mellitus: E10-E14; Suicídio: X60-X84; Tumores malignos: C00-C97; VIH-SIDA: B20-B24; Doenças do aparelho respiratório: J00-J99; Doenças cerebrovasculares: I60-I69; Doenças isquémicas do coração: I20-I25.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

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

2.2.1. Caracterização da mortalidade por suicídio e por doenças atribuíveis ao álcool

A saúde mental é uma indivisível parte da saúde geral e do bem estar do indivíduo. A epidemiologia há muito que mostra que as doenças mentais apresentam uma das maiores taxas de incapacidade (psicossocial, sobretudo) e de altas taxas quer de morbilidade quer de mortalidade, esta sobretudo à custa do suicídio que, a nível mundial, é uma das principais 10 causas de morte (*WHO*, 2011 citado por Santana, Paula *et. al*, 2015).

Porque em 2014 o registo em Portugal das causas de morte passou a ter por base uma metodologia diferente – a do SICO (Sistema de Informação de Certificados de Óbito), podemos apresentar já os dados referentes àquele ano e não apenas a 2013, último ano em que a metodologia utilizada para o apuramento do número e causas de morte se baseou no certificado médico de óbito registado em papel. Contudo, não é legítimo estabelecer uma correlação direta com a série que vigorou até então, de responsabilidade do INE. Consideremos então alguns dos dados apurados através desta nova série de registo das causas de morte em Portugal por lesões autoprovocadas intencionalmente:

- Em 1º lugar, que o número de eventos de intenção indeterminada (Y10 a Y34) ainda é muito elevado (882, correspondendo a uma taxa de 8,48 por 100.000h) e sobretudo entre pessoas mais idosas, subgrupo etário que tradicionalmente também é o mais representado nos suicídios. Se considerarmos a perspetiva internacional de que 20% das mortes registadas como de causa indeterminada são suicídios, a taxa de incidência subirá dos atuais 11,7 para cerca de 15 por 100.000 habitantes, valor que para a OMS nos colocaria entre os países a quem é recomendado maior alerta. Para resolver esta dúvida importaria promover autópsias psicológicas em todas as mortes identificadas como violentas, embora se registre com agrado que o seu total também se ampliou;
- Para alguns peritos nesta temática (pe. Varnik (2010 e 2012), é desejável utilizar a correlação “ratio de eventos de intenção indeterminada/suicídios”, com valor que não exceda 0,2 (de que Portugal esteve próximo em 2002 e 2003, anos em que a DGS promoveu a revisão telefónica casuística de todos os certificados de óbito com indicação de “morte de causa indeterminada”) mas que atualmente se cifra em cerca de 7,2, tendo rondado o 1 entre 2005 e 2011;
- Mantem-se a tendência, iniciada em 2010, de taxas em crescimento nos grupos etários dos 40 aos 64 anos (“muito novo para ser reformado e demasiado velho para trabalhar”, comentário ouvido com frequência em quinquentenários com ideação suicida), embora a incidência continue a ser mais expressiva dos 75 aos 84;
- O total de suicídios na fase ativa da vida (inferior a 65 anos) ser superior à dos registados no decénio seguinte (65-74), também se tem verificado, para o mesmo período temporal, nos países mais afetados pela crise socioeconómica;
- É também muito preocupante, embora relativizado pelas limitações da comparatividade direta com a série tradicional, o significativo acréscimo de suicídio em mulheres: 297 contra 920 homens.

Em complementaridade inevitável com esta análise, estão as características da população e as condições socioeconómicas do Continente nacional, recolhidas pelo Instituto Nacional de Estatística (Santana *et al.*, 2015).

Foram analisados 3 intervalos de tempo nos últimos vinte anos (1989-1993; 1999-2003 e 2008-2012), e colhidos os dados sobre a mortalidade por suicídio e autoagressão (CID-9: E950-E959; CID-10: X60-X84), em Portugal Continental, tendo por base os censos populacionais.

Os principais resultados indicam uma variação clara da mortalidade por suicídio ao longo dos três intervalos de tempo. O mais recente, no período de crise (2008-2012), apresenta a mortalidade por suicídio mais alta, bem como a taxa bruta mais alta. Entre o primeiro intervalo de tempo e o segundo (1989-1993 e 1999-2003), a taxa de suicídio diminuiu em 5,4% e entre o segundo e o terceiro intervalo de tempo (1999-2003 e 2008-2012) aumentou 22,6%.

Segundo este estudo, quando comparados com as mulheres, os homens apresentam uma taxa de suicídio três vezes maior, bem como os maiores aumentos entre intervalos de tempo.

A mortalidade por suicídio tem, de igual forma, uma distribuição geográfica marcada, tradicionalmente, sendo menor na região Norte e maior na região Sul do país. O padrão apresenta, no entanto, uma mudança nas últimas décadas, nomeadamente na divisão Norte/Sul que parece ter vindo a esbater-se ao longo dos anos, devido ao aumento das taxas na região Centro e no interior da Região Norte.

Os estudo conclui que, além do descrito anteriormente, o padrão de suicídio nos homens e nas mulheres evoluiu de forma diferente nos últimos anos. Foi encontrada, de igual forma, uma associação estatística entre os altos níveis de ruralidade e de privação material e a taxa de suicídio aumentada para os homens. As mudanças recentes nestes padrões, referem as autoras, podem resultar do atual período de crise.

Após a análise dos resultados deste estudo, os autores consideram que o suicídio está sobre-representado nas zonas rurais e nas zonas que têm menos população e índices maiores de privação, características que justificam a mobilização de recursos para abordar o problema, que passa sobretudo por investimentos que reduzam as desigualdades sociais.

As estratégias especificamente desenhadas para as áreas rurais poderão ter um impacto positivo na redução da disparidade rural-urbano no suicídio. Adicionalmente, as políticas sociais e geográficas que abordem a privação e promovam a concentração de pessoas em áreas mais isoladas podem ter implicações importantes na diminuição das taxas mais altas de suicídio nas áreas mais vulneráveis.

A taxa de mortalidade padronizada por suicídio variou, nos últimos cinco anos avaliados, entre os valores de 7/100.000 e 8/100.000, com um aumento em 2014, o inaugural da nova série (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, como acima considerado a propósito dos resultados encontrados, para 2014, pelo SICO.

QUADRO 1 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014^(a))

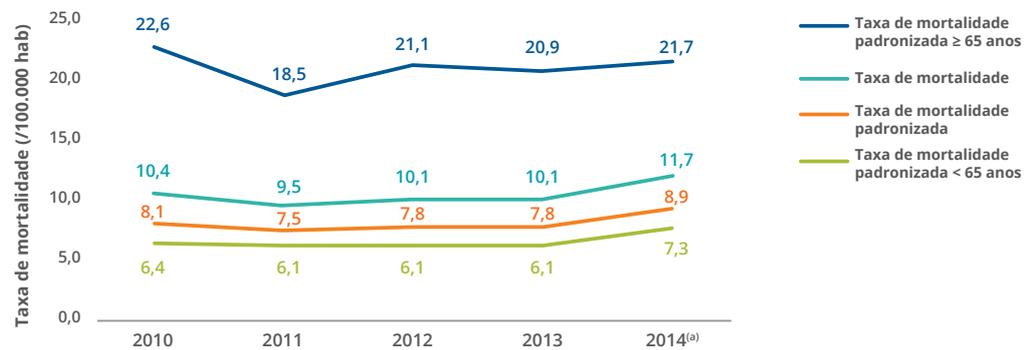
LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	1.049	951	1.015	1.006	1.154
Taxa de mortalidade	10,4	9,5	10,1	10,1	11,7
Taxa de mortalidade padronizada	8,1	7,5	7,8	7,8	8,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,4	6,1	6,1	6,1	7,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	22,6	18,5	21,1	20,9	21,7
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,8	6,5	6,5	6,6	7,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	26,5	21,4	25,2	23,1	25,6

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 3 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE BRUTA E PADRONIZADA POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014^(a))



Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos CID-10: X60-X84.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: INE, IP, 2015

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, mas com aumento em 2013. A este propósito e também sem considerar

ainda os dados de 2014 (apurados através da nova metodologia SICO), subscree-se uma pergunta de um perito da Comissão Nacional de Prevenção do Suicídio: fará sentido continuar a calcular os anos de vida potencialmente perdidos tendo como referência os 70 anos de idade, quando a esperança de vida em Portugal é de 77,2 anos para os homens e 80,2 para as mulheres?

FIGURA 4 ANOS POTENCIAIS DE VIDA PERDIDOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014^(a))



Códigos CID-10: X60-X84.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

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 2009 e 2013. Estes dados são concordan-

tes 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 (2010-2014^(a))

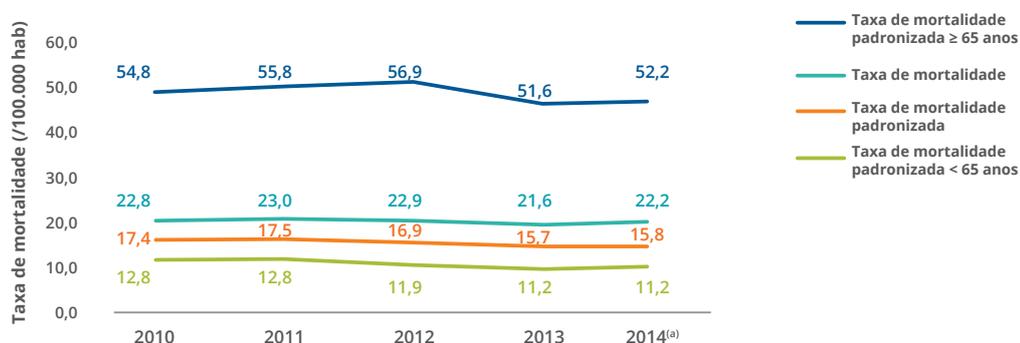
DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	2 294	2 309	2 288	2 147	2 201
Taxa de mortalidade	22,8	23,0	22,9	21,6	22,2
Taxa de mortalidade padronizada	17,4	17,5	16,9	15,7	15,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	12,8	12,8	11,9	11,2	11,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	54,8	55,8	56,9	51,6	52,2
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	14,3	14,6	13,6	12,9	12,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	59,3	56,4	60,5	53,1	56,7

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos CID-10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP, 2015

Embora as situações de intoxicação alcoólica aguda sejam “episódios de intoxicação por etanol”, substância indiscutivelmente psicoativa que ocasiona um preocupante problema de saúde pública, em particular pelo crescente números de jovens envolvidos e com idades mais

precoces, por limitações do sistema de registos nacionais, em particular nos serviços de urgência hospitalar, ainda não nos é possível conhecer, quer o seu total, idade e género, nem as eventuais complicações clínicas pós-intoxicação.

FIGURA 5 EVOLUÇÃO DAS TAXAS DE MORTALIDADE BRUTA E PADRONIZADA POR DOENÇAS ATRIBUÍVEIS AO ÁLCOOL, POR 100.000 HABITANTES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014^(a))

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP, 2015

QUADRO 3 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDAS AO USO DE ÁLCOOL, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014^(a))

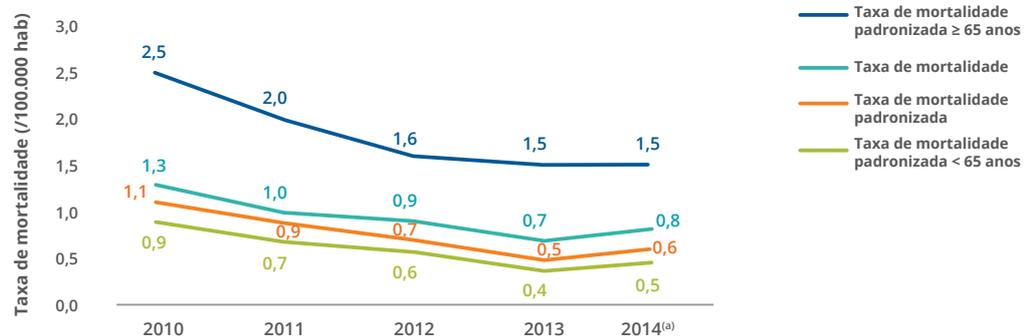
PERTURBAÇÕES MENTAIS E COMPORTAMENTAIS DEVIDAS AO USO DE ÁLCOOL					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	131	102	93	71	80
Taxa de mortalidade	1,3	1,0	0,9	0,7	0,8
Taxa de mortalidade padronizada	1,1	0,9	0,7	0,5	0,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,9	0,7	0,6	0,4	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	2,5	2,0	1,6	1,5	1,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	1,0	0,8	0,6	0,5	0,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	2,3	1,3	1,9	1,1	2,0

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: F10.2.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP, 2015

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 (2010-2014^(a))



Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: F10.2.
(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: : INE, IP, 2015

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 (2010-2014)

	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Negativos	292	94,2	265	91,7	222	91,4	207	88,8	219	90,1
Positivos	18	5,8	24	8,3	21	8,6	26	11,2	24	9,9
Total	310	100,0	289	100,0	243	100,0	233	100,0	243	100,0

*Artº 157º, nº 6 do CE na versão conferida pelo Dec. Lei 44/2005 de 23 de Fevereiro.
Fonte: INMLCF, 2015

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 (2010-2014)

	2010		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Canabinóides	6	33,3	8	33,3	3	14,3	3	11,5	7	29,2
Opiáceos	1	5,6	2	8,3	6	28,6	7	26,9	8	33,3
Cocaína e metabolitos	1	5,6	2	8,3	0	0,0	1	3,8	0	0,0
Anfetamina e derivados	0	0,0	1	4,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Álcool ** + Drogas	10	55,6	10	41,7	10	47,6	14	53,8	8	33,3
Droga + Droga	0	0,0	1	4,2	2	9,5	1	3,8	1	4,2

* Artº 157º, nº 6 do CE na versão conferida pelo Dec. Lei 44/2005 de 23 de fevereiro.

** Taxa de álcool no sangue \geq 0,1 g/L.

Fonte: INMLCF, 2015

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.

Existem, no entanto, também outros fatores citados por Santana *et. al* (2015) como o lugar de residência, e fatores contextuais como sejam 1) características sócio-ambientais do local de residência, 2) a) características socioeconómicas como a pobreza, privação, rendimento e *status* socioeconómico, emprego/desemprego, b) características da habitação, como a densidade, tipologia urbano/rural, acesso a facilidades e serviços, e mobilidade, que caracterizam a mortalidade por suicídio.

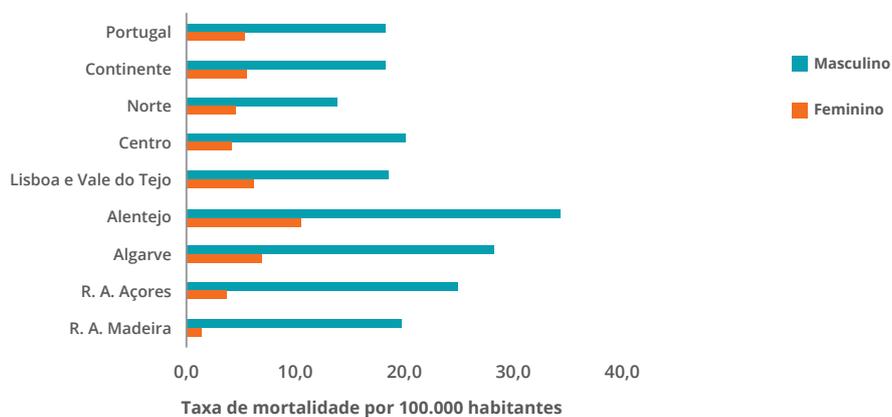
Considerando em específico as diversas regiões, a do Alentejo mantém-se com a taxa mais alta de suicídio em Portugal, tanto nos homens como nas mulheres, com um valor de 4 para 1 (Quadro 9). Seguem-se as regiões do Algarve, Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Açores (Figura 7).

A evolução nos dois últimos anos apresentados mostra que a taxa de mortalidade nos homens subiu nas regiões do Norte, Centro e LVT, descendo nas regiões do Alentejo e Algarve. Nas mulheres a taxa desceu nas regiões Centro e Alentejo e subiu nas restantes (Quadros 6 a 10).

Nas regiões autónomas e considerando os dados disponíveis para ambos os sexos (Quadros 11 e 12), o número de óbitos por suicídio aumentou tanto nos Açores como na Madeira, entre 2013 e 2014.

FIGURA 7

TAXA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO E LOCAL DE RESIDÊNCIA (2014^(a))



Códigos CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

QUADRO 6 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO, REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	152	154	170	156	242
Taxa de mortalidade	8,6	8,7	9,7	8,9	14,0
Taxa de mortalidade padronizada	7,6	7,6	8,3	7,4	11,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,2	6,5	7,1	5,7	10,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	19,0	16,8	17,7	21,4	26,4
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,3	6,8	7,5	6,0	10,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	23,9	18,4	19,3	26,1	26,4
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	51	52	51	52	90
Taxa de mortalidade	2,6	2,7	2,7	2,7	4,7
Taxa de mortalidade padronizada	2,3	2,4	2,1	2,3	3,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	2,1	2,1	1,6	1,9	3,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	3,1	4,3	6,0	5,4	6,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,1	2,3	1,6	2,1	3,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	3,7	3,7	8,3	3,9	5,8

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

QUADRO 7 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO, REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	150	122	146	139	161
Taxa de mortalidade	18,0	14,7	17,8	17,1	20,0
Taxa de mortalidade padronizada	14,3	11,3	13,2	13,2	15,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	11,3	8,4	10,0	10,7	13,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	38,1	35,2	39,3	33,5	33,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	12,2	9,0	10,3	11,6	13,9
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	40,9	41,9	51,2	34,4	37,6
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	53	34	31	49	38
Taxa de mortalidade	5,8	3,7	3,4	5,4	4,2
Taxa de mortalidade padronizada	4,8	2,9	2,5	4,1	3,4
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	4,2	2,5	2,1	3,4	3,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	9,3	5,9	6,1	9,3	6,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,3	2,8	2,3	3,6	3,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	11,3	3,8	5,2	10,5	3,1

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

QUADRO 8 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO, REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	310	297	337	316	319
Taxa de mortalidade	17,9	17,1	19,5	18,4	18,6
Taxa de mortalidade padronizada	14,5	14,2	16,0	15,0	14,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	10,5	11,0	12,4	11,7	11,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	47,4	40,1	45,4	41,7	44,2
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	11,1	11,7	12,8	12,4	11,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	60,6	47,6	59,2	48,2	58,9
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	107	89	74	85	119
Taxa de mortalidade	5,6	4,6	3,9	4,4	6,2
Taxa de mortalidade padronizada	4,3	3,8	3,0	3,5	4,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,4	3,6	2,3	2,8	4,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	11,4	6,0	8,8	9,0	10,6
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,7	3,5	2,5	3,1	4,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	11,6	8,4	9,3	8,3	13,3

Taxas: por 100.000 habitantes. Códigos da CID-10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

QUADRO 9 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO, REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	120	121	108	96	82
Taxa de mortalidade	48,1	49,0	44,1	39,7	34,4
Taxa de mortalidade padronizada	32,2	34,0	30,9	25,6	19,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	21,3	25,4	22,1	18,8	11,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	121,0	103,5	101,9	80,2	84,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	23,9	26,8	24,9	19,0	11,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	143,6	129,9	109,8	112,7	118,9
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	32	25	38	34	27
Taxa de mortalidade	12,1	X	14,6	13,2	10,6
Taxa de mortalidade padronizada	6,6	X	7,3	6,6	6,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,8	X	3,9	3,0	5,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	28,9	X	34,7	36,1	22,1
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	4,5	X	4,9	4,5	5,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	34,3	X	39,6	34,4	23,5

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.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

QUADRO 10 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO, REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Masculino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	58	46	46	65	60
Taxa de mortalidade	26,5	21,1	21,3	30,3	28,1
Taxa de mortalidade padronizada	21,0	17,1	16,8	24,7	20,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	15,5	14,5	12,6	18,7	15,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	65,7	37,5	51,0	73,2	61,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	17,2	14,7	13,7	21,4	15,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos	71,0	48,2	58,9	68,6	86,7
Feminino					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	16	11	14	14	16
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.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

O estudo “Suicídio em Portugal: determinantes espaciais num contexto de crise económica” (Santana *et. al*, 2015), regista, como antes sublinhado, aspetos importantes como:

- o padrão de suicídio na região Norte/Sul (no Continente) está a desaparecer (na análise de 3 períodos (1989-1993, 1999-2003, 2008-2012) e a divisão urbano/rural está a tornar-se mais importante e pronunciada, com os concelhos mais a sul e rurais a apresentarem maiores taxas de suicídio;
- o suicídio nos homens e nas mulheres envolve condições espaço-temporais diferentes;
- os elevados níveis de ruralidade e de privação material estão associados estatisticamente com o aumento da mortalidade por suicídio para os homens mas não necessariamente para as mulheres;
- as alterações recentes nas tendências suicidas podem resultar do corrente período de crise económica e social.

No entanto, neste estudo é, também, mencionado que a presença do Fundo Monetário Internacional (FMI) por três vezes em Portugal, no ano de 2011, trouxe medidas de austeridade severas e consequentes cortes nos gastos dos cuidados em saúde e segurança social. À parte do crescimento do desemprego e da emigração, a austeridade contribuiu também para o decréscimo no suporte ao transporte de doentes a quem haviam sido prescritos cuidados hospitalares de ambulatório (como hospital de dia e reabilitação).

Os autores, ainda assim, referem não existirem estudos com base na revisão bibliográfica realizada que comprovem que a ligação entre a crise económica e a mortalidade por suicídio em Portugal ao nível local, e tendo em conta os locais de residência, influencie o comportamento suicida.

Quanto às Regiões Autónomas, não menos atingidas pela crise económica que o Continente, regista-se no quinquénio em análise, uma aparente tendência, não uniforme, para a redução do total de óbitos embora, quanto à dos Açores, se sublinhe desde já os dados dramáticos expressos na figura 13, abaixo, aí comentados.

QUADRO 11 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Ambos os sexos					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	23	38	30	25	35
Taxa de mortalidade	X	15,4	12,1	X	14,2
Taxa de mortalidade padronizada	X	14,4	11,6	X	13,5
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	X	13,8	12,5	X	12,2
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	X	19,7	6,2	X	23,7

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. 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.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015.

QUADRO 12 INDICADORES DE MORTALIDADE RELATIVOS A LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA (2010-2014^(a))

LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO)					
Ambos os sexos					
	2010	2011	2012	2013	2014 ^(a)
Número de óbitos	24	19	21	19	26
Taxa de mortalidade	X	X	X	X	10,0
Taxa de mortalidade padronizada	X	X	X	X	8,7
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	X	X	X	X	8,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos	X	X	X	X	12,1

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. 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.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015.

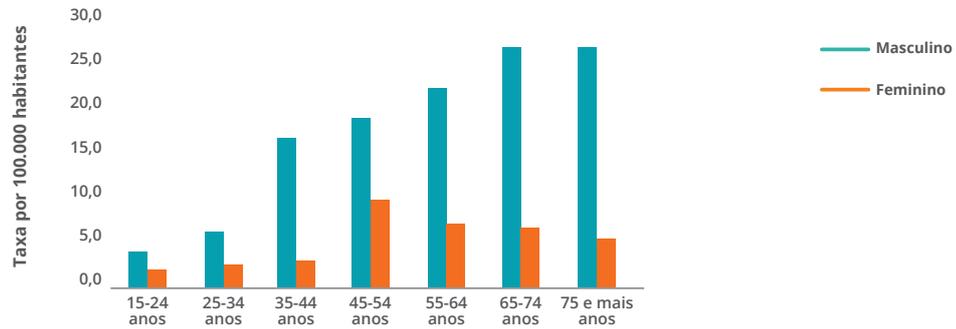
2.2.3.2. Segundo o grupo etário

A análise dos dados da distribuição da taxa de suicídio nos homens mostra que três regiões de Portugal Continental (Norte, 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 Centro 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 25/100.000, bem como na faixa etária entre os 35 e os 44 anos (35,7/100.000), 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 DE SAÚDE DO NORTE, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))

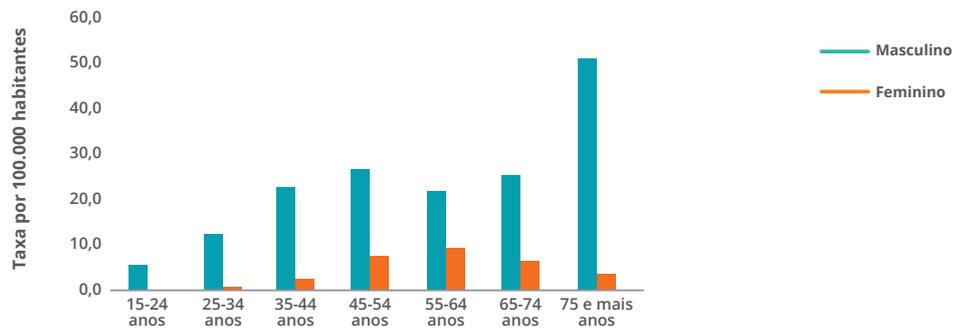


Códigos CID-10: X60-X84

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 9 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))

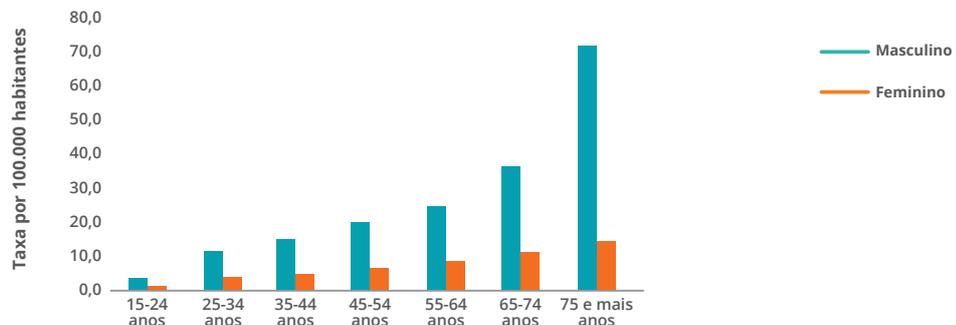


Códigos CID-10: X60-X84

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 10 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))

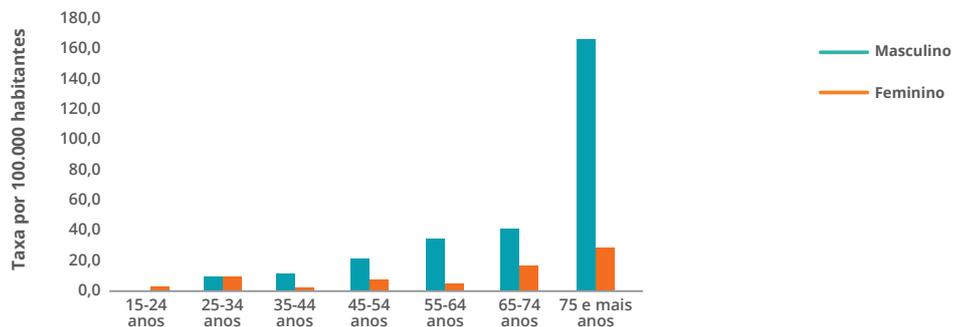


Códigos CID-10: X60-X84

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

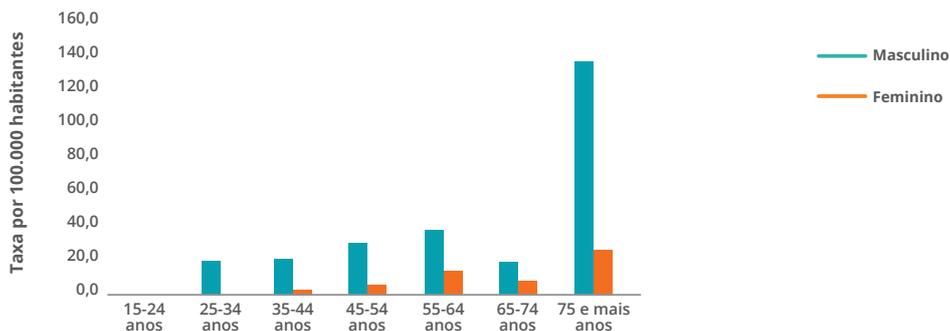
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 11 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))



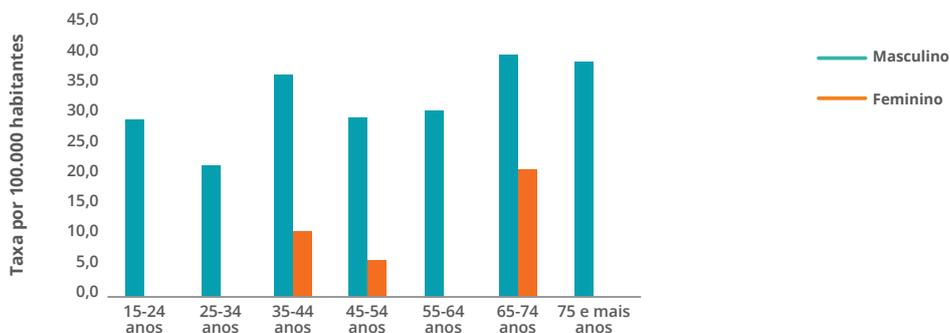
Códigos CID-10: X60-X84
 (a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 12 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))



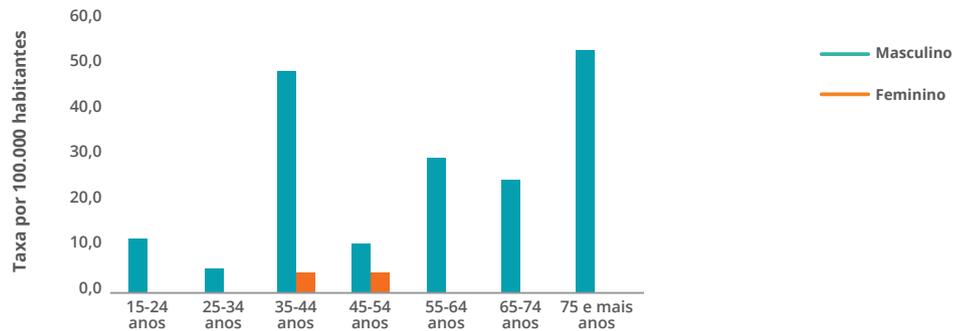
Códigos CID-10: X60-X84
 (a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 13 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))



Códigos CID-10: X60-X84
 (a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.
Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

FIGURA 14 TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014^(a))



Códigos CID-10: X60-X84

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: Elaborado pela DSIA com base em dados cedidos pelo INE, 2015

2.2.3.3. Evolução no período 2010-2014, segundo o sexo e grupo etário

QUADRO 13 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO NORTE (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	7	3	10	2	3	5	4	2	6	2	1	3	9	4	13
25 - 34	10	6	16	15	5	20	9	3	12	9	6	15	14	6	20
35 - 44	24	11	35	20	8	28	32	8	40	23	1	24	45	9	54
45 - 54	35	8	43	40	8	48	40	7	47	35	15	50	51	29	80
55 - 64	28	10	38	34	14	48	38	9	47	28	11	39	50	18	68
65 - 74	22	3	25	25	9	34	17	13	30	29	13	42	41	13	54
75 e +	26	10	36	18	5	23	30	9	39	30	5	35	32	11	43
Total	152	51	203	154	52	206	170	51	221	156	52	208	242	90	332

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 14 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO CENTRO (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	5	3	8	5	2	7	6	0	6	9	3	12	8	0	8
25 - 34	14	8	22	10	2	12	15	1	16	12	2	14	16	2	18
35 - 44	28	5	33	25	7	32	22	3	25	27	6	33	29	5	34
45 - 54	39	16	55	35	11	46	41	9	50	35	17	52	44	13	57
55 - 64	28	15	43	23	11	34	33	10	43	41	12	53	39	16	55
65 - 74	37	14	51	41	9	50	33	11	44	42	14	56	32	13	45
75 e +	58	16	74	47	10	57	69	10	79	52	13	65	56	10	66
Total	210	78	288	186	52	238	219	44	263	218	67	285	224	60	284

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 15 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	9	3	12	5	3	8	9	4	13	3	0	3	4	3	7
25 - 34	17	11	28	16	4	20	15	3	18	18	8	26	18	8	26
35 - 44	29	8	37	36	13	49	36	5	41	29	7	36	34	12	46
45 - 54	33	9	42	35	8	43	37	13	50	38	7	45	31	14	45
55 - 64	32	10	42	43	14	57	40	4	44	34	8	42	32	16	48
65 - 74	29	19	48	29	5	34	36	12	48	30	14	44	35	11	46
75 e +	65	17	82	44	11	55	56	11	67	46	12	58	63	19	82
Total	215	77	292	209	58	267	229	52	281	198	56	254	217	84	301

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 16 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO ALENTEJO (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	3	0	3	1	0	1	3	1	4	2	1	3	0	1	1
25 - 34	8	0	8	8	3	11	9	1	10	9	1	10	6	4	10
35 - 44	21	1	22	7	5	12	15	3	18	14	2	16	9	2	11
45 - 54	16	7	23	22	8	30	19	2	21	17	2	19	12	3	15
55 - 64	19	4	23	28	1	29	23	5	28	21	6	27	16	3	19
65 - 74	24	9	33	22	8	30	25	11	36	16	12	28	15	7	22
75 e +	65	16	81	57	13	70	49	24	73	56	21	77	63	20	83
Total	156	37	193	145	38	183	143	47	190	135	45	180	121	40	161

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 17 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO ALGARVE (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	1	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
25 - 34	1	1	2	5	0	5	3	0	3	7	0	7	5	0	5
35 - 44	15	3	18	8	0	8	6	1	7	6	1	7	7	1	8
45 - 54	3	1	4	4	3	7	6	1	7	10	3	13	9	2	11
55 - 64	12	4	16	11	0	11	9	3	12	12	3	15	10	4	14
65 - 74	10	1	11	4	4	8	6	2	8	13	1	14	4	2	6
75 e +	16	5	21	13	4	17	15	7	22	16	6	22	25	7	32
Total	58	16	74	46	11	57	46	14	60	65	14	79	60	16	76

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 18 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	0	0	0	1	1	2	2	1	3	2	0	2	5	0	5
25 - 34	5	0	5	8	1	9	3	1	4	4	2	6	4	0	4
35 - 44	2	0	2	4	2	6	8	2	10	2	0	2	7	2	9
45 - 54	7	1	8	6	1	7	5	0	5	6	0	6	5	1	6
55 - 64	5	0	5	5	1	6	3	2	5	1	1	2	4	0	4
65 - 74	2	0	2	2	0	2	1	0	1	4	0	4	3	2	5
75 e +	1	0	1	5	0	5	0	1	1	3	0	3	2	0	2
Total	22	1	23	32	6	38	23	7	30	22	3	25	30	5	35

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 19 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA (2010-2014^(a))

	2010			2011			2012			2013			2014 ^(a)		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	0	2	2	0	0	0	1	0	1	1	0	1	2	0	2
25 - 34	2	1	3	1	0	1	2	0	2	2	1	3	1	0	1
35 - 44	1	0	1	2	1	3	5	0	5	6	1	7	10	1	11
45 - 54	5	2	7	4	1	5	5	0	5	3	1	4	2	1	3
55 - 64	4	0	4	3	2	5	0	0	0	3	0	3	4	0	4
65 - 74	5	0	5	0	2	2	5	0	5	0	0	0	2	0	2
75 e +	2	0	2	3	0	3	3	0	3	0	1	1	3	0	3
Total	19	5	24	13	6	19	21	0	21	15	4	19	24	2	26

Códigos da CID 10: X60-X84.

(a) Quebra de série em 2014, ano de entrada em funcionamento do SICO.

Fonte: INE, IP (2016)

Embora Portugal apresentasse, de há muito e no contexto da UE, uma das mais elevadas taxas de mortes por causa indeterminada, este valor desceu significativamente com a aplicação, desde 2014, do Sistema de Informação dos Certificados de Óbito (SICO), que determinou a transição do certificado de óbito em papel para o registo eletrónico, descida para a qual também contribuiu o aumento expressivo de autópsias médico-legais nas mortes violentas.

Em consequência desta alteração metodológica, 2014 regista uma mudança de série nos registos oficiais das causas de morte em Portugal, pelo que as comparações com os valores anteriores não são legítimas, sendo indispensáveis os dados de 4 ou 5 anos para perceber as tendências epidemiológicas.

Atendendo ao exposto, optou-se por restringir ao período de 2010 a 2013 a análise da evolução temporal dos meios mais frequentemente utilizados na consumação do suicídio em Portugal.

2.2.4. Evolução da mortalidade por suicídio segundo o sexo, grupo etário e meio utilizado

QUADRO 20 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	25	12	37	15	9	24	26	8	34	20	5	25
25 - 34	57	27	84	63	15	78	56	9	65	61	20	81
35 - 44	120	28	148	104	36	140	124	22	146	107	18	125
45 - 54	138	44	182	147	40	187	153	32	185	144	45	189
55 - 64	128	43	171	147	43	190	146	33	179	140	41	181
65 - 74	129	46	175	123	37	160	123	49	172	134	54	188
75 e +	233	64	297	187	43	230	222	62	284	203	58	261
Total	833	265	1.098	788	224	1.012	851	215	1.066	810	241	1.051

Códigos da CID 10: X60-X84

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 21 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR ENFORCAMENTO, ESTRANGULAMENTO E SUFOCAÇÃO, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	14	7	21	8	1	9	9	4	13	12	2	14
25 - 34	29	7	36	42	5	47	24	3	27	28	5	33
35 - 44	54	6	60	53	10	63	56	5	61	64	6	70
45 - 54	57	17	74	77	14	91	73	6	79	78	15	93
55 - 64	70	14	84	87	12	99	75	12	87	74	18	92
65 - 74	61	18	79	60	14	74	62	18	80	65	20	85
75 e +	126	23	149	106	16	122	131	32	163	123	23	146
Total	412	92	504	434	72	506	431	80	511	444	89	533

Códigos da CID 10: X70

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 22 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR OUTROS MEIOS NÃO ESPECIFICADOS, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	3	2	5	3	4	7	6	2	8	4	0	4
25 - 34	13	7	20	9	4	13	9	3	12	9	7	16
35 - 44	21	6	27	11	9	20	28	7	35	10	2	12
45 - 54	23	9	32	23	7	30	31	9	40	18	7	25
55 - 64	13	10	23	21	9	30	29	7	36	14	9	23
65 - 74	15	4	19	20	4	24	14	7	21	14	6	20
75 e +	26	11	37	26	8	34	29	5	34	20	5	25
Total	114	50	164	114	46	160	146	40	186	89	36	125

Códigos da CID 10: X84

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 23 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR DISPARO DE ARMA DE FOGO, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	1	0	1	1	0	1	4	1	5	0	2	2
25 - 34	3	2	5	3	1	4	6	0	6	9	0	9
35 - 44	20	2	22	20	4	24	9	3	12	7	0	7
45 - 54	20	1	21	17	5	22	22	2	24	14	1	15
55 - 64	21	0	21	17	1	18	14	1	15	18	1	19
65 - 74	15	0	15	15	0	15	16	0	16	22	0	22
75 e +	30	0	30	23	0	23	22	1	23	23	1	24
Total	110	5	115	96	11	107	93	8	101	93	5	98

Códigos da CID 10: X72-X74

Fonte: INE, IP (2016)

QUADRO 24 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR AUTO-INTOXICAÇÃO, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	2	2	4	0	0	0	1	0	1	0	0	0
25 - 34	8	3	11	2	1	3	3	0	3	2	4	6
35 - 44	8	7	15	3	2	5	8	0	8	5	5	10
45 - 54	16	6	22	10	7	17	12	3	15	15	9	24
55 - 64	11	8	19	6	6	12	5	6	11	10	6	16
65 - 74	17	8	25	9	8	17	8	8	16	10	10	20
75 e +	14	8	22	12	7	19	20	10	30	12	9	21
Total	76	42	118	42	31	73	57	27	84	54	43	97

Códigos da CID 10: X60-X69

Fonte: INE, IP (2016)

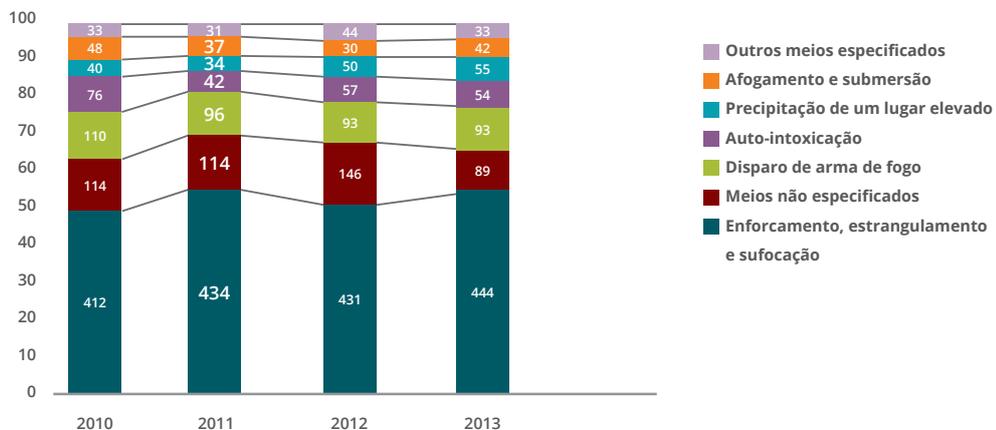
QUADRO 25 EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE POR PRECIPITAÇÃO DE UM LUGAR ELEVADO, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL (2010-2013)

	2010			2011			2012			2013		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
15 - 24	1	1	2	2	4	6	4	0	4	2	1	3
25 - 34	2	3	5	4	3	7	9	0	9	10	4	14
35 - 44	9	4	13	9	9	18	10	4	14	10	3	13
45 - 54	5	3	8	4	2	6	6	6	12	11	7	18
55 - 64	6	3	9	1	7	8	5	4	9	8	0	8
65 - 74	6	7	13	8	4	12	10	4	14	5	8	13
75 e +	10	6	16	6	2	8	6	3	9	9	6	15
Total	40	27	67	34	31	65	50	21	71	55	29	84

Códigos da CID 10: X80

Fonte: INE, IP (2016)

FIGURA 15 EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) NA POPULAÇÃO MASCULINA, POR MEIO UTILIZADO, PORTUGAL (2010-2013)

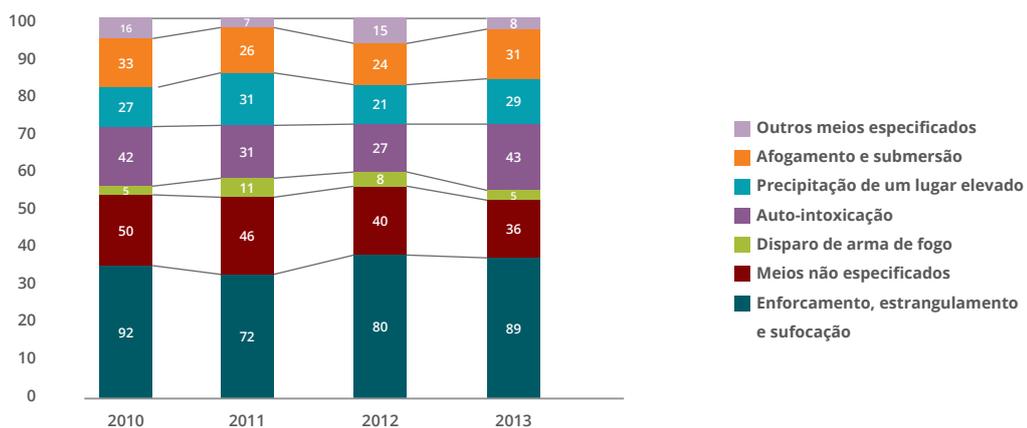


Fonte: INE, IP (2016)

No período entre 2010 e 2013 mais de metade dos suicídios (50% a 55%) na população masculina foram consumados por recurso a enforcamento, estrangulamento e sufocação. A utilização de arma de fogo, a auto-intoxicação e o afogamento e submersão atingiram proporções mais

elevadas em 2010: respetivamente 13,2%, 9,1% e 5,8%. Tendência oposta seguiu o recurso à precipitação de um lugar elevado para consumir o suicídio, que foi utilizado em 4,8% dos óbitos por esta causa em 2010, aumentando esta proporção para 6,8% em 2013.

FIGURA 16 EVOLUÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) NA POPULAÇÃO FEMININA, POR MEIO UTILIZADO, PORTUGAL (2010-2013)



Fonte: INE, IP (2016)

Tal como entre a população masculina, o enforcamento, o estrangulamento e a sufocação foram os meios mais utilizados no suicídio de mulheres, no período em análise (cerca de um terço dos óbitos), atingindo uma proporção mais elevada (37,2%) em 2012. A auto-intoxicação foi o segun-

do meio especificado mais frequente, utilizado em média em 15% dos suicídios femininos neste período, mas atingindo 17,8% em 2013. Os suicídios por afogamento e submersão representaram 12% do total. 2013 foi também o ano em que esta proporção foi mais elevada (12,9%).

2.2.5. Caracterização da mortalidade por suicídio nos Estados Membros da União Europeia

A comparação das taxas de suicídio 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. 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 26 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (X60-X84) - TODAS AS IDADES, POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO, ESTADOS MEMBROS DA UE (2009-2013)

ESTADOS-MEMBROS DA UE	ANOS														
	2009			2010			2011			2012			2013		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	7,85	13,48	3,12	8,23	13,61	3,78	7,72	13,03	3,27	7,95	13,97	2,86	7,81	13,11	3,32
Alemanha	9,51	15,06	4,41	9,95	15,60	4,71	9,92	15,68	4,56	9,60	14,78	4,78	9,85	15,35	4,83
Áustria	12,84	20,94	5,69	12,75	20,81	5,56	12,83	20,58	6,03	12,36	20,44	5,11	12,25	19,37	5,97
Bélgica	16,97	25,16	9,22	16,85	24,94	9,24	17,13	24,99	9,74	16,53	24,88	8,61	...	...	...
Bulgária	9,35	15,56	3,93	9,26	15,32	4,03	8,55	14,57	3,11	9,54	15,87	3,92	...	...	...
Chipre	3,75	6,17	1,55	4,25	6,99	1,84	3,39	5,99	0,99	3,92	7,70	0,40	...	...	...
Croácia	14,96	26,00	5,49	14,68	24,28	6,52	13,14	21,35	6,21	15,02	25,27	6,07	13,73	23,32	5,17
Dinamarca	9,94	15,81	4,30	9,08	13,45	4,99	9,57	14,60	4,72	10,54	16,22	5,06	...	...	...
Eslováquia	10,30	19,74	1,89	10,77	19,40	3,01	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovénia	18,71	30,64	7,33	17,17	29,32	6,09	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espanha	6,34	10,27	2,73	5,77	9,36	2,49	5,74	9,12	2,63	6,31	10,02	2,88	6,98	10,81	3,41
Estónia	18,25	33,93	5,30	14,83	27,31	4,46	14,29	26,65	4,51	...	...	...	...	...	...
Finlândia	18,26	27,33	9,50	16,78	25,67	8,08	15,85	24,99	7,01	15,17	23,07	7,52	15,26	23,15	7,64
França	15,04	23,48	7,49	14,76	22,93	7,44	14,66	23,13	7,06	...	...	...	...	...	...
Grécia	3,02	5,23	0,86	2,86	5,17	0,62	3,71	6,17	1,32	3,96	6,67	1,42	...	...	...
Holanda	8,46	12,05	5,01	8,84	12,65	5,16	9,10	12,73	5,59	9,63	13,31	6,06	10,05	14,43	5,80
Hungria	21,79	37,12	8,84	21,72	37,48	8,47	21,25	35,78	8,75	20,25	34,48	8,19	17,92	30,00	7,69
Irlanda	11,61	18,57	4,67	10,89	17,33	4,49	12,05	20,11	4,12	11,89	19,76	4,23	...	...	...
Itália	5,41	8,82	2,33	5,41	8,89	2,23	5,69	9,47	2,27	5,90	9,66	2,45	...	...	...
Letónia	21,92	39,98	7,03	18,81	36,54	4,21	18,73	35,72	5,05	19,45	36,58	5,02	...	...	...
Lituânia	33,20	61,56	9,18	30,27	54,52	9,47	30,80	55,08	10,14	28,28	51,23	8,74	...	...	...
Luxemburgo	8,79	13,44	4,21	9,69	15,76	3,97	9,49	13,14	5,86	8,67	13,44	4,01	6,61	8,21	5,03
Malta	7,88	14,34	1,47	7,33	14,01	0,70	4,64	9,14	0,00	5,51	8,46	2,70	5,02	9,51	0,48
Polónia	15,78	28,26	4,34	15,23	27,60	3,76	14,60	26,67	3,40	15,13	27,52	3,57	14,77	26,64	3,76
Reino Unido	6,60	10,52	2,78	6,43	10,09	2,88	6,75	10,70	2,89	6,73	10,87	2,72	7,22	11,72	2,88
República Checa	12,40	21,81	3,73	12,77	22,08	4,15	13,57	23,62	4,09	13,79	23,91	4,34	13,42	22,80	4,64
Roménia	11,17	19,92	3,17	11,90	20,81	3,68	10,97	19,46	3,11	10,74	19,31	2,82	...	...	...
Suécia	12,33	17,71	7,07	11,09	16,37	5,90	10,89	15,50	6,30	11,07	15,73	6,52	11,63	16,41	6,93
União Europeia	10,39	16,92	4,38	10,26	16,65	4,36	10,24	16,67	4,29	10,30	16,75	4,32	10,39	16,85	4,42

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, December 2015

QUADRO 27 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (X60-X84) - 0-64 ANOS DE IDADE, POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO, ESTADOS MEMBROS DA UE (2009-2013)

ESTADOS-MEMBROS DA UE	ANOS														
	2009			2010			2011			2012			2013		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	6,31	10,41	2,45	6,47	10,03	3,13	6,39	10,17	2,85	6,34	10,87	2,10	6,23	10,13	2,59
Alemanha	8,29	12,71	3,77	8,70	13,31	3,99	8,58	13,20	3,87	8,35	12,50	4,10	8,52	12,88	4,12
Áustria	10,86	17,12	4,63	11,05	17,36	4,77	11,00	16,91	5,13	10,31	16,55	4,07	9,91	14,87	4,97
Bélgica	16,22	23,52	8,84	15,98	23,11	8,77	16,15	23,10	9,11	15,49	22,93	7,94	...	...	...
Bulgária	7,66	12,67	2,87	7,51	12,16	3,01	7,44	12,41	2,53	7,91	12,75	3,09	...	...	...
Chipre	3,61	5,77	1,57	4,13	6,42	2,07	3,29	5,75	0,97	4,29	8,42	0,45	...	...	...
Croácia	12,45	20,99	4,02	11,97	19,10	4,96	10,69	16,43	5,01	12,81	20,83	4,87	12,15	19,93	4,43
Dinamarca	8,73	13,74	3,63	8,03	11,62	4,40	8,82	13,42	4,15	9,59	14,70	4,40	...	...	...
Eslováquia	9,83	18,11	1,76	10,45	18,16	2,88	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovénia	16,65	27,09	5,69	15,21	24,52	5,37	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espanha	5,46	8,53	2,36	5,02	7,82	2,19	4,93	7,60	2,25	5,54	8,49	2,55	6,14	9,23	3,03
Estónia	17,11	31,72	4,08	13,89	25,16	3,65	12,77	22,96	3,60	...	...	...	...	...	...
Finlândia	18,16	26,36	9,73	16,69	25,08	8,07	15,68	23,99	7,15	14,98	22,03	7,72	14,99	22,16	7,62
França	13,70	20,76	6,82	13,52	20,39	6,82	13,42	20,43	6,59	...	...	...	...	...	...
Grécia	2,86	4,92	0,78	2,67	4,77	0,55	3,60	5,87	1,31	3,75	6,20	1,35	...	...	...
Holanda	8,16	11,50	4,77	8,62	12,16	5,03	8,93	12,42	5,41	9,40	13,01	5,75	9,73	13,96	5,47
Hungria	19,76	32,35	7,82	19,35	32,29	7,16	19,36	31,97	7,40	17,89	29,47	6,82	15,95	25,65	6,70
Irlanda	11,89	19,10	4,66	11,45	18,27	4,62	12,72	21,02	4,47	12,41	20,35	4,58	...	...	...
Itália	4,74	7,42	2,08	4,78	7,62	1,98	5,01	8,06	2,03	5,31	8,52	2,16	...	...	...
Letónia	21,24	37,36	6,48	18,24	34,45	3,45	17,21	31,43	4,13	18,69	34,33	4,28	...	...	...
Lituânia	32,59	59,21	8,41	29,86	52,90	8,86	30,16	53,23	9,07	27,48	48,69	7,97	...	...	...
Luxemburgo	7,59	11,78	3,31	9,60	14,69	4,30	8,51	12,05	4,83	7,81	11,72	3,73	5,09	6,19	3,92
Malta	7,87	13,85	1,65	7,23	13,83	0,36	5,21	10,27	0,00	5,07	7,34	2,70	5,48	10,31	0,54
Polónia	15,43	27,11	4,03	14,86	26,49	3,43	14,38	25,76	3,18	14,90	26,68	3,30	14,46	25,48	3,58
Reino Unido	6,70	10,68	2,75	6,51	10,18	2,87	6,87	10,85	2,91	6,87	11,07	2,73	7,32	11,82	2,87
República Checa	11,70	19,92	3,35	12,01	20,05	3,83	12,99	21,97	3,84	12,89	21,78	3,80	12,70	20,92	4,29
Roménia	10,47	18,34	2,82	11,22	19,55	3,12	10,28	18,18	2,59	10,17	17,96	2,55	...	...	...
Suécia	11,79	16,61	6,82	10,41	15,16	5,52	10,42	14,73	5,99	10,49	14,47	6,39	10,89	15,07	6,57
União Europeia	9,62	15,34	3,96	9,51	15,13	3,94	9,51	15,18	3,90	9,57	15,27	3,92	9,63	15,30	4,03

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, December 2015

QUADRO 28 TAXA DE MORTALIDADE PADRONIZADA POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (X60-X84) - 65 E MAIS ANOS, POR 100.000 HABITANTES, POR SEXO, ESTADOS MEMBROS DA UE (2009-2013)

ESTADOS-MEMBROS DA UE	ANOS														
	2009			2010			2011			2012			2013		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
Portugal	20,33	38,34	8,50	22,42	42,59	9,05	18,47	36,15	6,64	20,96	39,06	8,99	20,62	37,29	9,23
Alemanha	19,41	34,06	9,57	20,04	34,08	10,50	20,71	35,71	10,18	19,75	33,25	10,29	20,64	35,37	10,57
Áustria	28,89	51,86	14,23	26,53	48,73	11,98	27,66	50,34	13,33	28,99	51,94	13,50	31,12	55,78	13,99
Bélgica	23,03	38,50	12,32	23,91	39,72	13,10	25,07	40,29	14,78	24,94	40,67	13,98	...	...	...
Bulgária	23,02	38,94	12,50	23,46	40,90	12,31	17,52	32,07	7,77	22,68	41,08	10,66	...	...	...
Chipre	4,89	9,41	1,37	5,20	11,55	0,00	4,17	7,90	1,12	0,91	1,92	0,00	...	...	...
Croácia	35,27	66,53	17,43	36,64	66,18	19,11	32,94	61,13	15,97	32,86	61,21	15,82	26,57	50,82	11,19
Dinamarca	19,75	32,51	9,69	17,63	28,22	9,83	15,69	24,11	9,27	18,26	28,48	10,41	...	...	...
Eslováquia	14,13	32,97	2,97	13,36	29,37	4,10	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslovénia	35,30	59,35	20,63	33,09	68,14	11,85	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Espanha	13,46	24,31	5,71	11,89	21,79	4,86	12,30	21,47	5,68	12,59	22,37	5,62	13,75	23,55	6,47
Estónia	27,52	51,80	15,20	22,44	44,69	11,03	26,62	56,51	11,85	...	...	...	...	...	...
Finlândia	19,05	35,14	7,63	17,44	30,43	8,10	17,24	33,05	5,86	16,71	31,52	5,93	17,48	31,11	7,82
França	25,90	45,51	12,87	24,83	43,48	12,46	24,72	44,99	10,88	...	...	...	...	...	...
Grécia	4,26	7,73	1,53	4,39	8,39	1,23	4,61	8,62	1,40	5,73	10,45	1,98	...	...	...
Holanda	10,84	16,47	6,97	10,67	16,62	6,22	10,44	15,31	6,98	11,48	15,70	8,61	12,67	18,22	8,52
Hungria	38,21	75,69	17,11	40,90	79,50	19,11	36,56	66,66	19,61	39,28	75,05	19,28	33,82	65,22	15,64
Irlanda	9,34	14,29	4,74	6,41	9,77	3,40	6,60	12,70	1,26	7,66	14,98	1,34	...	...	...
Itália	10,84	20,14	4,33	10,43	19,22	4,22	11,19	20,83	4,24	10,70	18,86	4,81	...	...	...
Letónia	27,44	61,19	11,44	23,45	53,46	10,31	31,03	70,38	12,50	25,59	54,76	11,04	...	...	...
Lituânia	38,14	80,55	15,34	33,57	67,62	14,38	36,00	70,06	18,78	34,79	71,76	14,92	...	...	...
Luxemburgo	18,49	26,91	11,47	10,41	24,46	1,31	17,46	21,91	14,16	15,63	27,37	6,32	18,90	24,53	13,95
Malta	7,99	18,33	0,00	8,20	15,46	3,45	0,00	0,00	0,00	9,06	17,50	2,72	1,30	3,01	0,00
Polónia	18,63	37,54	6,80	18,15	36,66	6,38	16,40	34,06	5,17	16,95	34,28	5,77	17,31	36,00	5,26
Reino Unido	5,80	9,22	3,07	5,80	9,40	2,99	5,74	9,45	2,74	5,57	9,25	2,61	6,48	10,86	2,93
República Checa	18,05	37,11	6,75	18,95	38,51	6,70	18,28	36,95	6,13	21,10	41,10	8,65	19,25	38,02	7,47
Roménia	16,88	32,75	6,02	17,45	31,00	8,26	16,47	29,80	7,28	15,32	30,21	5,05	...	...	...
Suécia	16,66	26,60	9,04	16,53	26,16	8,90	14,63	21,81	8,75	15,77	25,86	7,64	17,69	27,22	9,76
União Europeia	16,98	30,20	7,93	16,71	29,43	7,96	16,54	29,33	7,57	16,59	29,21	7,73	16,87	29,76	7,78

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, December 2015

3. MORBILIDADE E IMPACTO GLOBAL DAS PERTURBAÇÕES MENTAIS

3.1. 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 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 as de ansiedade (Figuras 17 a 19), as principais entidades nosológicas que integram o grupo das designadas perturbações mentais comuns.

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 29 a 31).

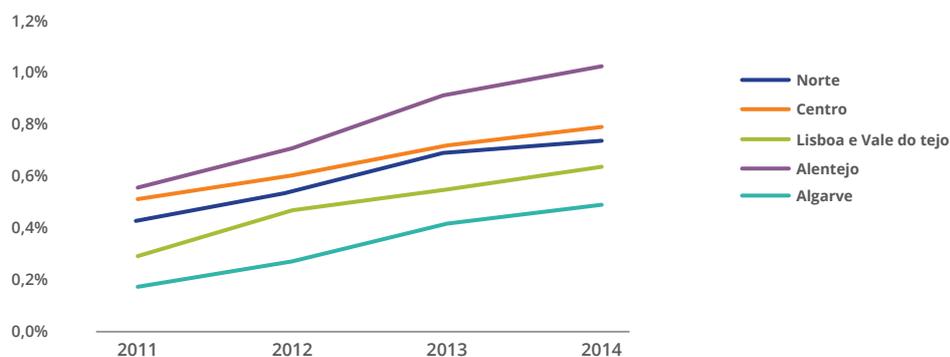
A proporção maior de doentes com registo de demência e de perturbações de ansiedade encontra-se na região do Alentejo e a proporção de registo de utentes com perturbações depressivas é mais elevada na região Centro. As proporções mais baixas de registo de utentes nos CSP surgem, para os três tipos de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

QUADRO 29 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE DEMÊNCIAS ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

	2011	2012	2013	2014
Norte	0,44%	0,55%	0,68%	0,75%
Centro	0,51%	0,60%	0,71%	0,78%
Lisboa e Vale do Tejo	0,31%	0,47%	0,55%	0,64%
Alentejo	0,56%	0,70%	0,90%	1,01%
Algarve	0,19%	0,28%	0,42%	0,49%

Código: ICPC-2: P70
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

FIGURA 17 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE DEMÊNCIAS ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

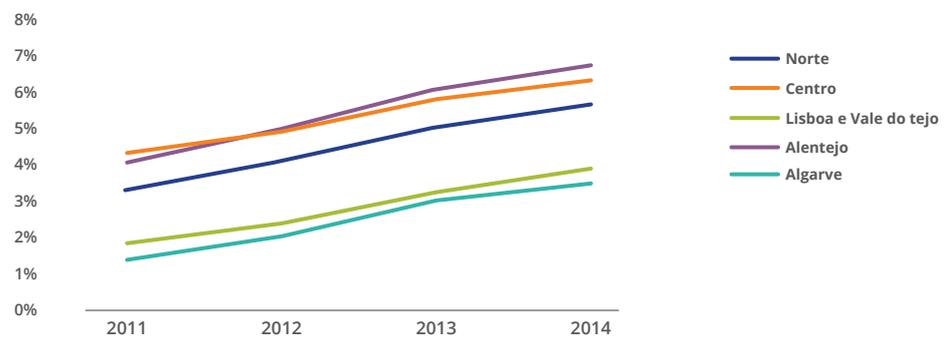


Código: ICPC-2: P70
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

QUADRO 30 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

	2011	2012	2013	2014
Norte	3,34%	4,16%	5,08%	5,65%
Centro	4,27%	4,94%	5,79%	6,32%
Lisboa e Vale do Tejo	1,88%	2,79%	3,21%	3,81%
Alentejo	4,14%	4,97%	6,04%	6,70%
Algarve	1,44%	2,09%	2,96%	3,45%

Código: ICPC-2: P74
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

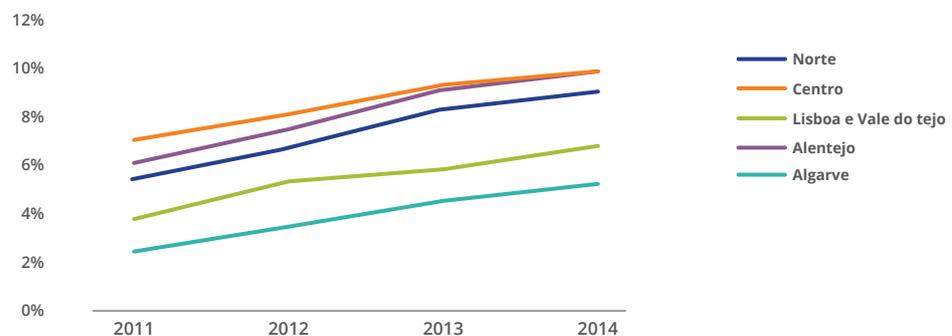
FIGURA 18 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

Código: ICPC-2: P74
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

QUADRO 31 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

	2011	2012	2013	2014
Norte	5,42%	6,61%	8,03%	8,86%
Centro	6,88%	7,88%	9,06%	9,73%
Lisboa e Vale do Tejo	3,71%	5,23%	5,74%	6,63%
Alentejo	6,05%	7,23%	8,74%	9,62%
Algarve	2,40%	3,34%	4,43%	5,04%

Código: ICPC-2: P76
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

FIGURA 19 PROPORÇÃO DE UTENTES COM REGISTO DE PERTURBAÇÕES DEPRESSIVAS ENTRE OS UTENTES INSCRITOS ATIVOS EM CSP (%), POR REGIÃO DE SAÚDE (2011-2014)

Código: ICPC-2: P76
 Fonte: SPMS/SIARS, 2015

4. CAPACIDADE DISPONÍVEL

No que diz respeito ao sector público, poder-se-á consultar a versão final do Relatório do Grupo de Trabalho (GT) constituído nos termos do Despacho

N.º 3250/2014, coordenado pela ACSS, no site www.acss.min-saude.pt.*

4.1. Funcionamento

4.1.1. Hospitais

4.1.1.1. Produção hospitalar

QUADRO 32 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A DEMÊNCIAS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO INTERNAMENTO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

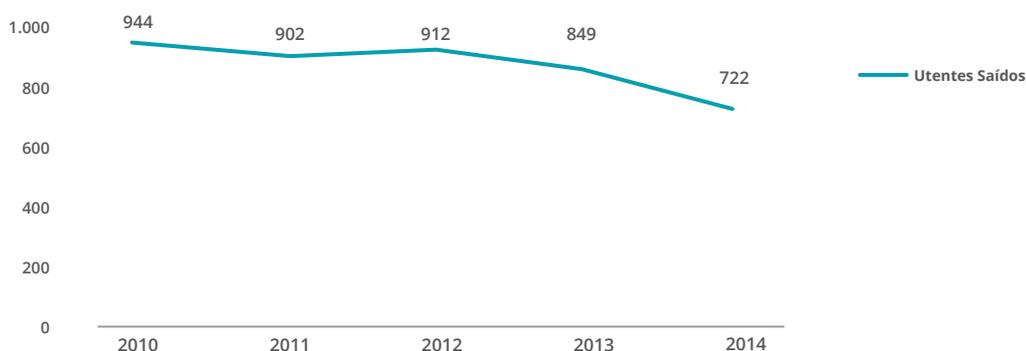
	DEMÊNCIAS				
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	944	902	912	849	722
Dias Internamento	16.829	17.685	16.939	14.448	14.077
Demora Média	17,8	19,6	18,6	17,0	19,5
Day Cases (DC)	25	16	33	27	13
Demora Média sem DC	18,3	20,0	19,3	17,6	19,9
Óbitos	23	19	18	21	22

Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico principal)
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

Este registo deve ser analisado com precaução, uma vez que a maioria das perturbações demen-

ciais internadas são-no por qualquer comorbilidade (ver parágrafo seguinte).

FIGURA 20 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A DEMÊNCIAS COMO DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DO INTERNAMENTO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico principal)
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

* [http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioSaudeMentalePsiquiatria%20\(pub.%2025.11.2015\).pdf](http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/RelatorioSaudeMentalePsiquiatria%20(pub.%2025.11.2015).pdf)

O acréscimo de internamentos em que existe comorbilidade em pessoas com demências (Quadro 33 e seguintes) deve-se provavelmente ao envelhecimento crescente da população.

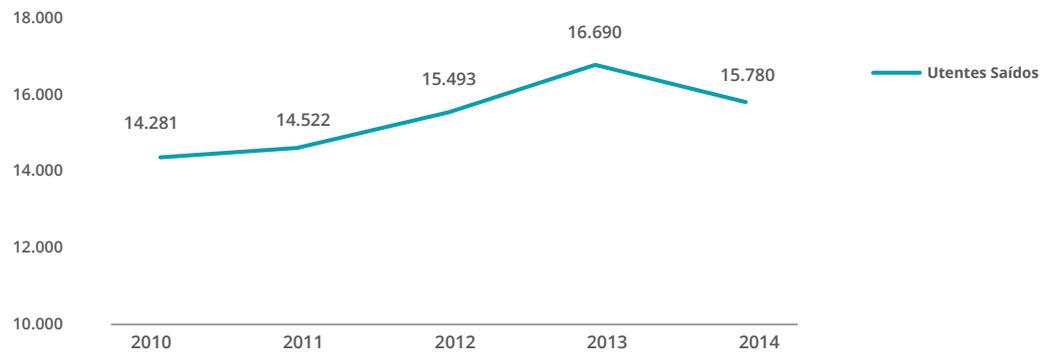
Por motivos técnicos não foi possível, em tempo útil, retirar dos registos clínicos as nosologias responsáveis por esses episódios.

QUADRO 33 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A DEMÊNCIAS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DO INTERNAMENTO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

	DEMÊNCIAS				
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	14.281	14.522	15.493	16.690	15.708
Óbitos	2.526	2.519	2.863	2.845	2.720

Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico secundário)
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 21 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A DEMÊNCIAS COMO DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO DO INTERNAMENTO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Códigos CID 9 MC: 290 (diagnóstico secundário)
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 34 RANKING DAS 15 CAUSAS PRINCIPAIS ASSOCIADAS ÀS DEMÊNCIAS COMO CAUSAS SECUNDÁRIA 2010-2014

LUGAR NO RANKING	2010	2011	2012	2013	2014
1	486	486	486	486	486
2	599	599	599	599	599
3	434	434	466	466	466
4	466	466	434	434	434
5	482	482	482	482	428
6	428	428	428	038	482
7	507	820	820	428	038
8	485	507	507	276	595
9	276	485	038	507	507
10	519	276	485	595	276
11	820	038	276	820	820
12	250	250	595	250	590
13	038	519	250	485	519
14	491	491	519	519	491
15	595	595	491	491	250

486	Pneumonia devida a microrganismo não especificado	507	Pneumonite devida a sólidos ou líquidos
599	Afeções da uretra e do tracto urinário, NCOP	276	Perturbações dos fluídos dos electrólitos e do equilíbrio ácido-base
466	Bronquite e bronquiolite agudas	820	Fractura do cólo do fémur
434	Oclusão de artérias cerebrais	485	Broncopneumonia devida a microrganismo não especificado
428	Insuficiência cardíaca	519	Doenças do aparelho respiratório, NCOP
482	Pneumonia bacteriana não classificável em outra parte	250	Diabetes <i>mellitus</i>
038	Septicémia	590	Infeções do rim
595	Cistite	491	Bronquite crónica

NCOP - Não classificado em outra parte

Fonte: GDH-ACSS/DGS, 2016

Como era previsível, quer os casos de mortalidade quer de morbilidade referenciados às Demências, como diagnóstico único/principal ou como comorbilidade, tanto a nível hospitalar como dos CSP, são relativamente diminutos face à previsão epidemiológica de cerca de 160.000 casos em Portugal, 90.000 dos quais sob a forma de

Doença de Alzheimer. Esta discrepância numérica traduz o que é óbvio para quem conhece a realidade nacional neste contexto: a esmagadora maioria dessas pessoas está institucionalizada ou em ambiente familiar, só chegando ao SNS franquias muito reduzidas.

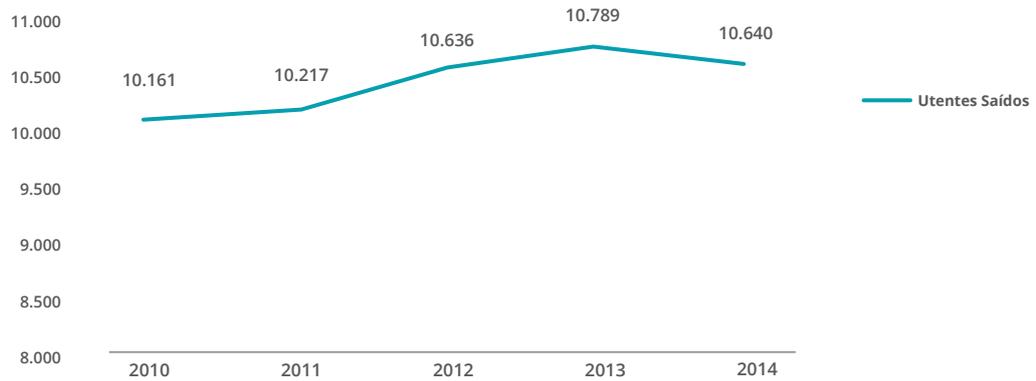
QUADRO 35 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PSICOSES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

	PSICOSES				
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	10.161	10.217	10.636	10.789	10.640
Dias Internamento	210.982	226.967	210.979	220.088	212.899
Demora Média	20,8	22,2	19,8	20,4	20,0
Day Cases (DC)	330	301	383	397	396
Demora Média sem DC	21,5	22,9	20,6	21,2	20,8
Óbitos	24	38	30	29	30

Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 430

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 22 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PSICOSES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 430
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

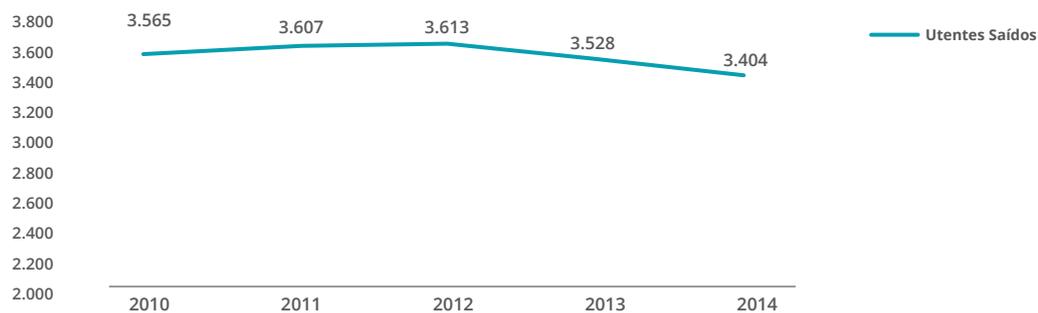
Como se regista nos gráficos seguintes as psicoses esquizofrénicas mantiveram uma tendência de descida no total de doentes saídos, dias de internamento e demora média, decréscimos que também se verificam para 2014 nos internamentos de psicoses afetivas e de outras psicoses orgânicas não classificadas em outra parte (NCOP), aqui em contraciclo com o verificado nos últimos anos.

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 36 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

	PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS				
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	3.565	3.607	3.613	3.528	3.404
Dias Internamento	89.017	108.879	82.389	88.544	84.801
Demora Média	25,0	30,2	22,8	25,1	24,9
Day Cases (DC)	121	86	137	104	104
Demora Média sem DC	25,9	30,9	23,7	25,9	25,7
Óbitos	8	14	10	12	8

Códigos CID 9 MC: 295
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 23 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

Códigos CID 9 MC: 295
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 37 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PSICOSES AFETIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

	PSICOSES AFETIVAS				
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	5.036	5.081	5.243	5.483	5.163
Dias Internamento	94.431	92.187	98.333	99.267	92.009
Demora Média	18,8	18,1	18,8	18,1	17,8
Day Cases (DC)	126	158	143	182	188
Demora Média sem DC	19,2	18,7	19,3	18,7	18,5
Óbitos	14	16	13	12	12

Códigos CID 9 MC: 296
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 24 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PSICOSES AFETIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

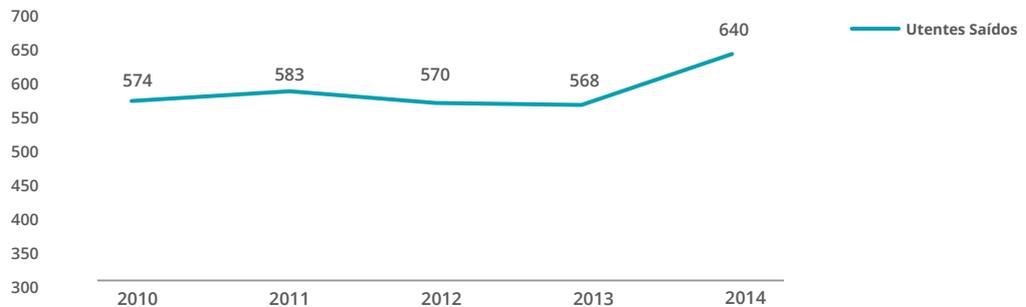
Códigos CID 9 MC: 296
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 38 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES DELIRANTES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÕES DELIRANTES					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	574	583	570	568	640
Dias Internamento	13.099	12.415	12.721	11.820	13.076
Demora Média	22,8	21,3	22,3	20,8	20,4
Day Cases (DC)	27	15	30	18	24
Demora Média sem DC	24,0	21,9	23,6	21,5	21,2
Óbitos	0	...	...	...	...

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 297

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 25 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PERTURBAÇÕES DELIRANTES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

Códigos CID 9 MC: 297

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

Quanto às Psicoses não Orgânicas NCOP (não codificadas em outra parte), também sem avançar qualquer interpretação, regista-se que o total

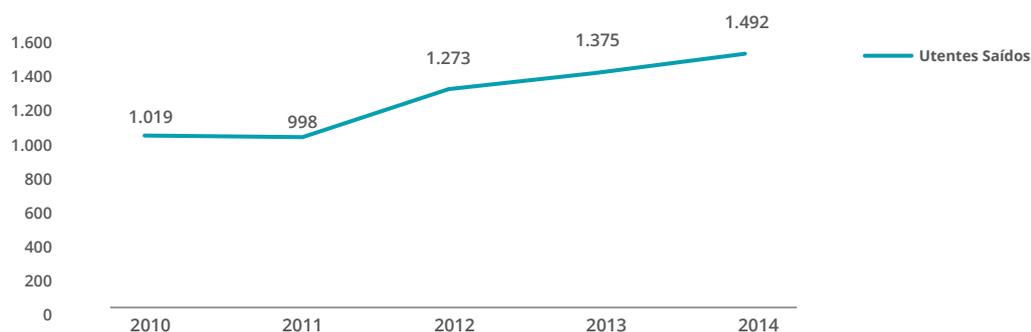
de doentes saídos aumentou pelo 3º ano consecutivo, com os indicadores referentes a dias de internamento e demora média em oscilações.

QUADRO 39 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	1.019	998	1.273	1.375	1.492
Dias Internamento	15.416	14.852	18.776	25.469	23.872
Demora Média	15,1	14,9	14,8	18,5	16,0
Day Cases (DC)	56	45	77	95	83
Demora Média sem DC	16,0	15,6	15,7	19,7	16,9
Óbitos	3	6	8	7	10

NCOP – não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 298

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

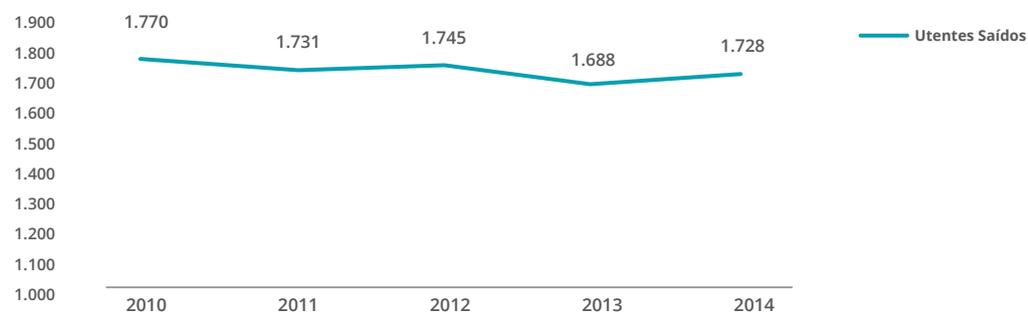
FIGURA 26 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)


Códigos CID 9 MC: 298
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 40 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE, DISSOCIATIVAS E SOMATOFORMES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE, DISSOCIATIVAS E SOMATOFORMES					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	1.770	1.731	1.745	1.688	1.728
Dias Internamento	20.866	19.284	20.119	18.204	18.889
Demora Média	11,8	11,1	11,5	10,8	10,9
Day Cases (DC)	108	83	81	79	98
Demora Média sem DC	12,6	11,8	12,1	11,3	11,6
Óbitos	...	0	0	4	3

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 300
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 27 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PERTURBAÇÕES DA ANSIEDADE, DISSOCIATIVAS E SOMATOFORMES, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)


Códigos CID 9 MC: 300.
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

Mantem-se a tendência para uma quase invariância nos indicadores das entidades consideradas nos Quadros 40 a 42, (correspondentes às figuras 27, 28 e 29), continuando sem se conseguir

identificar se decorre de critérios de internamento mais judiciosos ou de uma resposta em ambulatório, nos CSP, mais eficaz, por mais atenta e disponível.

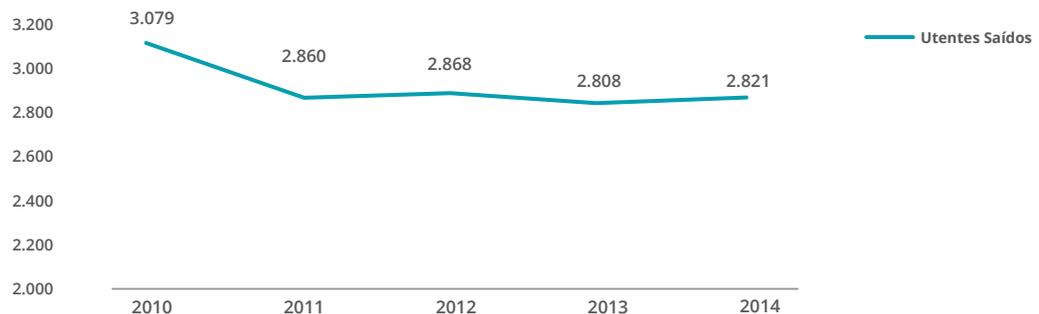
QUADRO 41 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A NEUROSES DEPRESSIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

NEUROSES DEPRESSIVAS					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	3.079	2.860	2.868	2.808	2.821
Dias Internamento	35.005	31.733	31.781	32.551	31.086
Demora Média	11,4	11,1	11,1	11,6	11,0
Day Cases (DC)	200	144	182	174	204
Demora Média sem DC	12,2	11,7	11,8	12,4	11,9
Óbitos	8	...	4	4	4

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 426

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 28 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A NEUROSES DEPRESSIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 426

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

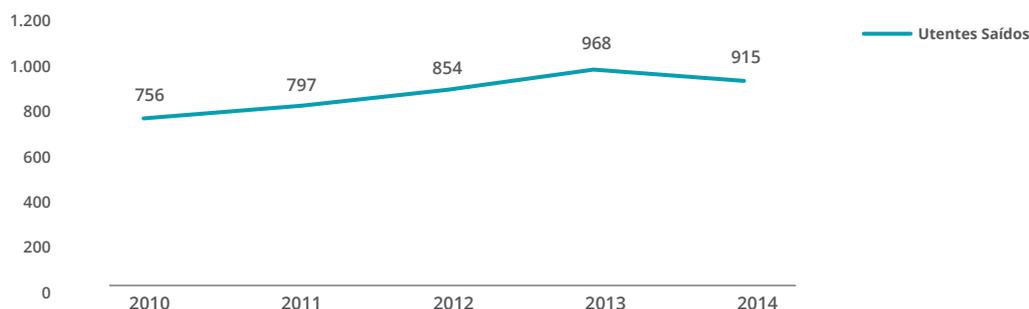
QUADRO 42 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A NEUROSES EXCETO AS DEPRESSIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

NEUROSES EXCETO AS DEPRESSIVAS					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	756	797	854	968	915
Dias Internamento	9.031	8.029	9.744	9.783	10.375
Demora Média	12,0	10,1	11,4	10,1	11,3
Day Cases (DC)	34	43	39	48	23
Demora Média sem DC	12,5	10,7	12,0	10,6	11,6
Óbitos	0	0	0	0	...

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 427

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 29 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A NEUROSES EXCETO AS DEPRESSIVAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



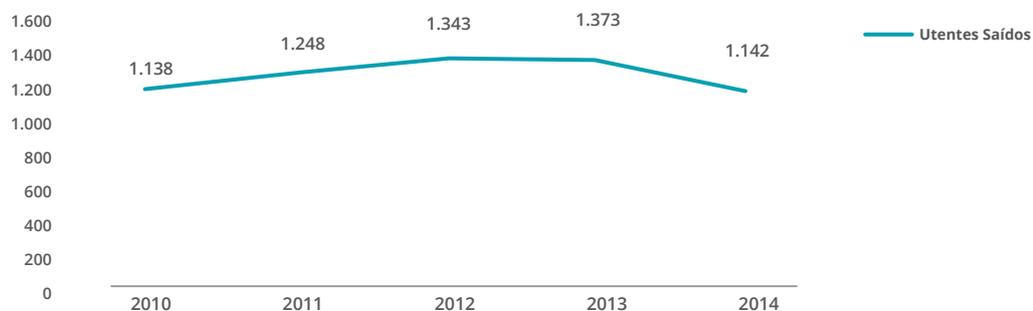
Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 427
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 43 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE E DO CONTROLO DOS IMPULSOS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE E DO CONTROLO DOS IMPULSOS					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	1.138	1.248	1.343	1.373	1.142
Dias Internamento	13.579	13.082	18.524	14.809	13.926
Demora Média	11,9	10,5	13,8	10,8	12,2
Day Cases (DC)	64	72	102	105	69
Demora Média sem DC	12,6	11,1	14,9	11,7	13,0
Óbitos	0	...	...	0	...

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 428
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 30 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES DA PERSONALIDADE E DO CONTROLO DOS IMPULSOS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 428
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

Quer as Perturbações de Personalidade e de Controlo dos Impulsos, quer as Perturbação de Comportamento NCOP, tendencialmente não carecem de recurso frequente a internamento hospitalar. De sublinhar que a 1ª entidade figurara no 1º Estudo Epidemiológico Nacional de

Saúde Mental (2013), com uma taxa de prevalência anual de 3,5%, a mais elevada entre as dos países europeus integrados no mesmo *Survey* da OMS, situação que determina uma atenção especial para as evoluções dos indicadores em apreciação, onde não se estranha a evolução errática.

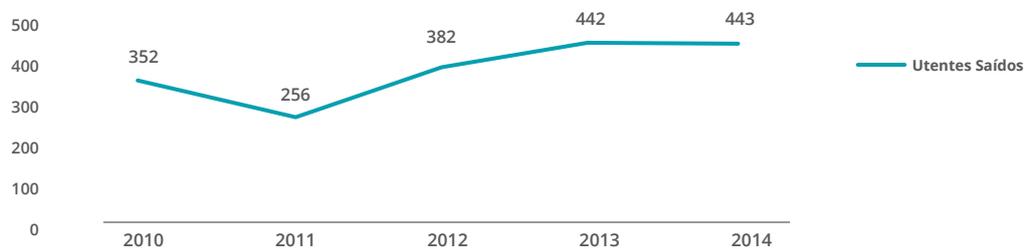
QUADRO 44 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO NCOP, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO NCOP					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	352	256	382	442	443
Dias Internamento	3.993	2.422	4.529	6.480	5.178
Demora Média	11,3	9,5	11,9	14,7	11,7
Day Cases (DC)	31	14	43	37	27
Demora Média sem DC	12,4	10,0	13,4	16,0	12,5
Óbitos	...	...	0	3	0

... Dado confidencial. NCOP – não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 312

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 31 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A PERTURBAÇÃO DE COMPORTAMENTO NCOP, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



NCOP – não codificado em outra parte. Códigos CID 9 MC: 312

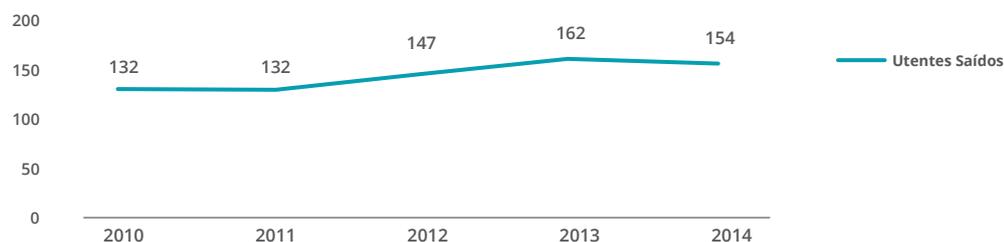
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

QUADRO 45 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A ANOREXIA NERVOSA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

ANOREXIA NERVOSA					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	132	132	147	162	154
Dias Internamento	3.801	5.030	5.490	5.889	5.487
Demora Média	28,8	38,1	37,4	36,4	35,6
Day Cases (DC)	...	4	0	3	3
Demora Média sem DC	...	39,3	37,4	37,0	36,3
Óbitos	0	0	...	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.1

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 32 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ANOREXIA NERVOSA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)


Códigos CID 9 MC: 307.1

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

As modificações referentes a 2014 em nada alteraram as contextualizações que figuram no relatório anterior.

QUADRO 46 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A ANOREXIA NERVOSA, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

ANOREXIA NERVOSA										
	2010		2011		2012		2013		2014	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Utentes saídos										
0-17	3	62	9	51	5	56	6	69	8	65
18-39	4	52	6	55	4	61	3	56	4	120
40-64	0	11	0	9	...	17	0	26	0	24
65-79	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dias de internamento										
0-17	32	1.861	287	2.465	210	2.800	132	3.292	119	2.678
18-39	166	1.333	289	1.748	100	1.952	96	1.701	120	1.752
40-64	0	409	0	215	34	356	0	631	0	800
65-79	0	0	0	26	22	16	0	37	0	18
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Demora média										
0-17	11,0	30,0	32,0	48,3	42,0	50,0	22,0	47,7	14,9	41,2
18-39	42,0	25,6	48,0	31,8	25,0	32,0	32,0	30,4	30,0	14,6
40-64	0	37,2	0	23,9	...	20,9	0	30,4	0	33,3
65-79	0	0	0	...	...	...	0	...	0	...
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.1

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

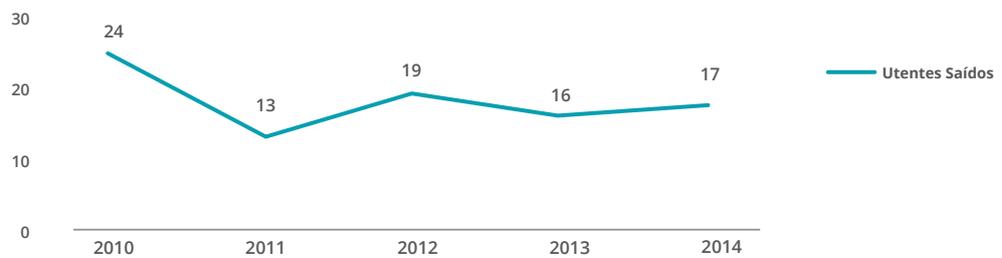
QUADRO 47 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A BULIMIA NERVOSA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

BULIMIA NERVOSA					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	24	13	19	16	17
Dias Internamento	355	147	379	325	382
Demora Média	14,8	11,3	20,0	20,3	22,5
Day Cases (DC)	3	...	0	0	...
Demora Média sem DC	16,9	...	20,0	20,3	...
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 (2015)

FIGURA 33 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A BULIMIA NERVOSA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Códigos CID 9 MC: 307.51

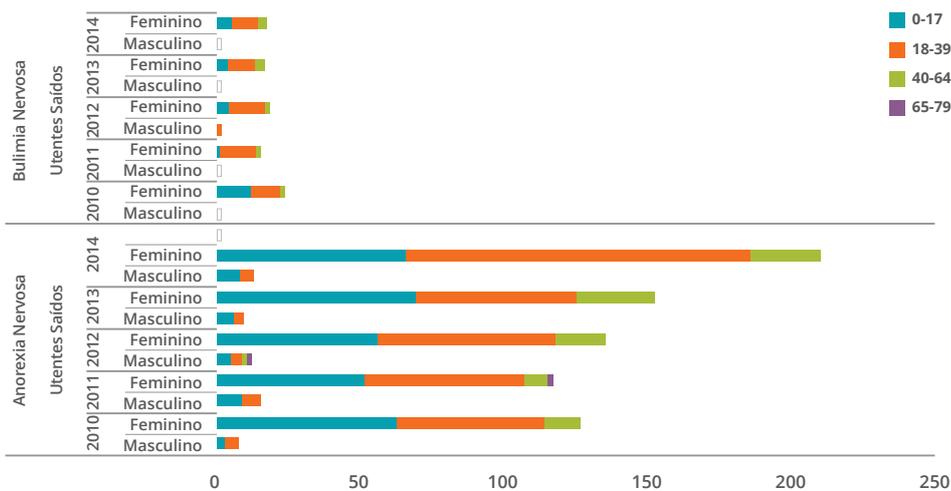
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 48 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A BULIMIA NERVOSA, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

BULIMIA NERVOSA										
2010		2011		2012		2013		2014		
H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Utentes saídos										
0-17	0	12	0	...	0	4	0	4	0	5
18-39	0	10	0	11	...	13	0	9	0	9
40-64	0	...	0	...	0	...	0	3	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 Internamento										
0-17	0	239	0	...	0	63	0	87	0	125
18-39	0	106	0	105	29	273	0	174	0	186
40-64	0	10	0	41	0	14	0	64	0	71
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	19,9	0	...	0	15,6	0	21,8	0	25,0
18-39	0	10,6	0	9,6	...	21,0	0	19,3	0	20,7
40-64	0	...	0	...	0	...	0	21,3	0	23,7
65-79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 ou +	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 307.51
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 34 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR RELATIVA A ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA, POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



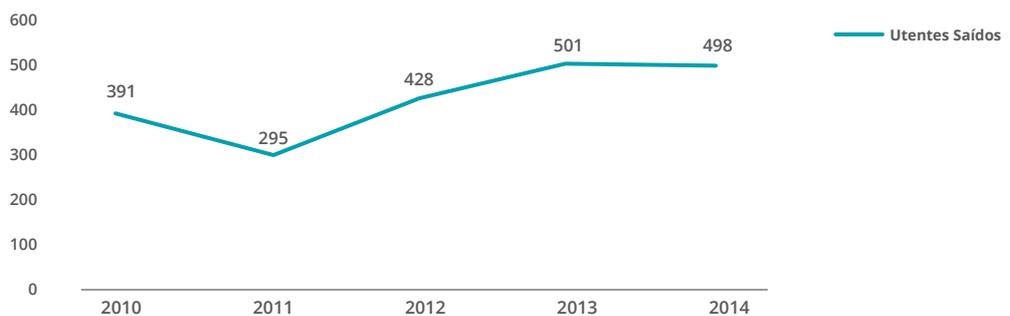
Códigos CID 9 MC: 307.1, 307.51
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 49 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	391	295	428	501	498
Dias Internamento	4.185	2.594	4.596	7.132	5.869
Demora Média	10,7	8,8	10,7	14,2	11,8
Day Cases (DC)	35	17	48	42	28
Demora Média sem DC	11,8	9,3	12,1	15,5	12,5
Óbitos	...	...	0	3	0

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 35 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)



Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 50 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR (UTENTES SAÍDOS), RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA, POR REGIÃO DE SAÚDE, SEXO E GRUPO ETÁRIO ABAIXO DOS 18 ANOS (2010-2014)

PERTURBAÇÕES MENTAIS DA INFÂNCIA										
	2010		2011		2012		2013		2014	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Norte										
<5 anos	...	4	3	...	7	...	...	5	4	...
5-9 anos	4	0	...	4	4	...	...	0	...	0
10-14 anos	5	5	3	6	6	...	5	6	...	7
15-17 anos	4	7	4	6	5	5	...	3	6	12
Centro										
<5 anos	...	...	0	3	4	3	...	...	0	...
5-9 anos	...	...	6	...	...	...	6	...	4	...
10-14 anos	6	6	3	3	7	5	8	11	4	12
15-17 anos	11	...	8	...	8	5	7	11	6	8
LVT										
<5 anos	4	...	9	3	8	3	7	3	4	3
5-9 anos	6	...	4	3	4	4	4	...	4	3
10-14 anos	16	15	15	11	15	8	9	7	8	5
15-17 anos	5	9	9	5	...	13	11	6	8	6
Alentejo										
<5 anos	0	0	0	0	0	0	...	...	0	0
5-9 anos	0	0	0	...	0	0	0	0	...	...
10-14 anos	...	...	0	0	...	0	...	0	0	...
15-17 anos	0	0	0	0	0	0	...	5	0	...
Algarve										
<5 anos	0	0	...	0	0	0	...	0	0	...
5-9 anos	0	0	0	0	...	...	...	0	0	0
10-14 anos	3	...	3	0	...	3	3	...	...	...
15-17 anos	3	3	0	0	3	...	3	5	3	...
Total Geral	73	59	71	51	79	59	76	69	58	67

... Dado confidencial. Código GDH (agrupador All Patients DRG, versão 27.0): 431
Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

Como é sabido, no SNS só existem camas específicas para crianças e adolescentes nos Departamentos de Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) do CH Lisboa Central/H. D. Estefânia (10) e no CH do Porto (*idem*), sendo alguns casos internados em Pediatria Geral ou, para os mais velhos, em unidades psiquiátricas de adultos, alternativa particularmente pouco satisfatória. Ao que se sabe, haverá também internamentos noutros hospitais do SNS, tendencialmente em camas não adstritas à SMIA, dados que não aparecem explicitados nas bases da ACSS.

Ambos os Departamentos, durante 2015, iniciaram registos próprios da atividade, quer no SU (Serviço de Urgência) quer no internamento, pelo

que se perspetiva que em próximos relatórios a informação seja mais objetiva, o que explica o empirismo da que se segue:

CHLC (2012/2013/2014)

- A média de recurso ao SU foi de 1500, com o grupo etário de 16 e mais anos francamente maioritário;
- Cerca de 10% foram internados;
- Os motivos de ida ao SU foram, decrescentemente; perturbações de comportamento ($\pm 1/4$); comportamento autoagressivos (automutilações e TS), perturbações de humor e perturbações de ansiedade, com cerca de 20% cada; perturbações psicóticas $\pm 4\%$; perturbações alimentares $\pm 2\%$.

CHP (2014)

- O recurso ao SU foi próxima do de Lisboa;
- Persegue a tentativa de ambulalatorização rápida dos casos para permitir maior rotação dos doentes, exceto nas Anorexias Nervosas que são o diagnóstico de internamento mais comum.

- Tal como em Lisboa, regista-se um, acréscimo de tentativa de recurso mais imediata para internamento, quer por parte das famílias quer de instituições sociais especializadas aparentando menor tolerância para gerirem situações de intranquilidade dos adolescentes, sobretudo alterações de comportamento.

QUADRO 51 CARACTERIZAÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS INDUZIDAS POR DROGAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)

PERTURBAÇÕES MENTAIS INDUZIDAS POR DROGAS					
	2010	2011	2012	2013	2014
Utentes Saídos	313	374	415	384	465
Dias Internamento	4.316	4.676	6.049	5.101	6728
Demora Média	13,8	12,5	14,6	13,3	14,5
Day Cases (DC)	5	10	23	13	25
Demora Média sem DC	14,0	12,9	15,4	13,8	15,3
Óbitos	4	0	0	0	0

... Dado confidencial. Códigos CID 9 MC: 292
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

FIGURA 36 EVOLUÇÃO DA PRODUÇÃO HOSPITALAR E RESPECTIVOS PADRÕES DE MORBILIDADE, RELATIVOS A PERTURBAÇÕES MENTAIS INDUZIDAS POR DROGAS, PORTUGAL CONTINENTAL (2010-2014)


Códigos CID 9 MC: 292
Fonte: GDH – ACSS/DGS (2015)

No que diz respeito à produção hospitalar relacionada com o consumo de substâncias psicoativas ilícitas:

- Manteve-se a tendência, assinalada no anterior relatório, para o acentuar dos totais de utentes saídos e de dias de internamento e, conseqüentemente, de demora média. Provavelmente resultarão do recrudescimento do consumo de substâncias psicoativas, efetuado com menor critério, registado

na literatura internacional como comum em períodos de crise económica e social, como também tem sido alertado pelo SICAD.

- Sublinhe-se que quanto ao consumo de Novas Substâncias Psicoativas (NSP), com a publicação do diploma regulador sobre as mesmas – o DL n.º 50/2014 – não se tem verificado registo de novos casos, em particular nos Serviços de Urgência hospitalar de todo o país.

4.1.1.2. Caracterização dos episódios de internamento

QUADRO 52 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS*, POR REGIÃO DE SAÚDE (2013 E 2014)

PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS*																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Internamento		Indivíduos com > 1 Internamento		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	1.972	1.922	1.345	1352	955	987	390	365	627	570	31,8	29,7	61	40	4,5%	3,0%
Centro	1.010	973	776	763	615	603	161	160	234	210	23,2	21,6	35	35	4,5%	4,6%
LVT	2.054	2.029	1.584	1537	1.268	1204	316	333	470	492	22,9	24,3	56	73	3,5%	4,8%
Alentejo	135	124	106	104	106	87	20	17	29	20	21,5	16,1	4	5	3,8%	4,1%
Algarve	208	219	171	185	171	157	30	28	37	34	17,8	15,5	12	7	7,0%	3,8%
Portugal Continental	5.379	5.267	3.982	3.941	3.115	3.038	917	903	1.397	1.326	25,0	25,2	168	160	4,2%	4,1%

* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

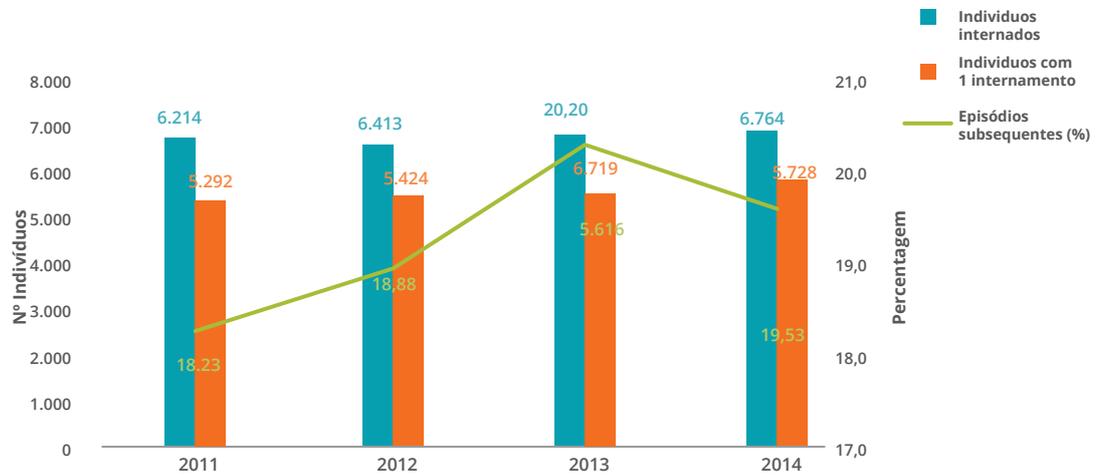
FIGURA 37 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PSICOSES ESQUIZOFRÉNICAS*, PORTUGAL CONTINENTAL (2011-2014)

* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 295. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 53 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÕES EPISÓDICAS DO HUMOR*, POR REGIÃO DE SAÚDE (2013 E 2014)

PERTURBAÇÕES EPISÓDICAS DO HUMOR*																	
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Norte	2.052	1877	1.622	1505	1.298	1230	324	275	430	372	21,0	19,8	44	23	2,7%	1,5%	
Centro	1.723	1646	1.458	1411	1.263	1237	195	174	265	235	15,4	14,3	24	19	1,7%	1,4%	
LVT	4.091	4442	3.178	3465	2.661	2916	517	549	913	977	22,3	22,0	73	107	2,3%	3,1%	
Alentejo	302	217	263	197	232	183	31	14	39	20	12,9	9,2	5	4	1,9%	2,0%	
Algarve	252	224	198	186	162	162	36	24	54	38	21,4	17,0	6	4	3,0%	2,2%	
Portugal Continental	8.420	8.406	6.719	6.764	5.616	5.728	1.103	1.036	1.701	1.642	20,2	19,5	152	157	2,3%	2,3%	

* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015).

FIGURA 38 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÕES EPISÓDICAS DO HUMOR*, PORTUGAL CONTINENTAL (2011-2014)


* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 54 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MANÍACO SIMPLES, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MANÍACO SIMPLES, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	35	14	34	14	33	14	...	0	...	0	2,86	0,00	0	0	0,00	0,00
Centro	5	6	5	6	5	6	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
LVT	33	34	33	32	33	30	0	...	0	0	0,00	5,88	0	0	0,00	0,00
Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00
Algarve	0	4	0	4	0	4	0	0	0	0	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.04. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 55 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO MANÍACA, EPISÓDIO RECORRENTE, SEVERO, COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO MANÍACA, EPISÓDIO RECORRENTE, SEVERO, COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTO PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	10	8	10	8	10	8	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	5	6	5	6	5	6	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LVT	13	24	13	23	13	22	0	...	0	...	0,00	4,17	0,00	0,00	0,00	0,00
Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Algarve	...	4	...	4	...	4	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.	0,00

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.14. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 56 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR, EPISÓDIO SIMPLES, SEVERO, COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR, EPISÓDIO SIMPLES, SEVERO COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTOS PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	54	55	54	54	54	53	0	...	0	...	0,00	1,82	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	42	50	41	49	40	48	...	...	...	...	2,38	...	...	0,00	n.d.	0,00
LVT	80	83	76	76	73	73	3	3	4	7	5,00	8,43	0,00	...	0,00	n.d.
Alentejo	...	...	...	...	...	...	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.	n.d.
Algarve	3	...	3	...	3	...	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.24. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 57 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR, EPISÓDIO RECORRENTE, SEVERO, COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO DEPRESSIVA MAJOR, EPISÓDIO RECORRENTE, SEVERO, COM MENÇÃO DE COMPORTAMENTO PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	198	53	185	51	172	49	13	...	13	...	6,57	3,77	...	0,00	n.d.	0,00
Centro	74	44	68	43	64	42	4	...	6	...	8,11	2,27	...	...	n.d.	n.d.
LVT	146	143	128	122	118	114	10	8	18	21	12,33	14,69	4,00	...	3,13	n.d.
Alentejo	9	...	7	...	5	...	...	0	...	0	22,22	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.
Algarve	5	...	5	...	5	...	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.34. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 58 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MAJOR, RECENTE (OU ATUAL) DEPRESSIVO, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MAJOR/RECENTE (OU ATUAL) DEPRIMIDO, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	222	193	212	178	203	164	9	14	10	15	4,50	7,77	0,00	0,00	0,00	0,00
Centro	22	17	18	16	15	15	3	...	4	...	18,18	5,88	0,00	...	0,00	n.d.
LVT	59	68	50	64	48	61	...	3	9	4	15,25	5,88	0,00	0,00	0,00	0,00
Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Algarve	...	...	...	...	...	...	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.	n.d.

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.44. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 59 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MAJOR, RECENTE (OU ATUAL), MANÍACO, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO* (2013 E 2014)

	PERTURBAÇÃO BIPOLAR I, EPISÓDIO MAJOR, RECENTE (OU ATUAL) MANÍACO, SEVERO, COM COMPORTAMENTO PSICÓTICO*															
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	225	162	195	147	167	133	28	14	30	15	13,33	9,26	...	...	n.d.	n.d.
Centro	83	75	79	71	76	67	3	4	4	4	4,82	5,33	0,00	0,00	0,00	0,00
LVT	159	187	152	169	145	154	7	15	7	18	4,40	9,63	0,00	0,00	0,00	0,00
Alentejo	4	...	4	...	4	...	0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	n.d.
Algarve	14	12	13	12	12	12	...	0	...	0	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 296.24. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

Como é sabido, internacionalmente, a aplicação da técnica da autópsia psicológica em pessoas falecidas por suicídio, regista valores muito elevados de doença mental, sobretudo de perturbações do humor, particularmente Depressões Major.

A análise dos quadros acima, mesmo sem padronização da população residente pelas áreas geodemográficas de cada Região de Saúde, chama a atenção para a desproporção generalizada de registos de episódios de internamento por Perturbações de Humor entre as Regiões Norte, LVT e Centro, por um lado, e as do Alentejo e Algarve, em que a incidência do suicídio, há muitos anos, tem maior expressão.

Naturalmente que, em epidemiologia, a análise de dados comparativos de 2 anos não permite perceber tendências, muito menos tirar conclusões, mas não impede que se coloquem interrogações:

- Estarão em causa critérios diagnósticos clínicos diferenciados?
- A circunstância da Unidade de Internamento da ULS do Baixo Alentejo (no Hospital de Beja) ter começado a funcionar em abril de 2015, terá determinado que, até então, os internamentos daquele Distrito, o de maior incidência de suicídio e logo, pressupostamente, o de maior prevalência de depressões Major, ampliassem os valores referidos à Região de LVT, onde se localiza o Hospital Psiquiátrico de referência (Júlio de Matos)?
- Ou apenas evidencia a complexidade da génese do suicídio, que, para alguns, conhecedores da realidade no Alentejo, ultrapassa as perspetivas e intervenções comumente consideradas?
- Ou será que traduz a, ainda, insuficiente articulação das Equipas Comunitárias de Saúde Mental com os CSP, permitindo que muitos casos de Depressão Major não sejam diagnosticados e tratados em tempo útil?

A propósito desta última interrogativa, recorda-se que o 1º Estudo Epidemiológico Nacional, integrado no *World Mental Health Survey Initiative* da OMS e da *Harvard University*, encontrou um intervalo (*gap treatment*) apreciável entre o início da doença e o do tratamento das Perturbações de Humor, a saber:

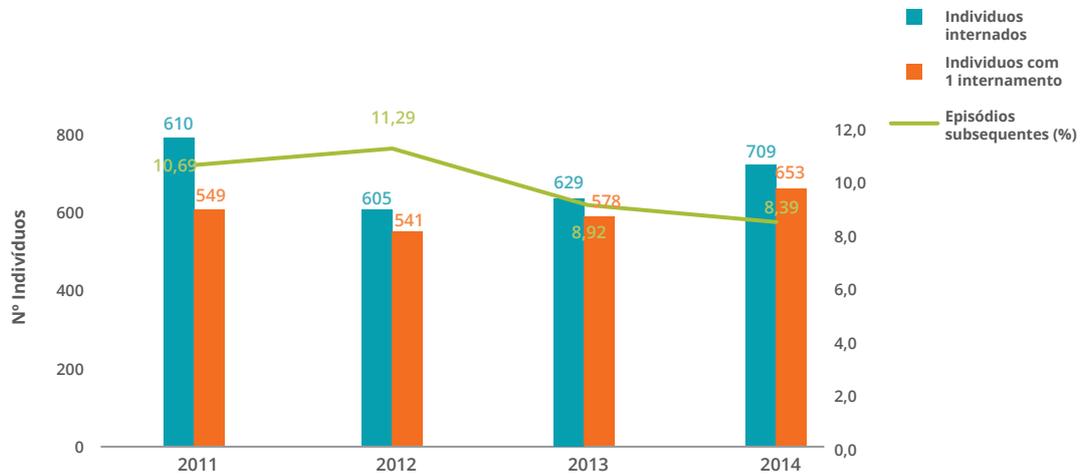
- 35,3% das pessoas com qualquer tipo de Perturbação de Humor tiveram consulta no ano do começo da doença, correspondendo a uma mediana da duração do atraso de 5 anos;
- Só 37,8% das com Depressões Major tiveram contacto para tratamento no ano do início da doença, correspondente a uma mediana da duração do atraso de 4 anos;
- Apenas 27,1% das pessoas com Perturbação Bipolar acederam a tratamento no ano do início da doença, alcançando a mediana do atraso um período de 6 anos.

Sem se conhecer a distribuição destes valores, pelo menos por Região de Saúde, não é possível estabelecerem-se relações de causa efeito entre os dados do *gap treatment* e os episódios totais de internamento hospitalar. Coloca-se porém uma interrogativa inevitável – o que acontece às cerca de 62% das pessoas com diagnóstico de Depressão Major e às cerca de 73% com perturbação bipolar que não iniciaram tratamento no 1º ano de aparecimento da doença?

QUADRO 60 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÕES DELIRANTES*, POR REGIÃO DE SAÚDE (2013 E 2014)

PERTURBAÇÕES DELIRANTES*																	
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Norte	349	414	305	360	270	315	35	45	44	54	13	13	4	5	1,3%	1,4%	
Centro	125	153	120	147	115	141	5	6	5	6	4,0	4,0	...	...	...	...
LVT	170	169	159	165	149	161	10	4	11	4	6,0	6,5	...	3	...	1,8%	
Alentejo	6	7	6	7	6	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0,0%	0,0%	
Algarve	40	32	39	30	38	29	...	...	...	...	...	...	0	0	0,0%	0,0%
Portugal Continental	690	775	629	709	578	653	...	...	...	...	...	...	8	10	1,3%	1,4%

... Dado confidencial. * Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

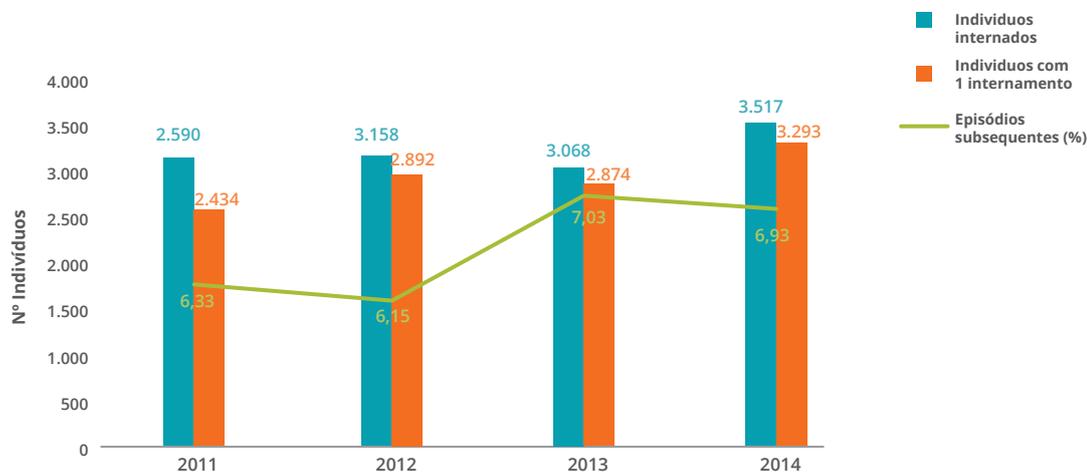
FIGURA 39 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PERTURBAÇÕES DELIRANTES*, PORTUGAL CONTINENTAL (2011-2014)


* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 297. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

QUADRO 61 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP*, POR REGIÃO DE SAÚDE (2013 E 2014)

PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP*																
	Episódio Internamento		Indivíduos Internados		Indivíduos com 1 Int.		Indivíduos > 1 Int.		Episódios subsequentes		Episódios subsequentes (%)		Óbitos		Letalidade de Internamento Hospitalar (%)	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Norte	1.332	1576	1.220	1442	1.129	1333	91	109	112	134	8,4	8,5	109	126	8,9%	8,7%
Centro	506	532	481	506	460	482	21	24	25	26	4,9	4,9	20	24	4,2%	4,7%
LVT	1.180	1397	1.103	1311	1.035	1233	68	78	77	86	6,5	6,2	59	108	5,4%	8,2%
Alentejo	118	140	107	129	99	121	8	8	11	11	9,3	7,9	11	9	10,3%	7,0%
Algarve	164	134	157	129	151	124	6	5	7	5	4,3	3,7	5	5	3,2%	3,9%
Portugal Continental	3.300	3.779	3.068	3.517	2.874	3.293	194	224	232	262	7,0	6,9	204	272	6,7%	7,7%

* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

FIGURA 40 CARACTERIZAÇÃO DOS EPISÓDIOS DE INTERNAMENTO ASSOCIADOS A PSICOSES NÃO ORGÂNICAS NCOP*, PORTUGAL CONTINENTAL (2011-2014)

* Diagnósticos principal e secundários
Códigos CID 9 MC: 298. Fonte: GDH - ACSS/DGS (2015)

5. DISPENSA DE MEDICAMENTOS

No relatório transato, por ter sido publicado em 2014 pelo INFARMED o relatório “Psicofármacos: Evolução do consumo em Portugal Continental (2000–2012)”, onde se regista e analisa o perfil prescritivo apenas dos utentes do SNS, houve lugar a uma análise aprofundada do seu conteúdo.

Da análise sumária das figuras abaixo, que atualizam os dados de 2014 das doses diárias definidas, é inequívoco:

A continuação do acréscimo prescritivo em todos os grupos farmacológicos, com ênfase para os antidepressores e os ansiolíticos: se os primeiros não acionam qualquer alarme na comparação internacional, os segundos, que integram sobretudo benzodiazepinas, mantem este grupo farmacológico em níveis de risco para a saúde pública;

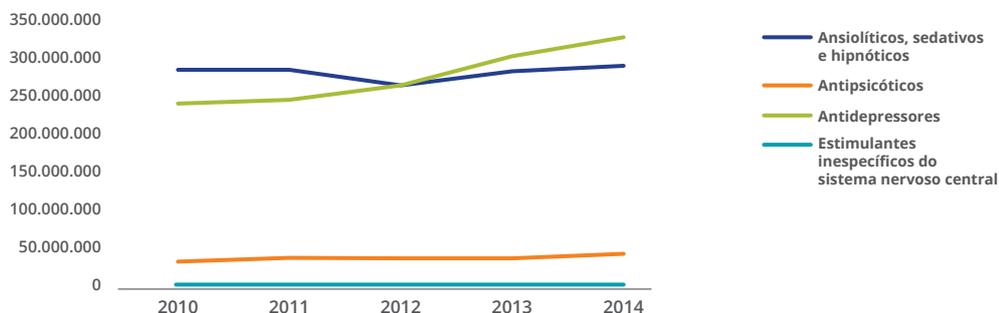
Iniciamos a análise da prescrição no SNS dos estimulantes inespecíficos do SNC, embora ainda não com a objetividade pretendida, mormente quanto à sua utilização em idade pediátrica, para a qual está em final de trabalhos um grupo de peritos que analisa os registos dessas prescrições em relação a todos os principais grupos de psicofármacos.

Para orientação dos nossos leitores, revemos os 2 conceitos básicos neste contexto:

- Dose Diária Definida de um fármaco (DDD), corresponde à dose média diária de manutenção do fármaco, em adultos, para a sua indicação principal, por uma determinada via de administração e expressa em quantidade de princípio ativo.
- A DDD é uma unidade técnica de medida e de comparação, no entanto, não reflete necessariamente a dose média prescrita em Portugal. No caso de medicamentos sem DDD atribuída foi utilizada a posologia média diária para a indicação principal.
- DDD por 1000 habitantes/dia (DHD), é a dose diária definida por 1000 habitantes por dia e indica, em medicamentos administrados cronicamente, a proporção da população que diariamente recebe tratamento com determinado medicamento numa determinada dose média.

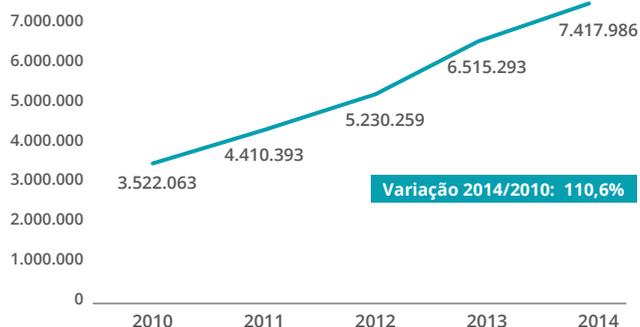
5.1. Evolução em Portugal Continental 2010-2014

FIGURA 41 EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE DOSE DIÁRIA DEFINIDA DE PSICOFÁRMACOS EM PORTUGAL CONTINENTAL, 2010-2014



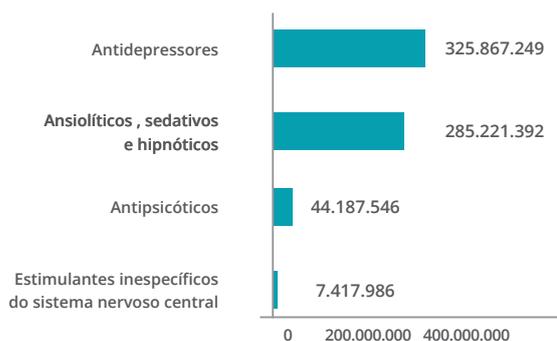
Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) – Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados 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.
Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 42 EVOLUÇÃO DO CONSUMO DE DOSE DIÁRIA DEFINIDA DE ESTIMULANTES INESPECÍFICOS EM PORTUGAL CONTINENTAL, 2010-2014



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.
Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 43 NÚMERO DE DOSE DIÁRIA DEFINIDA DE PSICOFÁRMACOS EM PORTUGAL CONTINENTAL, 2010-2014



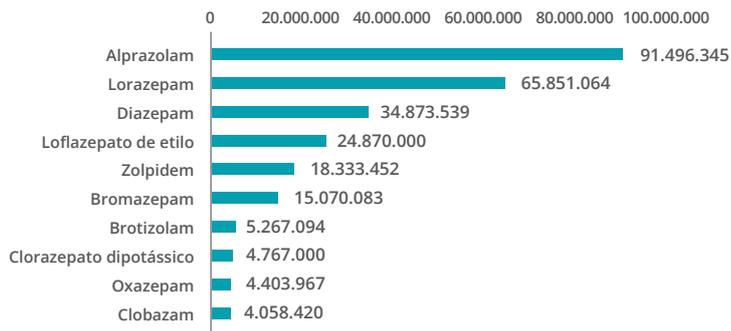
Fonte: INFARMED, 2015

5.2. Top 10 segundo a denominação comum internacional no ano 2014

Como se pode verificar, as benzodiazepinas mais prescritas (alprazolam e lorazepam) são das que têm maior potencial ansiolítico e, consequentemente, de tolerância e dependência.

Registe-se o aparecimento recente de mais literatura científica que correlaciona a toma regular destes fármacos com défices cognitivos, muito provavelmente com síndromes demenciais.

FIGURA 44 DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS, POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL, 2014



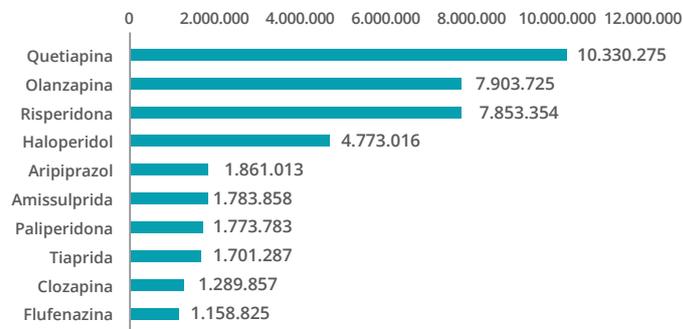
Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) – Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados 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.

Fonte: INFARMED, 2015

Continua a não ser possível registar, para os antipsicóticos com formas de apresentação de longa duração (“*dépôt*”), que percentagem lhes corresponde, pormenor relevante dado serem

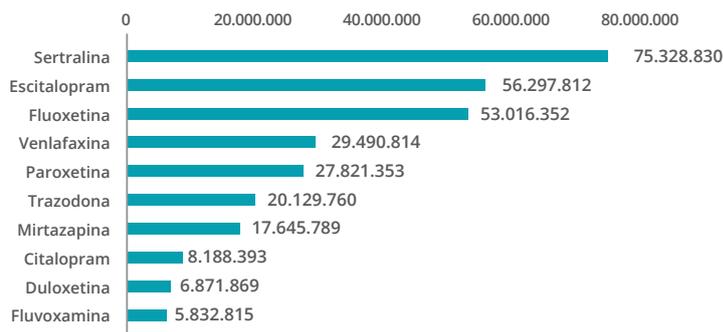
utilizadas fundamentalmente na manutenção de formas clínicas de evolução crónica, as mais comuns nas perturbações psicóticas.

FIGURA 45 DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS, POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL, 2014



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.

Fonte: INFARMED, 2015

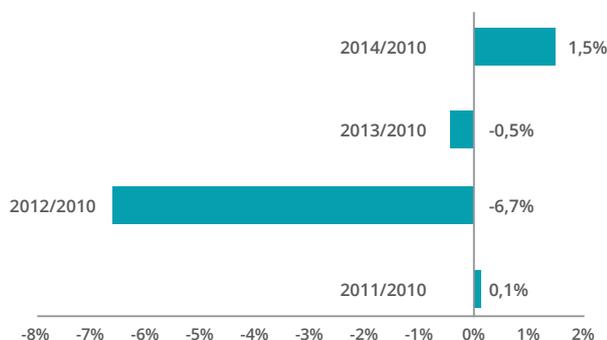
FIGURA 46 DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSORES POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL, 2014


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..

Fonte: INFARMED, 2015

5.3. Variações da dose diária consumida por DCI, tendo como referência o ano 2010

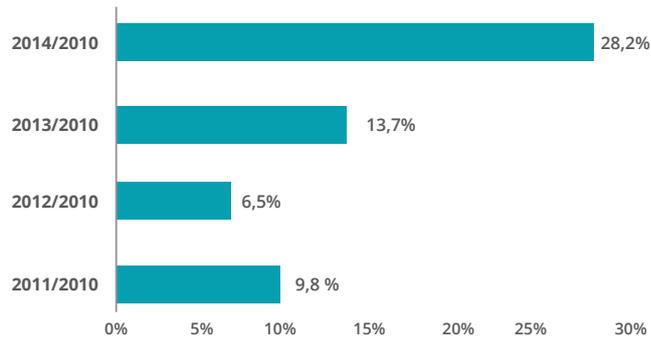
A contenção de prescrições observada em 2012 e, de modo menos expressivo, em 2013 (ver também figura 39) foi significativamente ultrapassada em 2014.

FIGURA 47 VARIAÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANSIOLÍTICOS, SEDATIVOS E HIPNÓTICOS, POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL (2014/2010)


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.

Fonte: INFARMED, 2015

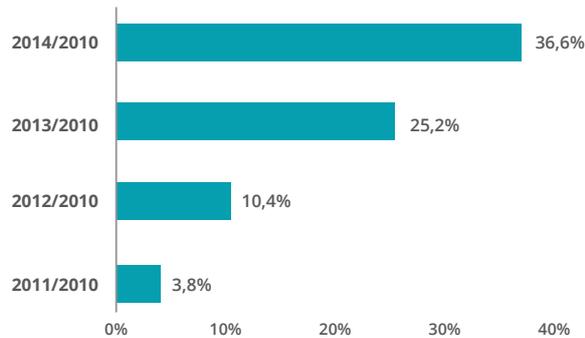
FIGURA 48 VARIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANTIPSICÓTICOS, POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL (2014/2010)



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.

Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 49 VARIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD) CONSUMIDA ASSOCIADA A MEDICAMENTOS ANTIDEPRESSORES, POR DENOMINAÇÃO COMUM INTERNACIONAL (DCI), PORTUGAL CONTINENTAL (2014/2010)

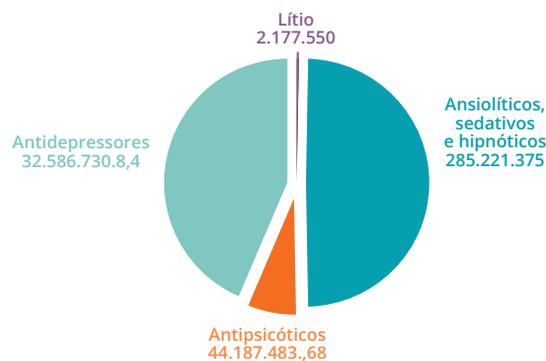


Notas: Os grupos e subgrupos foram atribuídos de acordo com a Classificação Farmacoterapêutica (CFT) – Despacho n.º 4742/2014 (2ª série), de 21 de março; a DDD foi atribuída com base na ATC 2014. Mercado do Serviço Nacional de Saúde: os dados referem-se aos medicamentos comparticipados e dispensados 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.

Fonte: INFARMED, 2015

5.4. Dose diária definida associada ao consumo de psicofármacos por grupo etário em 2014

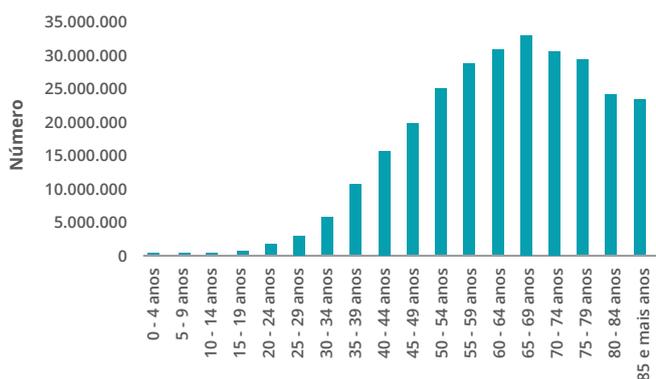
FIGURA 50 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS, ANTIPSICÓTICOS, ANTIDEPRESSORES E LÍTIO EM 2014



Estes elementos serão mais úteis em anos futuros, à medida que permitam comparação dos valores entre subgrupos etários e, sobretudo, quando for possível ter dados quer do diagnóstico principal, quer das eventuais concomitâncias e da correlação das DDD com o total de pessoas

que integram cada subgrupo etário. Até lá, só por outras abordagens será possível perceber, por exemplo, se é pertinente a hipótese por muitos aventada de se estar a verificar uma sobreprescrição, sobretudo em pessoas idosas, de fármacos sedativos.

FIGURA 51 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE ANSIOLÍTICOS POR GRUPO ETÁRIO EM 2014

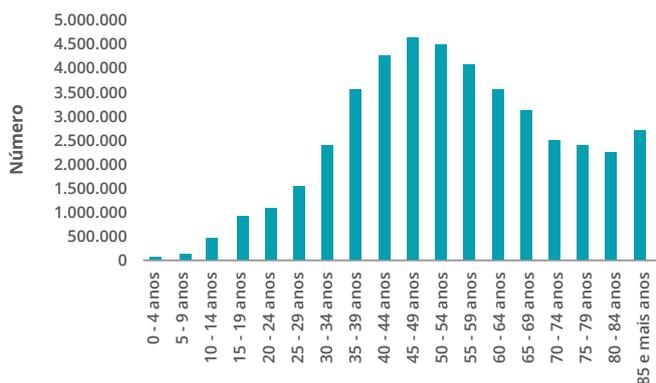


Notas: As 9.425.625 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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

Fonte: INFARMED, 2015

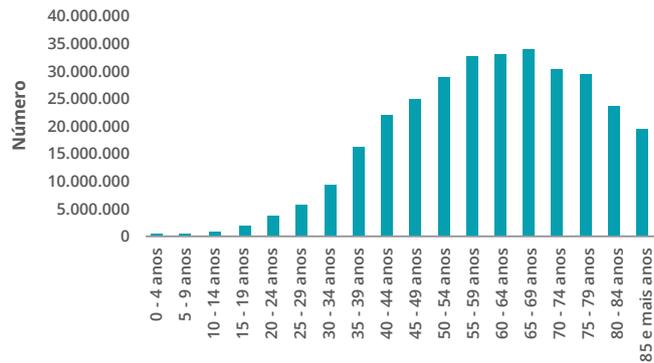
FIGURA 52 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE ANTIPSICÓTICOS POR GRUPO ETÁRIO EM 2014



Notas: As 1938675 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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.

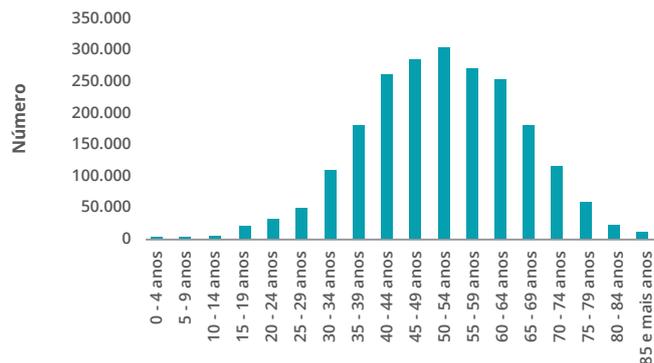
Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 53 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE ANTIDEPRESSORES POR GRUPO ETÁRIO EM 2014


Notas: 12423676 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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.

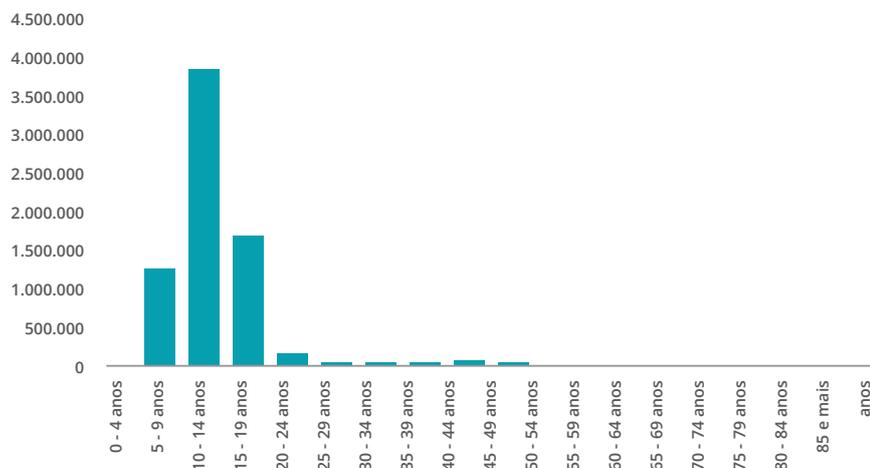
Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 54 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE LÍTIOS POR GRUPO ETÁRIO EM 2014


Notas: 126250 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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.

Fonte: INFARMED, 2015

FIGURA 55 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE METILFENIDATO POR GRUPO ETÁRIO, 2014


Notas: As 233581 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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.

Fonte: INFARMED, 2015

QUADRO 62 DISTRIBUIÇÃO DA DOSE DIÁRIA DEFINIDA ASSOCIADA AO CONSUMO DE METILFENIDATO POR GRUPO ETÁRIO, 2014

GRUPO ETÁRIO	N	%
0 - 4 anos	2.900	0,04
5 - 9 anos	1.261.933	17,01
10 - 14 anos	3.873.751	52,23
15 - 19 anos	1.695.022	22,85
20 - 24 anos	167.029	2,25
25 - 29 anos	52.027	0,70
30 - 34 anos	44.952	0,61
35 - 39 anos	50.904	0,69
40 - 44 anos	77.494	1,04
45 - 49 anos	58.931	0,79
50 - 54 anos	35.890	0,48
55 - 59 anos	31.511	0,42
60 - 64 anos	16.310	0,22
65 - 69 anos	13.388	0,18
70 - 74 anos	13.954	0,19
75 - 79 anos	11.873	0,16
80 - 84 anos	5.881	0,08
85 e mais anos	3.289	0,04

Notas: As 233581 DDD, para as quais não se conseguiu apurar o respetivo grupo etário, foram distribuídas pelos grupos etários de acordo com a proporção adstrita a cada grupo etário.

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.

Fonte: INFARMED, 2015

6. CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LICITAS E ILÍCITAS

6.1. Crianças e adolescentes

Os dados seguintes têm por origem a versão mais recente (2014) do HBSC sobre Portugal.

O HBSC/OMS (*Health Behaviour in School-aged Children*) é um estudo colaborativo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que pretende estudar os estilos de vida dos adolescentes e os seus comportamentos nos vários cenários das suas vidas. Iniciou-se em 1982 com investigadores da Finlândia, Noruega e Inglaterra e, pouco tempo depois, foi adotado pela OMS como um estudo colaborativo. Neste momento conta com 44 países, entre os quais Portugal, integrado desde 1996 e membro associado desde 1998 (Currie, Samdal, Boyce & Smith, 2001).

O estudo HBSC criou e mantém uma rede internacional dinâmica na área da saúde dos adolescentes. Esta rede permite que cada um dos países membros contribua e adquira conhecimento com a colaboração e troca de experiências com os outros países. No sentido desta rede funcionar de forma coordenada, todos os países membros

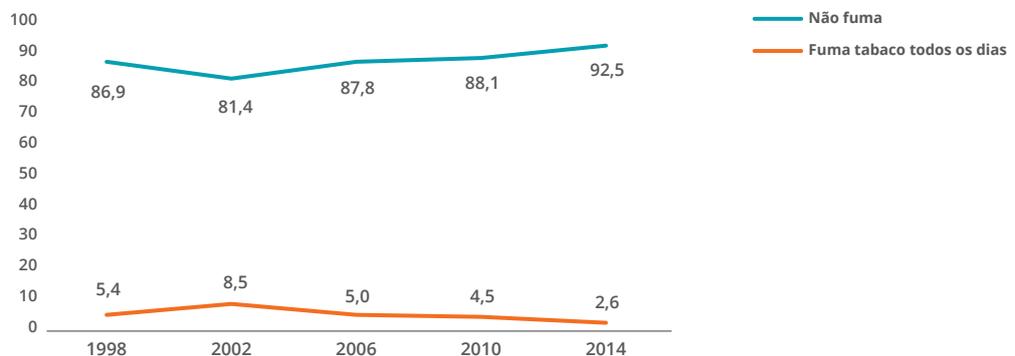
do HBSC respeitam um protocolo de pesquisa internacional (Currie *et al.*, 2001).

Portugal realizou um primeiro estudo piloto em 1994 (Matos *et al.*, 2000), o primeiro estudo nacional em 1998 (Matos *et al.*, 2000), o segundo em 2002 (Matos *et al.*, 2003), o terceiro em 2006 (Matos *et al.*, 2006), o quarto em 2010 (Matos *et al.*, 2012) e um mais recente em 2014 (relatórios disponíveis em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>).

O projeto tem sido financiado pela DGS, tendo como responsável a Prof.^a Doutora Margarida Gaspar de Matos e vários parceiros institucionais, de que se destaca a associação “A Aventura Social”.

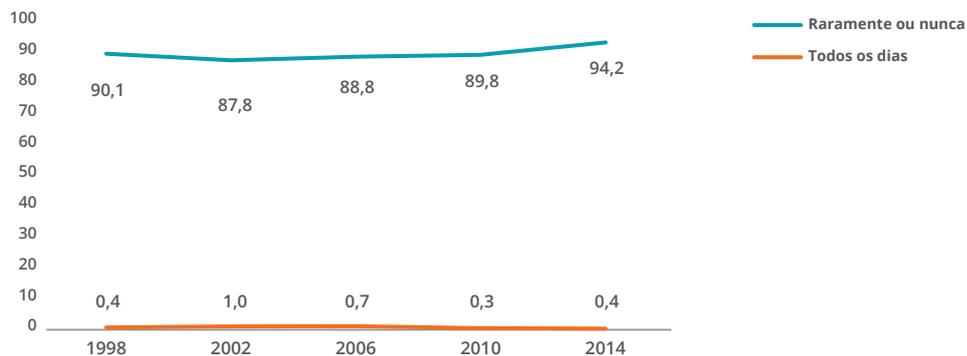
O último estudo sobre a realidade continental portuguesa tem por título “A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão” e foi publicado em abril de 2015.

FIGURA 56 EVOLUÇÃO COMPARATIVA DO CONSUMO DO TABACO ENTRE OS ESTUDOS HBSC REALIZADOS NOS ANOS LETIVOS 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 E 2013/2014, AOS ALUNOS QUE FREQUENTAVAM OS 6.º, 8.º E 10.º ANOS



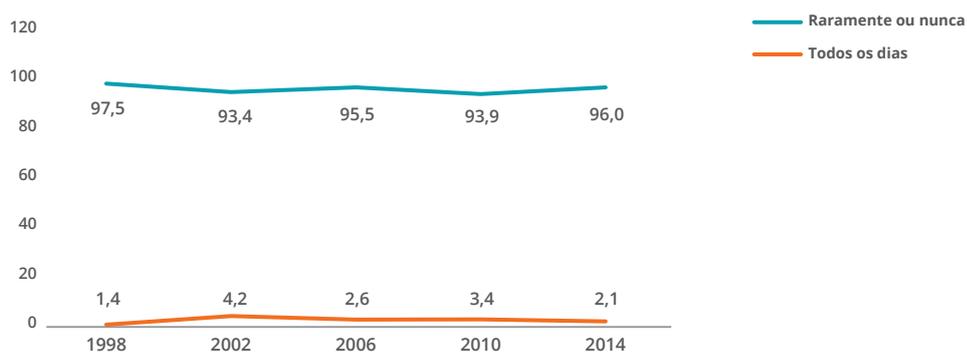
Fonte: MATOS, M. G.; *et. al.* (2014)

FIGURA 57 EVOLUÇÃO COMPARATIVA DO CONSUMO DE BEBIDAS DESTILADAS ENTRE OS ESTUDOS HBSC REALIZADOS NOS ANOS LETIVOS 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 E 2013/2014, AOS ALUNOS QUE FREQUENTAVAM OS 6.º, 8.º E 10.º ANOS



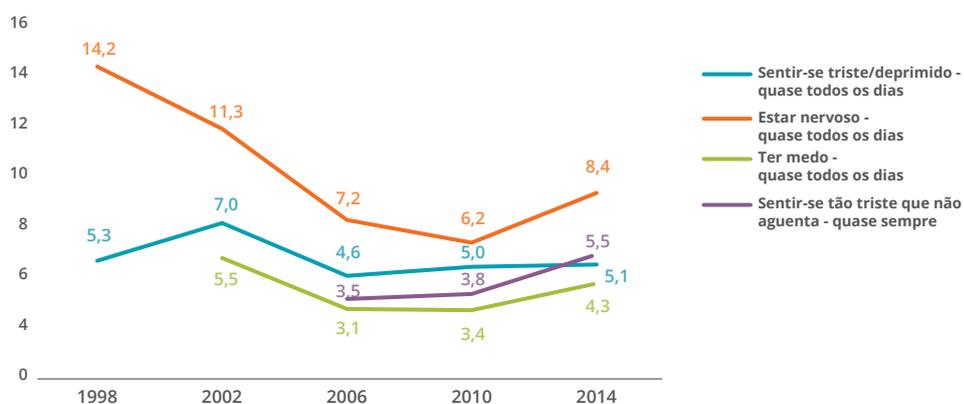
Fonte: MATOS, M. G.; et. al. (2014)

FIGURA 58 EVOLUÇÃO COMPARATIVA DO CONSUMO DE DROGAS NO ÚLTIMO MÊS ENTRE OS ESTUDOS HBSC REALIZADOS NOS ANOS LETIVOS 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 E 2013/2014, AOS ALUNOS QUE FREQUENTAVAM OS 6.º, 8.º E 10.º ANOS



Fonte: MATOS, M. G.; et. al. (2014)

FIGURA 59 EVOLUÇÃO COMPARATIVA DO ESTADO DE ESPÍRITO ENTRE OS ESTUDOS HBSC REALIZADOS NOS ANOS LETIVOS 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006, 2009/2010 E 2013/2014, AOS ALUNOS QUE FREQUENTAVAM OS 6.º, 8.º E 10.º ANOS



Fonte: MATOS, M. G.; et. al. (2014)

Como é inequívoco, a generalidade dos itens considerados expressa, direta ou indiretamente, o estado da saúde mental das crianças/adolescentes portugueses. Os resultados dos indicadores mais tradicionais (consumo de bebidas alcoólicas, ilícitas, medicamentos, tabaco, comportamento face à sexualidade) apresentam uma evolução não preocupante, exceto nalguns itens relativos ao género feminino. Contudo, embora sem condições para percepcionar a tendência, mas que importa seguir com atenção dado tratar-se de uma nova

série iniciada em 2010 e continuada em 2014, relativa a “Violência” nos alunos do 8º e 10º anos, regista uma redução dos que assumem nunca se terem magoado intencionalmente (84,4%/ 79,7%), a que corresponde um aumento dos que alguma vez se magoaram (15,6%/ 20,3%) e dos que assumem terem-no feito 4 ou mais vezes (3,0%/ 4,8%). Simultaneamente há um acréscimo, desde 2002, das mães empregadas e dos pais desempregados (item Escola, Ambiente Familiar e Expectativas).

6.2. Adolescentes e adultos

Os dados a seguir considerados integram o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, coordenado pelo Prof. Doutor Casimiro Balsa, do CESNOVA (Centro de Estudos Sociais da Universidade Nova de Lisboa), financiado pelo SICAD e publicado em abril de 2014.

Diz-se no resumo do respetivo relatório, disponível em (<http://cesnova.fcs.unl.pt/?area=000&mid=002&id=PRJ4ebc02f4baeba>): “De acordo com a ambição inaugurada com a realização dos dois anteriores Inquéritos e as orientações seguidas nos estudos realizados noutros países europeus, mas atendendo também aos constrangimentos económico-financeiros com que o País se defronta, podemos definir para a Terceira aplicação os seguintes objectivos globais: estimar a prevalência dos diversos comportamentos de consumo; produzir estatísticas e informação comparáveis com as de outros países, nomeadamente no âmbito dos indicadores promovidos pelo OEDT*, assim como pela Organização Mundial de Saúde; produzir estatísticas e informação comparáveis com a informação recolhida, em 2001 e em 2007,

no Primeiro e Segundo Inquéritos Nacionais ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral; realizar análises estatísticas em que se comparem os dados resultantes dos três Inquéritos (2001, 2007 e 2011); e, produzir dados de referência para estimar variações de consumo.

Temos como objetivos específicos: conhecer a extensão do fenómeno do consumo junto das populações não enquadradas institucionalmente; identificar os diversos tipos de consumidores e de padrões de consumo no que respeita ao tipo de substâncias utilizadas, frequência, continuidade/descontinuidade do seu uso, formas de administração e tipos de policonsumos existentes; detetar as relações existentes entre os tipos de consumidores e padrões de consumo e certas variáveis psicossociológicas pertinentes; conhecer e interpretar as representações que os diversos segmentos da população portuguesa elaboram acerca dos consumos e dos consumidores de substâncias psicoativas; identificar as condições em que decorre a utilização de substâncias lícitas e ilícitas; e, analisar eventuais correlações entre os consumos de substâncias lícitas e ilícitas”.

QUADRO 63 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA, ÚLTIMO ANO E ÚLTIMO MÊS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

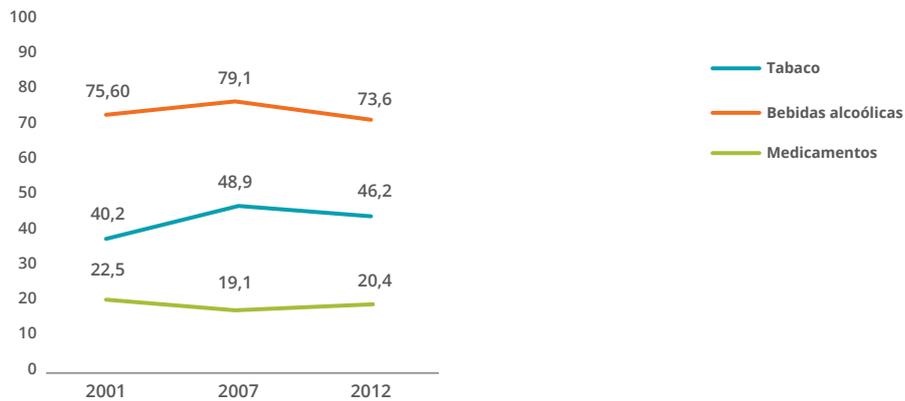
	LONGO DA VIDA (%)			ÚLTIMO ANO (%)			ÚLTIMO MÊS (%)		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
Tabaco	40,2	48,9	46,2	28,8	30,9	28,2	28,6	29,4	26,3
Bebidas alcoólicas	75,6	79,1	73,6	65,9	70,6	61,1	59,1	59,6	50,3
Medicamentos	22,5	19,1	20,4	14,4	12,0	12,2	11,0	9,9	10,0

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

*Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência, com sede em Lisboa, que centraliza as informações relativas ao fenómeno da droga. O seu papel é o de reunir, analisar e divulgar informações objetivas, fiáveis e comparáveis sobre a problemática da droga e da toxicodependência, fornecendo dados corretos e completos sobre o fenómeno ao nível da Europa.

FIGURA 60 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE



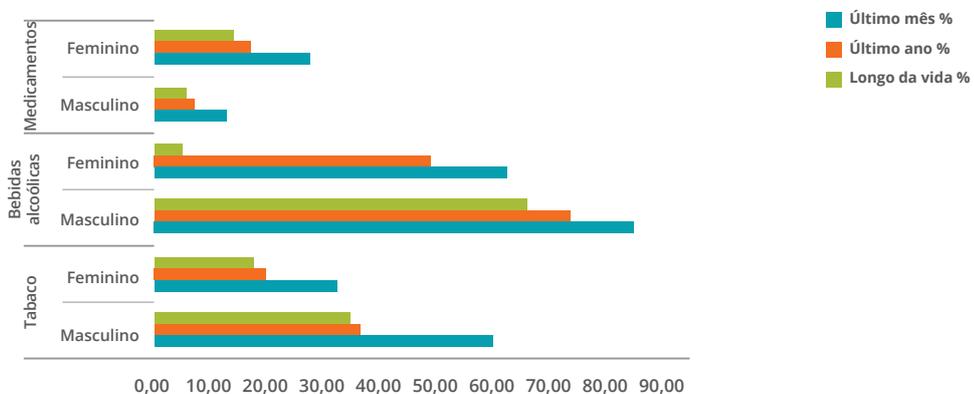
Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)
 Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 64 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA, ÚLTIMO ANO E ÚLTIMO MÊS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE, NO ANO 2012

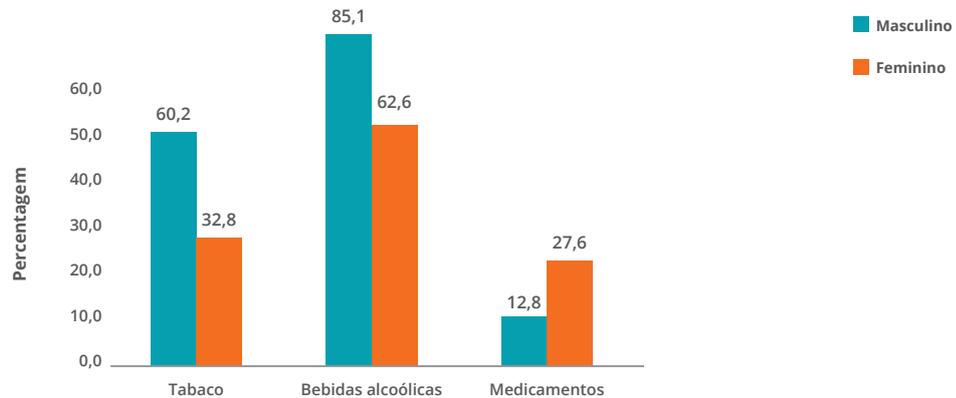
		LONGO DA VIDA		ÚLTIMO ANO		ÚLTIMO MÊS	
		%	IC	%	IC	%	IC
Tabaco	Masculino	60,2	58,0-62,5	36,9	34,7-39,1	35,1	33,0-37,4
	Feminino	32,8	30,7-35,0	19,9	18,1-21,7	18,0	16,2-19,7
	Total	46,2	44,6-47,8	28,2	26,7-29,6	26,3	24,9-27,8
Bebidas alcoólicas	Masculino	85,1	83,5-86,8	73,6	71,6-75,7	66,2	64,0-68,4
	Feminino	62,6	60,4-64,8	49,3	47,0-51,6	5,2	33,1-37,4
	Total	73,6	72,1-75,0	61,1	59,6-62,7	50,3	48,7-51,9
Medicamentos	Masculino	12,8	11,3-14,3	7,2	6,0-8,4	5,7	4,7-6,8
	Feminino	27,6	25,6-29,7	16,9	15,2-18,6	14,1	12,5-15,7
	Total	20,4	19,1-21,7	12,2	11,1-13,2	10,0	9,1-11,0

Nota: 2012 (n=5.355)
 Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

FIGURA 61 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA, ÚLTIMO ANO E ÚLTIMO MÊS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE, NO ANO 2012



Nota: 2012 (n=5.355)
 Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

FIGURA 62 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS LÍCITAS AO LONGO DA VIDA NO ANO 2012


Nota: 2012 (n=5.355)

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 65 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS AO LONGO DA VIDA, ÚLTIMO ANO E ÚLTIMO MÊS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

	LONGO DA VIDA (%)			ÚLTIMO ANO (%)			ÚLTIMO MÊS (%)		
	2001	2007	2012	2001	2007	2012	2001	2007	2012
QSI	7,8	12,0	9,5	3,4	3,7	2,7	2,5	2,5	1,7
Canábis	7,6	11,7	9,4	3,3	3,6	2,7	2,4	2,4	1,7
Cocaína	0,9	1,9	1,2	0,3	0,6	0,2	0,1	0,3	0,1
Anfetaminas	0,5	0,9	0,5	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1	0,0
Ecstasy	0,7	1,3	1,3	0,4	0,4	0,3	0,2	0,2	0,2
Heroína	0,7	1,1	0,6	0,2	0,3	0,0	0,1	0,2	-
LSD	0,4	0,6	0,6	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
Cogumelos A.	n.d.	0,8	0,6	n.d.	0,1	0,1	n.d.	0,1	-

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 66 PREVALÊNCIA DO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ILÍCITAS AO LONGO DA VIDA, ÚLTIMO ANO E ÚLTIMO MÊS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE, NO ANO 2012

		LONGO DA VIDA		ÚLTIMO ANO		ÚLTIMO MÊS	
		%	IC	%	IC	%	IC
QSI	Masculino	14,8	13,4-16,4	4,1	3,2-5,0	2,7	1,9-3,4
	Feminino	4,5	3,6-5,5	1,3	0,8-1,8	0,8	0,4-1,2
	Total	9,5	8,6-10,5	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Canábis	Masculino	14,6	13,0-16,3	4,1	3,2-5,0	2,7	1,9-3,4
	Feminino	4,4	3,5-5,4	1,3	0,8-1,8	0,8	0,4-1,2
	Total	9,4	8,5-10,4	2,7	2,2-3,2	1,7	1,3-2,1
Cocaína	Masculino	1,8	1,2-2,5	0,3	0,0-0,6	0,1	0,0-0,3
	Feminino	0,6	0,2-0,9	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,2
	Total	1,2	0,9-1,6	0,2	0,0-0,4	0,1	0,0-0,2
Anfetaminas	Masculino	0,7	0,3-1,1	0,1	0,0-0,2	0,1	0,0-0,2
	Feminino	0,3	0,0-0,5	-	0,0-0,0	-	0,0-0,0
	Total	0,5	0,3-0,7	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
Ecstasy	Masculino	2,0	1,3-2,6	0,4	0,0-0,6	0,3	0,0-0,6
	Feminino	0,6	0,3-1,0	0,1	0,0-0,3	0,0	0,0-0,0
	Total	1,3	0,9-1,7	0,3	0,0-0,4	0,2	0,0-0,3
Heroína	Masculino	1,1	0,6-1,5	0,0	0,0-0,1	0,0	0,0-0,1
	Feminino	0,1	0,0-0,3	0,1	0,0-0,2	-	0,0-0,0
	Total	0,6	0,3-0,8	0,0	0,0-0,1	-	0,0-0,0
LSD	Masculino	0,9	0,4-1,3	0,3	0,1-0,6	0,2	0,0-0,4
	Feminino	0,3	0,0-0,5	-	0,0-0,0	-	0,0-0,0
	Total	0,6	0,3-0,8	0,2	0,0-0,3	0,1	0,0-0,2
Cogumelos A.	Masculino	0,8	0,4-1,2	0,1	0,0-0,2	0,0	0,0-0,1
	Feminino	0,3	0,1-0,6	0,1	0,0-0,2	-	0,0-0,0
	Total	0,6	0,3-0,8	0,1	0,0-0,2	-	0,0-0,0

Nota: 2012 (n=5.355)

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 67 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

	2001	2007	2012
Desistentes	10,9	18,0	18,0
Consumidores recentes	0,7	1,5	1,8
Consumidores correntes	28,6	29,4	26,3
Abstinentes	59,8	51,1	53,8
Total	100,0	100,0	100,0

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

FIGURA 63 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE TABACO, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 68 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

	2001	2007	2012
Desistentes	9,7	8,8	12,4
Consumidores recentes	6,7	11,0	10,8
Consumidores correntes	59,3	59,3	50,3
Abstinentes	24,4	20,9	26,4
Total	100,0	100,0	100,0

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

FIGURA 64 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

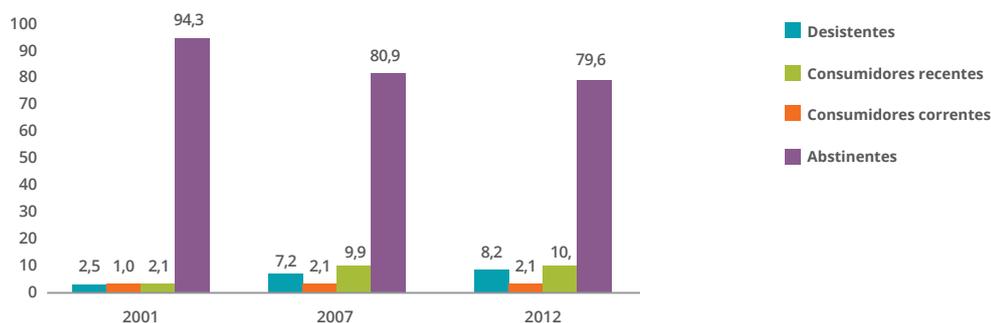
Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

QUADRO 69 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE

	2001	2007	2012
Desistentes	2,5	7,2	8,2
Consumidores recentes	1,0	2,1	2,1
Consumidores correntes	2,1	9,9	10,0
Abstinentes	94,3	80,9	79,6
Total	100,0	100,0	100,0

Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

FIGURA 65 TIPOLOGIA DAS EXPERIÊNCIAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS, NO GRUPO ETÁRIO 15-64 ANOS DE IDADE


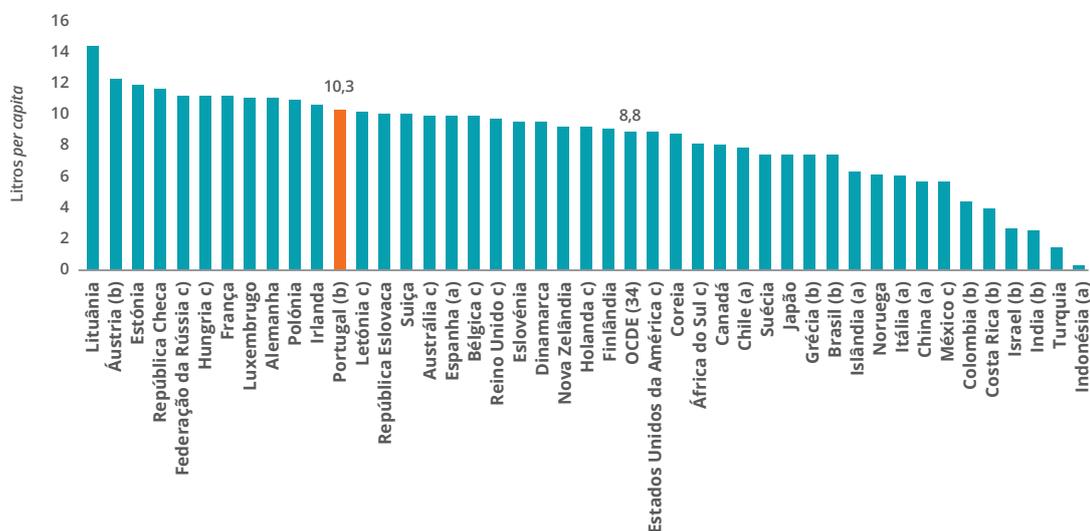
Nota: 2001 (n=14.184), 2007 (n=12.202), 2012 (n=5.355)% sobre a população total

Fonte: SICAD/CESNOVA, 2014

6.3. Comparação internacional de consumo de álcool: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico - 34 países

Neste recente relatório da OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico), publicado em 2015 com dados nacionais que, como indicado, variam entre 2010, 2011 (caso de

Portugal) e 2013. O nosso país figura em 12º lugar, com consumo *per capita* de 10,3 litros de etanol (álcool etílico) por cidadão com idade igual ou superior a 15 anos.

FIGURA 66 CONSUMO DE ÁLCOOL NAS PESSOAS COM IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 15 ANOS EM 2013 OU O ÚLTIMO ANO MAIS RECENTE.


Notas: (a) ano 2010; (b) ano 2011; (c) ano 2012

Fonte: OECD, Health at a Glance 2015, 2015 disponível em: <http://dx.doi.org/10.1787/888933280835>

Se associarmos estes dados a outros do SICAD que evidenciam a redução progressiva da idade do início de consumo, com adesão progressivamente maior de raparigas e da prática do *bing drinking* (intoxicação intencional muito violenta e súbita) e a redução da idade do aparecimento de doenças

digestivas, sobretudo hepáticas, relacionáveis com consumos de risco de bebidas alcoólicas, mesmo que não contínuos, compreender-se-á os alertas repetidos sobre o risco para a saúde pública, física e/ou mental, da situação verificada em Portugal.

7. APOIO À ESTRUTURAÇÃO DE PLANO NACIONAL DE INTERVENÇÕES EM DEMÊNCIAS

7.1. Apoio à produção de evidência científica – Estudo sobre necessidades de cuidados a pessoas com demência

O envelhecimento progressivo e acelerado da população portuguesa, confronta-nos inexoravelmente com as consequências sobre a qualidade da saúde mental dos nossos concidadãos mais velhos, em que as perturbações demenciais são um fantasma omnipresente, embora as perturbações depressivas sejam uma realidade mais comum, felizmente, dado serem potencialmente reversíveis e com maior garantia de tratamento.

Como é sabido, as Demências não são uma doença: são um conjunto de situações clínicas, de múltiplas e mais ou menos conhecidas causas, que determinam um declínio progressivo da capacidade de pensar, recordar e aprender e das atividades do dia-a-dia, em resultado de uma doença ou lesão do sistema nervoso central (SNC).

Em Portugal, como na maioria dos países, não há rastreios organizados de base populacional com representatividade nacional, que em alguns países são, por motivos éticos, mesmo desaconselhados. Já existem, contudo, dados epidemiológicos recolhidos na região norte do país (Belina Nunes, 2010), com prevalência das perturbações cognitivas da ordem dos 16,8% em áreas rurais e de 12% em áreas urbanas, que pode ser explicada em grande parte (48%) por doenças cerebrovasculares e factores de risco vascular. Para a mesma população estudada a prevalência da demência foi de 2,7% em zona urbana e de 2,1% em zona rural.

De entre os factores de risco mais significativos, o mais importante é a idade – a partir dos 65 anos, a prevalência duplica a cada 5 anos – mas também alguma influência genética está demonstrada, a que se acrescentam outros factores de risco modificáveis, como a diabetes, a hipertensão, a obesidade, a depressão e a baixa escolaridade, além dos hábitos mais ou menos saudáveis ao longo da vida, como o fumo do tabaco, o isolamen-

to social e a inatividade intelectual e física. Se a forma degenerativa ou Doença de Alzheimer é a mais prevalente e a de etiopatogenia menos bem conhecida, em Portugal, como sublinhado acima a propósito da região norte, a que decorre de multienfartes cerebrais tem uma relação direta com a patologia hipertensiva, logo é potencialmente prevenível.

Um outro factor de risco, para o qual há evidência científica, é o da institucionalização – importa manter as pessoas, durante o maior tempo possível, no seu meio familiar, o que pressupõe apoio aos cuidadores, familiares ou não.

Tendo em conta as projeções demográficas e da esperança de vida para as próximas décadas, estima-se que o número de pessoas com demência mais do que triplique até 2050, constituindo já uma das causas mais significativas de incapacidade dos mais idosos. De acordo com a Associação Alzheimer Portugal, a estimativa da prevalência da demência para o nosso país ronda as 90.000 pessoas, a que acresce um número muito maior com défice cognitivo ligeiro (DCL) – 9,9% a 21,5% de novos casos por ano, em maiores de 65 anos e DCL amnésico (Mariani *et al.*, 2007), com uma taxa de progressão para demência entre 10% a 15% por ano (Petersen *et al.*, 1999) e um número correspondente de cuidadores primários e famílias sobrecarregadas e em risco de doenças físicas e psicológicas.

Não estando ainda disponíveis armas preventivas eficazes no combate a estas doenças, a estratégia deve centrar-se na estimulação das melhores práticas de um envelhecimento saudável (a iniciar bem antes de alcançar aquela fase do ciclo da vida), no diagnóstico precoce do risco e do aparecimento da doença, visando a implementação de medidas que minimizem o seu impacto, quer atrasando a sua progressão, quer modulando o seu curso e reduzindo os sintomas.

Outra das características destas doenças é a de que o impacto não se restringe à pessoa afetada, antes se alarga àqueles que dela cuidam e, de forma mais lata, à própria comunidade. A definição de estratégias de abordagem de um problema desta magnitude é hoje uma prioridade na maioria dos países desenvolvidos, para a qual são convocados todos os parceiros dos sectores público, social e privado, visando não só a descoberta da prevenção, do tratamento e da eventual cura destas doenças, mas, desde já, melhorar os cuidados aos doentes, desenvolver o apoio aos cuidadores, aumentar a consciência da doença e monitorizar o seu progresso.

O Programa Nacional para a Saúde Mental (PNSM) desde 2013 que desenvolve a estruturação de um plano de intervenção em perturbações demenciais, promovendo um seminário anual de peritos e apoiando a produção de evidência epidemiológica nacional (até então quase inexistente), da qual já é possível dar uma informação preliminar.

De facto, considerou-se que um estudo epidemiológico de base populacional com representatividade nacional sobre a doença de Alzheimer (e as restantes perturbações demenciais, menos comuns como se sabe) é um trabalho demorado e oneroso, que exige uma equipa técnica específica, a par da mobilização de outros recursos técnicos significativos. Simultaneamente, há dúvidas quanto à relação custo-benefício, para além de se levantarem questões de natureza ética, como referido atrás, quanto à legitimidade de identificar as pessoas com patologias degenerativas em geral.

Dos trabalhos financiados pelo PNSM, o mais avançado é o **“Estudo sobre Necessidades de Cuidados em Pessoas com Demência”**, que, em comparação com uma avaliação epidemiológica nacional das perturbações demenciais tem maior interesse prático em Saúde Pública e melhor custo-efetividade na caracterização de necessidades de cuidados, utilizando *clusters* de fácil acesso: doentes referenciados pelos cuidados de saúde primários, utentes de consultas hospitalares direcionadas para essas patologias, utentes em lares da rede social e em unidades de cuidados continuados.

Esta investigação vai permitir caracterizar os **doentes-tipo existentes no país**, com base em amostras epidemiologicamente representativas de cada Região de Saúde, possibilitando estruturar os planos de cuidados mais adequados. Sendo a falta de resposta às necessidades – sentidas e expressas – das famílias muito relevante, considerou-se ser mais útil promover o levantamento dessas necessidades, a exemplo, aliás, de grande parte dos planos internacionais conhecidos. Este estudo insere-se nas Parcerias Europeias de Inovação (EIP, 2012) de que a Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos (UNIFAI) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto é parceira, considerando, nomeadamente, que quando a demência é diagnosticada se define uma aproximação importante para o apoio aos respetivos cuidadores e às pessoas afetadas

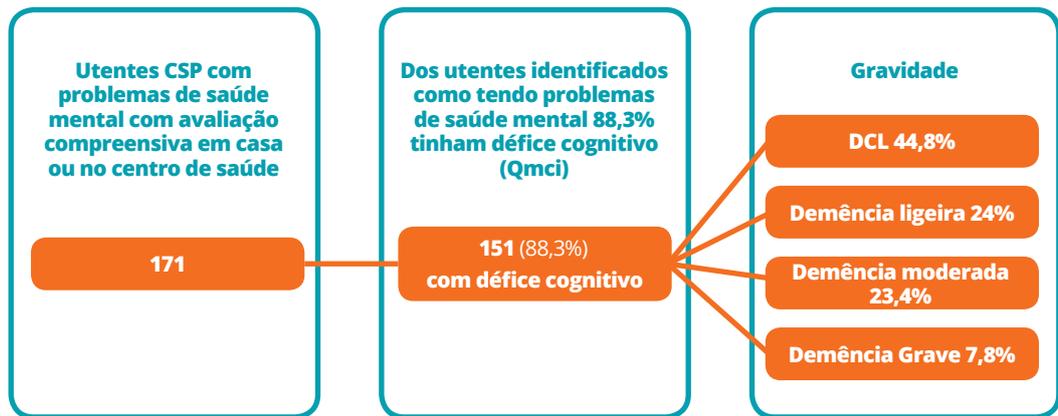
Para o efeito, por motivos de economia de meios, dado os investigadores envolvidos terem podido começar por utilizar dados regionais disponíveis de estudos recentes, o estudo de caracterização de necessidades para a população em apreço iniciou-se no final de 2013 nos ACES da NUT Norte, sob a coordenação da Prof.^a Doutora Constança Paúl e do Dr. António Leuschner.

Os dados preliminares baseiam-se numa amostra de 1% da população com 65 ou mais anos, residente na comunidade e referenciados pelo CG/MF como tendo provável doença mental, perfazendo um total de 572 participantes, estratificados por ACES da NUT Norte, grupos etários e género, mostrando:

- os médicos de família ou enfermeiros, num total de 45 unidades de saúde de 19 ACES participantes e 233 profissionais de saúde envolvidos, identificaram 35,9% de pessoas mais velhas (≥ 65 anos) com problemas de saúde mental;
- dos utentes identificados foi retirada uma amostra aleatória estratificada por ACES, idade e sexo, que foi avaliada de forma compreensiva, tendo-se confirmado a existência de défice cognitivo em 88,3%;

- dos 171 utentes dos CSP com problemas de saúde mental e avaliação compreensiva em casa ou no Centro de Saúde, 151 (88,3%) foram identificados como tendo défice cognitivo (Qmci), assim distribuídos quanto à gravidade: 44,8% défice cognitivo ligeiro, 24% demência ligeira, 23,4% demência moderada e 7,8% demência grave;
- da amostra aleatória de 153 residentes em lar, foram avaliados e referenciados com défice cognitivo 51 residentes, dos quais 23,5% apresentaram défice ligeiro, 25,5% demência ligeira, 29,4% demência moderada e 15,7% demência grave.

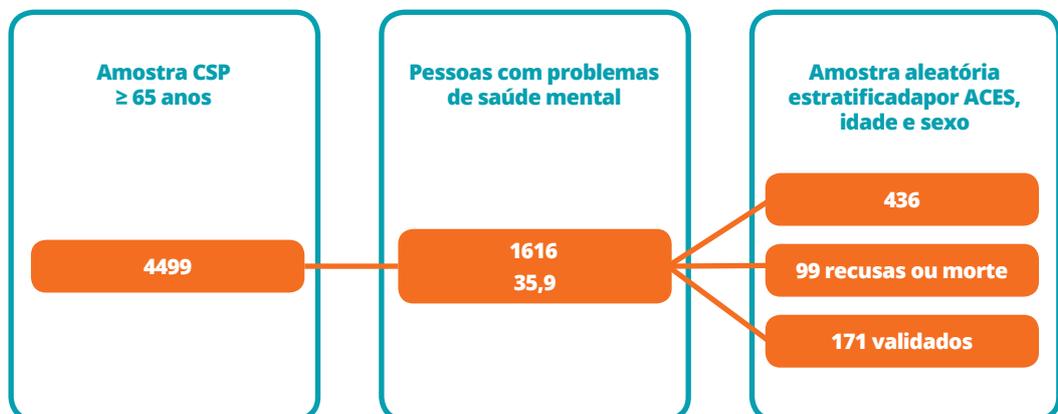
FIGURA 67 | FREQUÊNCIA E GRAVIDADE DOS DÉFICES COGNITIVOS EM CSP



Fonte: Paúl, C., et. al, 2015

Como se lê nas conclusões dos resultados preliminares deste estudo “o rastreio e triagem precoce de pessoas com défice cognitivo e respetiva referência ou acompanhamento, são essenciais para garantir cuidados adequados às pessoas mais velhas, nomeadamente as que têm demência”.

FIGURA 68 | FLUXOGRAMA DE RECOLHA DE DADOS



Fonte: Paúl, C., et. al, 2015

- Destacamos que a percentagem de demências graves em pessoas na comunidade é de 7,8%, valor que duplica relativamente aos residentes em Lar (15,7%), havendo, como era de esperar, um número muito elevado de demências em estadios menos graves e défices cognitivos ligeiros, frequentemente associados a baixa funcionalidade e vários outros diagnósticos médicos que colocam todas estas pessoas em elevado risco de institucionalização e hospitalização, com custos evidentes para os sistemas de saúde e sociais e baixa qualidade de vida e bem-estar para os próprios e suas famílias;

- relativamente às pessoas com DCL é importante atuar preventivamente para retardar ou impedir a evolução para a demência. Face às pessoas que apresentam sinais de demência nos seus diversos estadios, é fundamental serem disponibilizados serviços de saúde e sociais adequados para se garantir a qualidade de vida e a dignidade na sua condição.

Para a população das outras Regiões de Saúde, por este estudo na Região Norte ter funcionado como “piloto”, o PNSM inscreveu no seu orçamento para 2015 o financiamento dessa extensão da investigação, que se encontra em fase de implementação.

7.2. Estudo de opinião sobre as demências

7.2.1 Enquadramento e Objetivos

Apesar de existirem alguns estudos, maioritariamente isolados, sobre as atitudes e as crenças face à Demência, pouco se sabe sobre a realidade portuguesa e as suas especificidades, dificultando a comparação com a realidade de outros países, com diferentes culturas e sistemas de saúde.

Considerou-se por isso pertinente realizar um inquérito de opinião que permitisse:

- Melhorar a compreensão sobre as experiências, as expectativas e as preocupações da sociedade portuguesa sobre a Demência;
- Identificar o conhecimento, a atitude e as crenças do público em geral relativamente ao diagnóstico e ao tratamento;
- Fundamentar futuras campanhas de sensibilização, prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento.

O estudo foi desenvolvido pela Unidade de Investigação e Formação sobre Adultos e Idosos do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto (UNIFAI/ICBAS-UP), com o apoio da Direção-Geral da Saúde (DGS) e de peritos externos, tendo como coordenador o Prof. Doutor Pedro Machado Santos.

As questões foram elaboradas e selecionadas com base em estudos de opinião prévios, no âmbito da saúde mental e do envelhecimento.

O inquérito foi divulgado no sítio da DGS e disseminado, no modelo de cascata, através de instituições prestadoras de cuidados de saúde mental e outras entidades de referência como a Associação Alzheimer Portugal, o Instituto Nacional para a Reabilitação, Universidade do Porto, a Universidade da Beira Interior e a Assembleia da República. O inquérito foi igualmente divulgado nas redes sociais.

Com base nos dados recolhidos, entre dezembro de 2014 e junho de 2015, foi feita a caracterização das atitudes da população portuguesa com mais de 18 anos de idade e a comparação com dados de arquivo disponíveis e apresentados no estudo *“The Value of Knowing”* (2011), conduzido pela *Harvard School of Public Health*, em parceria com a *Alzheimer Europe*.

7.2.2 Resultados

7.2.2.1 Participantes

Este estudo contou com a participação de 1.476 sujeitos, com idades compreendidas entre os 18 e os 94 anos e uma média de 38,83 anos (Quadro 70). A maioria dos inquiridos pertence ao sexo

feminino (80%) e tem uma atividade profissional (66%) que não se integra nas categorias de

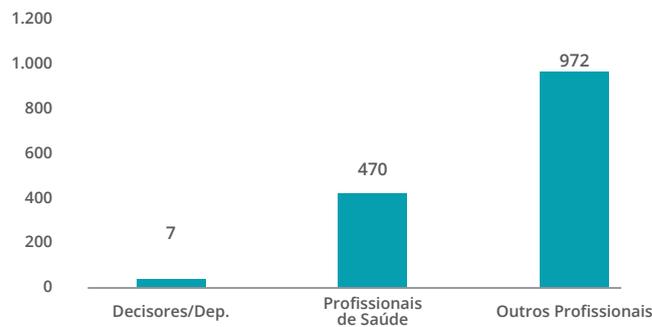
profissional de saúde (38%) ou de decisor político (1%) (Figura 69).

QUADRO 70 | DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A IDADE

	IDADE
n	1.476
média	38,83
mediana	37,00
desv. pad.	13,51
min.	18
max.	94

Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

FIGURA 69 | DESCRIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM ATIVIDADE PRINCIPAL



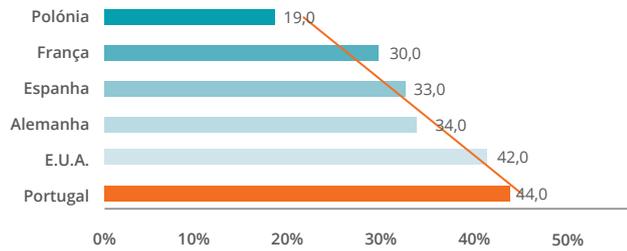
Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

No contexto global de resultados, Portugal apresenta uma amostra superior a qualquer um dos 5 países que participaram no estudo prévio *The Value of Knowing*: França, Alemanha, Polónia, Espanha e Estados Unidos.

7.2.2.2 Experiência pessoal

Face às estimativas de prevalência e ao impacto da Demência, não é surpreendente que 99,3% dos portugueses entrevistados tenha ouvido falar sobre essa doença e que a maioria, em todos os países estudados, afirmem ter conhecido ou

conhecer alguém com Demência. Em Portugal, quase metade dos inquiridos (44%) tem ou teve experiência pessoal com um membro da família, destacando-se de outras realidades com valores que variam entre os 19% na Polónia e os 42% nos Estados Unidos (Figura 70). Os resultados nacionais podem ser justificados pelo papel da família na prestação de cuidados, por diferenças culturais ao nível do diagnóstico ou mesmo pelo enfoque mais generalizado do questionário português (estudos anteriores remetem a questão para a Doença de Alzheimer).

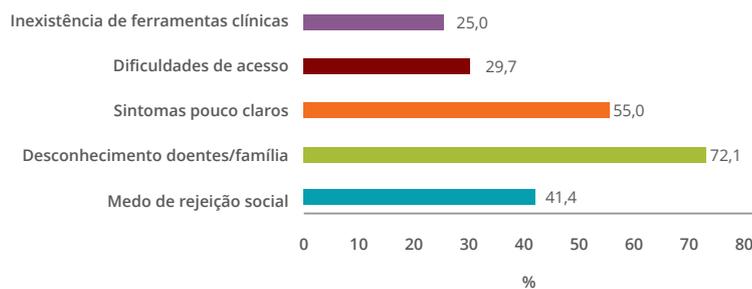
FIGURA 70 EXPERIÊNCIA PESSOAL COM UM MEMBRO DA FAMÍLIA COM DEMÊNCIA
Tem ou teve um familiar com Demência (DA)?


Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

7.2.2.3 Percepção sobre o diagnóstico

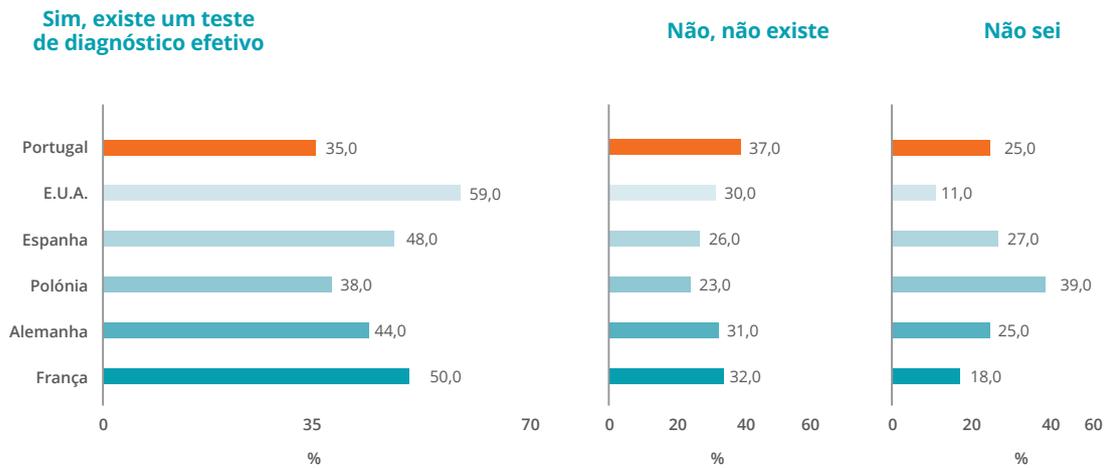
Relativamente ao rastreio e ao diagnóstico, cerca de 3 em 4 adultos discordam que a Demência seja fácil de diagnosticar pelo médico e 11% discordam fortemente desta ideia. Entre as principais dificuldades ao diagnóstico estão a falta de conhecimento por parte dos doentes e familiares (72%), a sintomatologia pouco clara (55%) e o medo de rejeição social (41%) (Figura 71). Os resultados sugerem, assim, que a falta de informação e conhecimento sobre esta entidade clínica é para os portugueses

o maior obstáculo a um diagnóstico mais precoce e eficaz. Quando questionados acerca da existência de um teste de diagnóstico efetivo para determinar os estados iniciais de Demência, as respostas afirmativas variaram entre os 35% dos inquiridos em Portugal e os 59% nos Estados Unidos. Neste caso, os portugueses apesar de se apresentarem divididos, são o público menos equivocado relativamente à disponibilidade atual deste tipo de teste e os que afirmam de forma mais correta, e comprometida, a sua não existência (37%) (Figura 72).

FIGURA 71 PERCEÇÃO PÚBLICA FACE ÀS PRINCIPAIS DIFICULDADES DE DIAGNÓSTICO
Principais dificuldades ao rastreio e diagnóstico (PT)


Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

FIGURA 72 | PERCEÇÃO PÚBLICA FACE À DISPONIBILIDADE DE UM TESTE DE DIAGNÓSTICO EFETIVO



Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

7.2.2.4 Causas e sintomas

A maioria dos inquiridos portugueses considera como principal causa de Demência as alterações neurológicas (88%), seguida da doença psiquiátrica (55%) e das causas hereditárias (51%).

A relação de causalidade com a doença mental, apesar de surpreendente, vê-se reforçada na análise dos resultados relativos ao conhecimento sobre a sintomatologia da Demência.

Na generalidade, no que respeita aos sintomas da doença, os portugueses têm uma visão semelhante à dos cidadãos dos restantes países estudados. Alguns sintomas foram claramente considerados como característicos da Demência, demonstrando que a larga maioria dos respondentes conseguiu selecionar de forma correta alguns dos sinais e sintomas comuns da demência, como (i) confusão e desorientação, (ii) deambular e perder-se, (iii) dificuldade em lembrar acontecimentos do dia anterior, (iv) dificuldade em gerir tarefas diárias, (v) dificuldade em gerir e pagar contas.

A consistência de respostas corretas abrangeu inclusivamente a identificação de sintomas não comuns, como por exemplo os problemas com dor (entre os 50% e os 68%). Existiram menos respondentes a considerar a associação de

outros sintomas com a Demência. E, nestes casos, a consistência também diminuiu (i.e. registou-se uma maior amplitude de respostas).

No estudo português, os resultados demonstram que 54% dos inquiridos considera que ter alucinações e ouvir vozes é um sintoma comum da Demência. Este facto acentua, por um lado, a variabilidade de respostas previamente registadas (entre os 24% e os 40%) e, por outro, a ideia de que no contexto português existe uma tendência para associar a demência à doença psiquiátrica. Este equívoco parece dever-se à falta de diagnóstico precoce e diferencial que faz associar as manifestações a estados mais avançados da doença ou a conceitos antigos relacionados com a palavra demência que, no passado, servia para designar um conjunto de perturbações mentais, tanto na linguagem comum como na linguagem clínica-científica.

7.2.2.5 Percepção sobre o tratamento

Em relação ao tratamento, assinala-se uma diferença notória entre países. Em Portugal, apesar das respostas obtidas se revelarem próximas da média dos diferentes países – balizada pela Polónia (63%) e pela Espanha (27%), os inquiridos acreditam mais na existência de um tratamento efetivo para retardar a progressão da demência (42%) que para reduzir os seus sintomas (33%) (Figura 73).

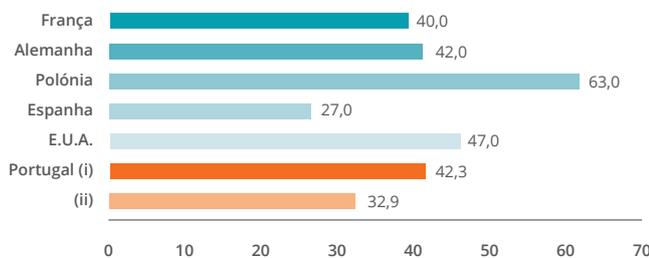
Cerca de 3 em cada 4 portugueses considera que os tratamentos existentes na atualidade são pouco eficazes. No entanto, quando questionados sobre a sua utilidade, os respondentes confiam mais nos tratamentos farmacológicos (90%) que nos tratamentos psicológicos, embora 77% dos inquiridos assinale a sua utilidade neste contexto.

Os resultados demonstram que só uma pequena minoria de respondentes portugueses se encontra convicta da possibilidade de vir a existir um

tratamento para a demência num futuro próximo (8%), afirmando inclusivamente que não só não existirá um tratamento efetivo (11%), como também não vai existir uma cura para a demência (20%).

FIGURA 73 PERCEÇÃO PÚBLICA FACE À DISPONIBILIDADE DE UM TRATAMENTO EFETIVO

Disponibilidade de um tratamento efetivo (i) para retardar a progressão e (ii) reduzir os sintomas



Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

7.2.2.6 Percepção sobre a opinião de terceiros

Em Portugal, mais de 9 em 10 respondentes consideram que a maioria das pessoas entende que a demência traz uma grande sobrecarga para a família (93%). Apesar do menor número de respostas, mais de metade dos inquiridos admite que é vista como causadora de maior estigma social, em comparação com outras doenças (63%) e geradora de sofrimento para a pessoa doente (52%) (Figura 74). Em termos comparativos, os respondentes portugueses são quem menos considera a demência como uma doença fatal. Embora a maioria dos públicos inquiridos, nos diferentes países, apresente uma atitude favorável à participação de pessoas com demência em cerimónias e eventos sociais, regista-se uma grande diferença entre a realidade francesa (89%) e a portuguesa (65%). Na percepção dos inquiridos, os portugueses são o público que apresenta uma atitude menos positiva.

7.2.2.7 Preocupação face à doença

Em muitos países a demência é classificada como uma grande preocupação face à doença, sobretudo por parte das populações mais velhas.

Em Portugal, os inquiridos ordenaram uma lista de oito doenças (doenças do coração, gripe, cancro, diabetes, demência, depressão, VIH/SIDA, acidente vascular cerebral), através de uma escala numérica de 1 a 8, em que 1 representa “maior receio” e 8 “menor receio”. E, neste caso, os resultados revelaram que as demências estão entre as doenças que os portugueses mais receiam, sendo só superadas pelo cancro e pelo acidente vascular cerebral (AVC).

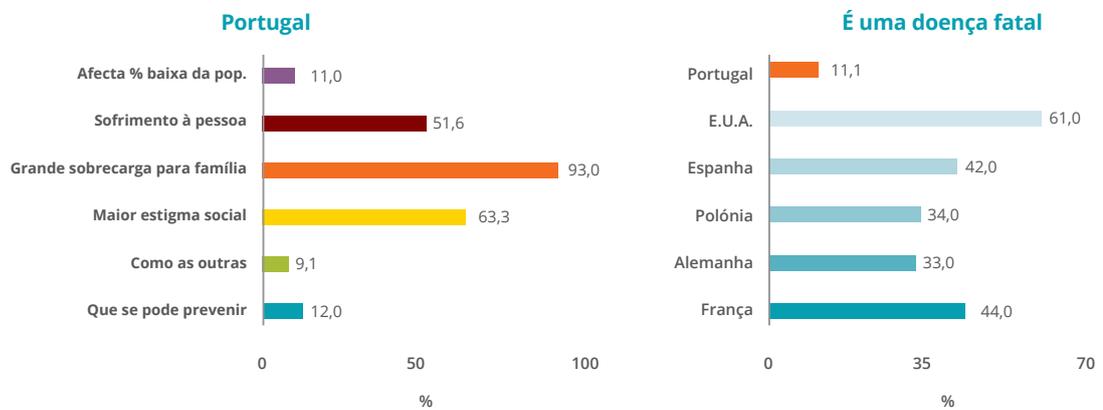
Estes resultados podem ser explicados pelo receio da perda da autonomia (i.e. as doenças mais temidas encontram-se associadas à diminuição do controlo percebido) mas, também, pelo facto da demência vir a surgir, em estudos recentes, como uma das principais causa de morte nas mulheres mais velhas (*Office of National Statistics, 2015*).

Acresce o facto de os respondentes portugueses serem maioritariamente do sexo feminino.

A comparação dos diferentes países mostra uma variação expressiva do nível de preocupação face à possibilidade dos inquiridos ou dos seus familiares virem a ter demência. Na generalidade, os inquiridos encontram-se mais preocupados com os familiares que com os próprios. Não obstante, em Portugal (e em Espanha) os níveis de preocupação são notoriamente superiores, para ambas as possibilidades.

Estes dados nacionais podem estar relacionados com a elevada esperança média de vida (81 anos)¹, sobretudo das mulheres² (maior número de respondentes), com a maior probabilidade de contacto com familiares com demência e com o facto de uma menor percentagem da população adulta portuguesa reportar um bom estado de saúde, quando comparada com outros países³.

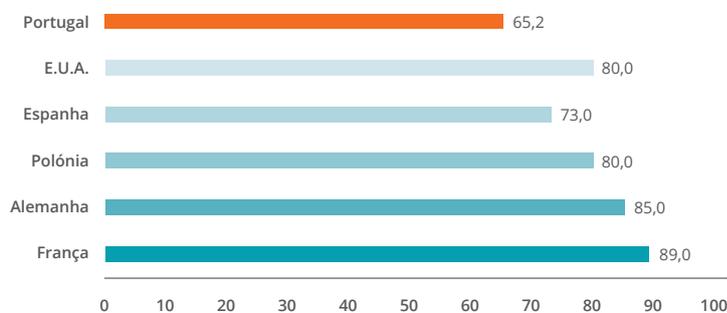
FIGURA 74 OPINIÃO QUE A MAIORIA DAS PESSOAS TÊM SOBRE A DEMÊNCIA



Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

FIGURA 75 OPINIÃO QUE A MAIORIA DAS PESSOAS TÊM SOBRE A PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA DOS DOENTES

Devem continuar a assistir a cerimónias e a festas sociais



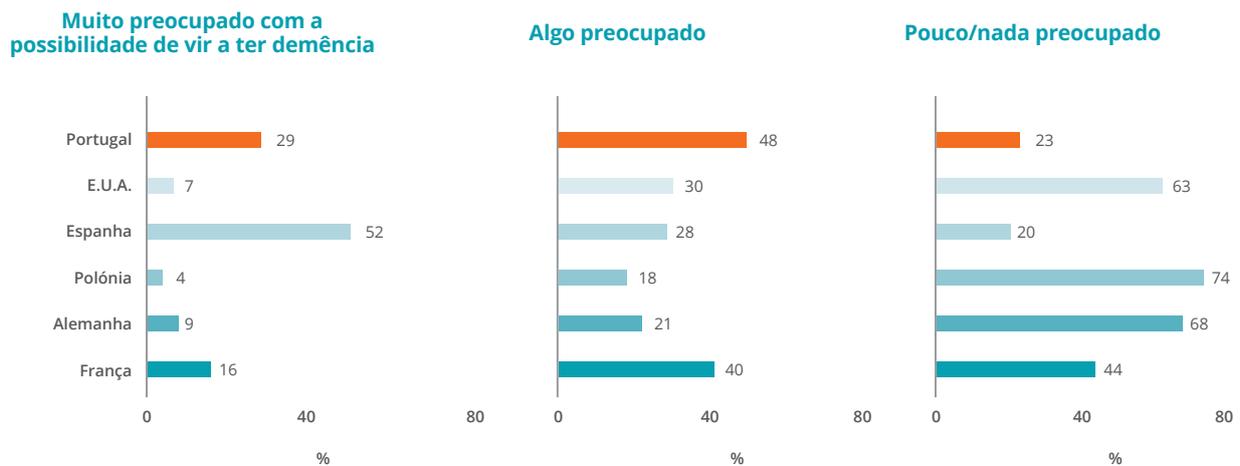
Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

¹ Esperança de vida à nascença em 2013, em Portugal (OMS, 2014).

² De acordo com o relatório da OCDE Health at a Glance 2015, Portugal está no 9º lugar no ranking relativo à esperança de vida das mulheres à nascença.

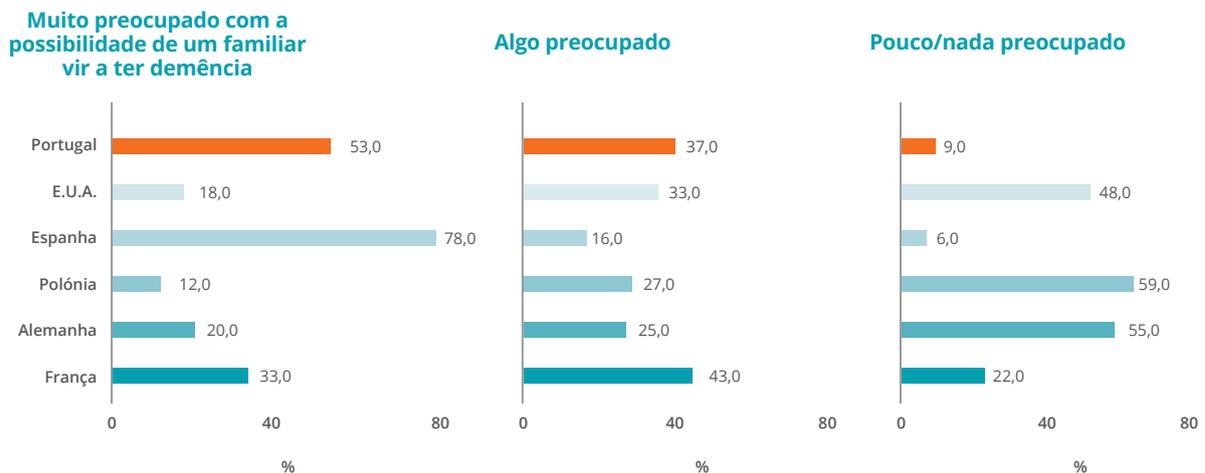
³ Para o relatório da OCDE, de 2013, Health Statistics, apenas 49,7% dos inquiridos portugueses (55,3% de mulheres e 44,6% de homens) referiram estar em boa saúde. Portugal encontra-se, neste caso, no terceiro pior lugar.

FIGURA 76 | NÍVEIS DE PREOCUPAÇÃO COM A POSSIBILIDADE DE VIR A TER DEMÊNCIA



Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

FIGURA 77 | NÍVEIS DE PREOCUPAÇÃO COM A POSSIBILIDADE DE UM FAMILIAR VIR A TER DEMÊNCIA



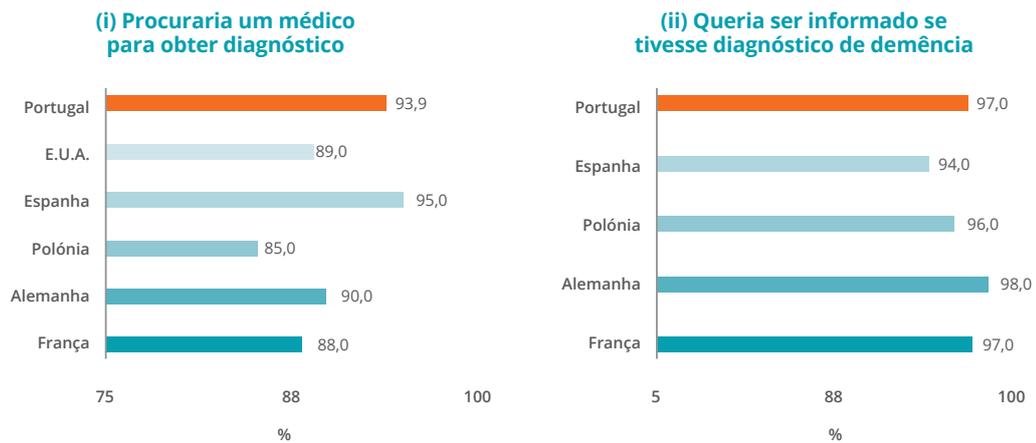
Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

Face à manifestação de sinais de confusão e perda de memória, mais de oito em cada dez adultos afirma estar disposto a procurar um médico para obter um diagnóstico e mais de nove em cada dez deseja ser notificado em caso de diagnóstico de demência (Figura 78). A análise da atitude face a um familiar, com os mesmos sinais de desorientação e perda de memória, permite constatar que existe um maior desejo de procura de diagnóstico (mais de nove em cada 10 inquiridos), mas um menor interesse na partilha da informação com o mesmo familiar. Não obstante, os inquiridos portugueses são os que mais afirmam pretender que o seu familiar fosse informado, em caso de diagnóstico de demência (Figura 79).

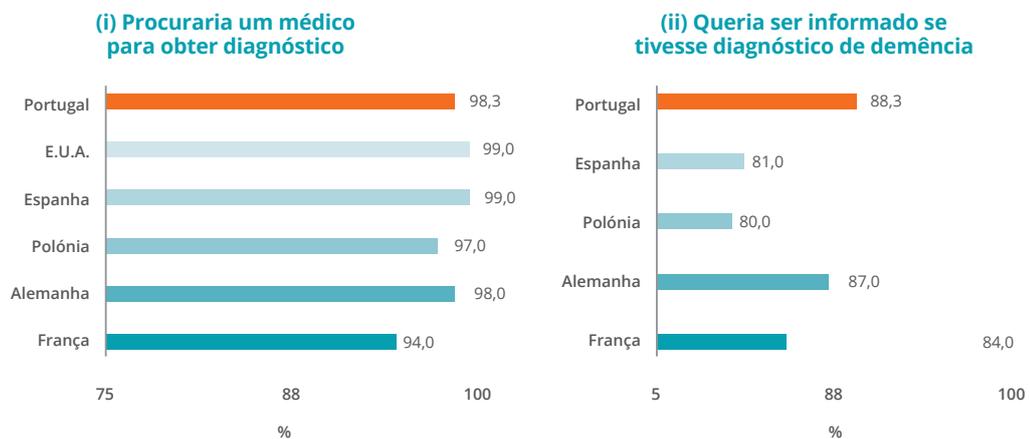
Estes dados são consistentes com a ideia de que existe um interesse, generalizado, no diagnóstico precoce da demência e no acesso à informação.

Em termos gerais, em Portugal e outros países, os membros da família são vistos como elementos fundamentais na prestação de cuidados. Neste contexto, o companheiro (ou cônjuge) surge claramente destacado, também entre nós, no campo da expectativa.

Os resultados do inquérito nacional revelam, ainda, que a expectativa de vir a ser cuidado por um filho (6%) é inferior às relativas a profissionais contratados (11%), organizações públicas (14%) ou organizações sem fins lucrativos (6,8%).

FIGURA 78 ATITUDE SE MANIFESTASSE SINAIS DE DESORIENTAÇÃO E PERDA DE MEMÓRIA


Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

FIGURA 79 ATITUDE SE UM FAMILIAR MANIFESTASSE SINAIS DE DESORIENTAÇÃO E PERDA DE MEMÓRIA


Fonte: Machado dos Santos, P, Paúl C, 2015

Os dados estão de acordo com o facto de os cônjuges idosos serem considerados, normalmente, uma das maiores garantias de suporte na velhice, e nas situação de dependência.

Já a expectativa relativa aos filhos, tradicionalmente na segunda linha da prestação de cuidados informais às pessoas mais velhas, pode ser explicada pela qualidade da relação interpes-

soal-familiar, das forças institucionais e das bases normativas (Aneshensel e colaboradores, 1977, citados por Martin, 2005) e, também, pelo facto da demência ser uma condição que requer maior necessidade de ajuda nas atividades instrumentais de vida diária, o que faz aumentar a probabilidade, e a expectativa, de apoio externo.

8. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

8.1. Resultados

Os resultados aqui apresentados resultam da participação no projeto Ação Conjunta para a Saúde Mental e o Bem-estar (*Joint Action on Mental Health and Well-being*) da União Europeia (UE), que Portugal foi convidado a coordenar e que teve como objetivo implementar uma estratégia de ação em políticas de saúde mental, incluindo o desenvolvimento de cuidados de saúde mental na comunidade.

O relatório desenvolvido no âmbito do Grupo de Trabalho do *Work Package 5 (WP5)*, grupo de trabalho dedicado ao estudo dos processos de transição para cuidados baseados na comunidade e socialmente inclusivos, daquela *Joint Action* da UE, apresenta os resultados do primeiro estudo que analisa o processo de transição de cuidados de saúde mental institucionais para a comunidade desenvolvido em Portugal.

Metodologia: A análise dos dados existentes em Portugal foi efetuada utilizando uma série de indicadores no processo de transição, identificados através de diversas fontes, incluindo: os Atlas de Saúde Mental da OMS 2005 e 2011 (OMS, 2005; OMS, 2011), a Avaliação Inicial de Políticas e Práti-

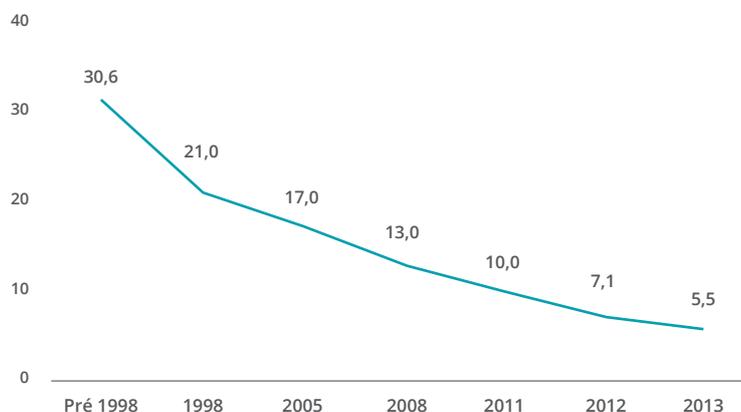
cas de Saúde Mental da OMS (OMS, 2008) e o relatório EuroPoPP (Samele *et al.*, 2013).

Para a análise dos resultados, barreiras e facilitadores foi utilizado o método de questionário com perguntas classificadas numa escala de *Likert* com 5 pontos para registar as percepções de profissionais e intervenientes relevantes na área da saúde mental, incluindo os elementos da Rede Nacional. As 50 questões foram distribuídas pelas seguintes áreas: Resultados, Barreiras e Factores Facilitadores.

A desinstitucionalização e o desenvolvimento de cuidados na comunidade são objetivos fundamentais nas políticas da maioria dos países Europeus. Todos os países participantes no WP5 fecharam alguns ou todos os seus hospitais psiquiátricos nas últimas décadas, mas em Portugal este processo só teve lugar depois de 1998.

O número de camas em hospitais psiquiátricos em Portugal tem vindo a diminuir desde 1998, de um número máximo de 30,6/100.000 para a taxa atual de 5,5/100.000 habitantes (Figura 80).

FIGURA 80 | NÚMERO DE CAMAS POR 100.000 HABITANTES EM HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS

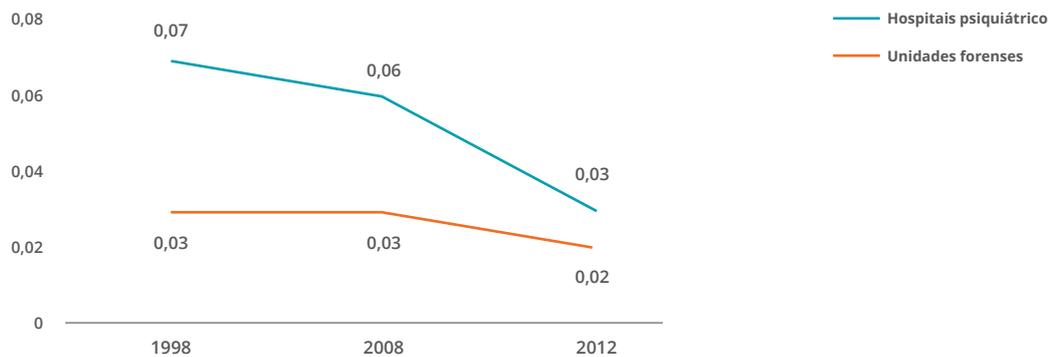


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

Em Portugal a diminuição de camas nos hospitais psiquiátricos não foi acompanhada por mudanças significativas no número de unidades e camas

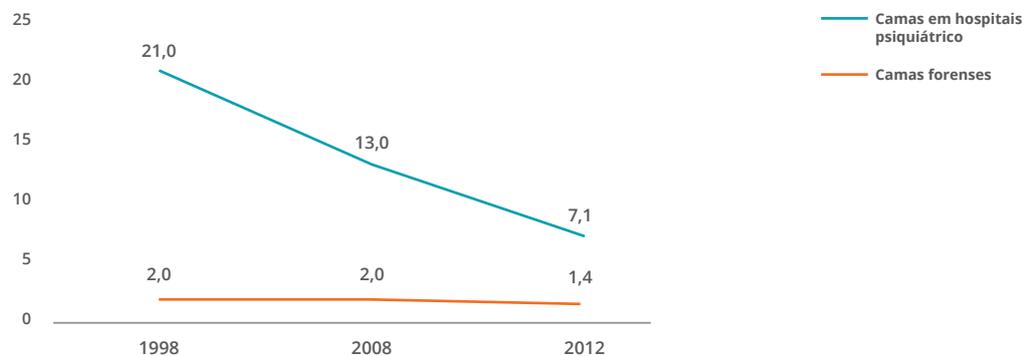
forenses. Depois de 2008 houve uma pequena diminuição, tanto de camas como de unidades (Figuras 81 e 82).

FIGURA 81 HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS E UNIDADES FORENSES POR 100.00 HABITANTES. 1998, 2008 E 2012



Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

FIGURA 82 CAMAS PSIQUIÁTRICAS E FORENSES POR 100.000 HABITANTES. 1998, 2008 E 2012

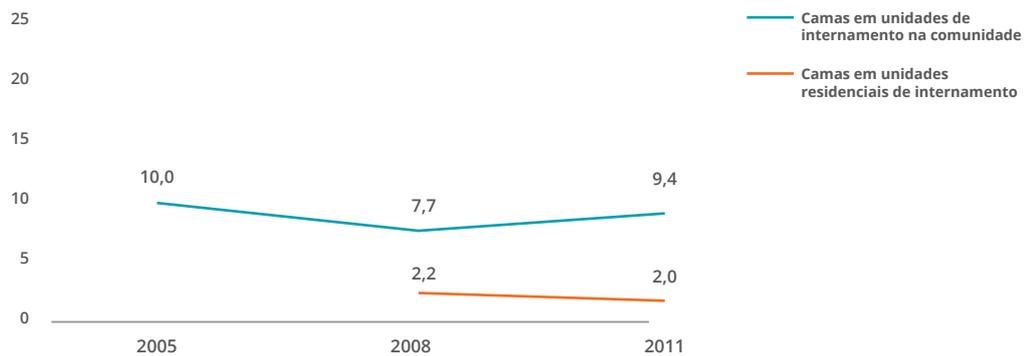


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

As unidades de internamento localizadas nos hospitais gerais são um componente importante nos sistemas de saúde mental para a maior parte dos 28 países da União Europeia, onde a mediana da taxa de camas por 100.000 tem o valor de 14,3.

A taxa de camas de internamento em hospitais gerais, em Portugal, é significativamente mais baixa quando comparada com a mediana Europeia, com valores a rondar os 10/100.000 (Figura 83).

FIGURA 83 | CAMAS EM UNIDADES PÚBLICAS POR 100.000 HABITANTES

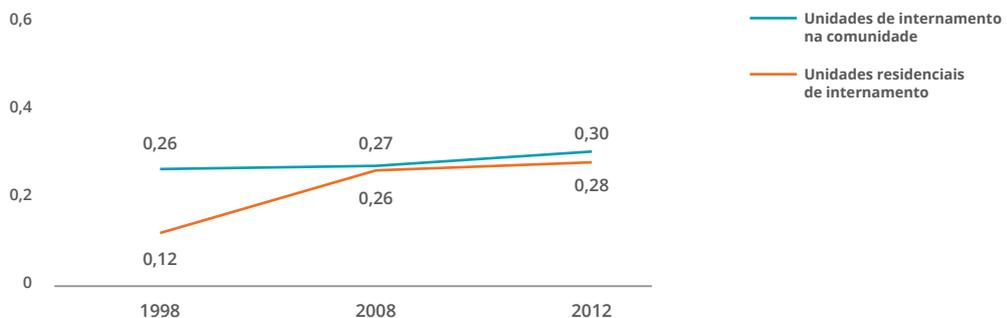


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

Por outro lado, Portugal tem uma taxa significativamente mais alta de camas em residências do sector não-público, nomeadamente as que pertencem ao sector social (34/100.000). Estas estruturas residenciais variam quanto às suas características, no entanto a maioria não está

localizada na comunidade, tendo um número de camas demasiado grande, fazendo com que se assemelhem a hospitais psiquiátricos tradicionais. Tanto as unidades de internamento como as residências na comunidade tiveram um aumento ligeiro nos últimos anos (Figura 84).

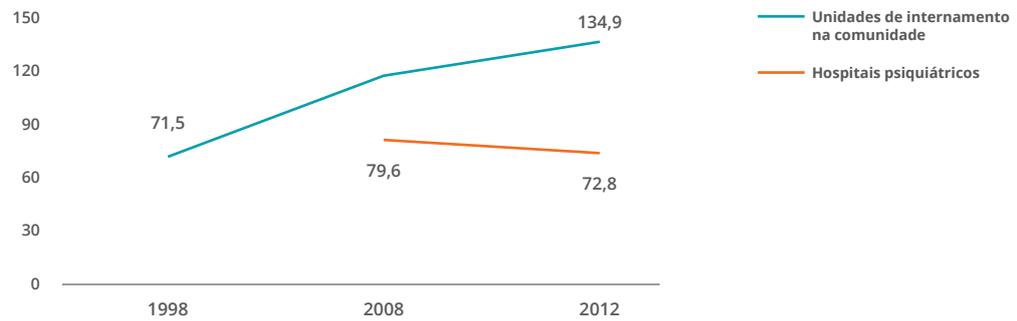
FIGURA 84 | UNIDADES DE INTERNAMENTO POR 100.000 HABITANTES



Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

As taxas de altas dos serviços são um excelente indicador indireto das transformações do sistema de saúde mental de um país. Apesar de não existir uma evolução linear, as taxas de altas reduziram-se

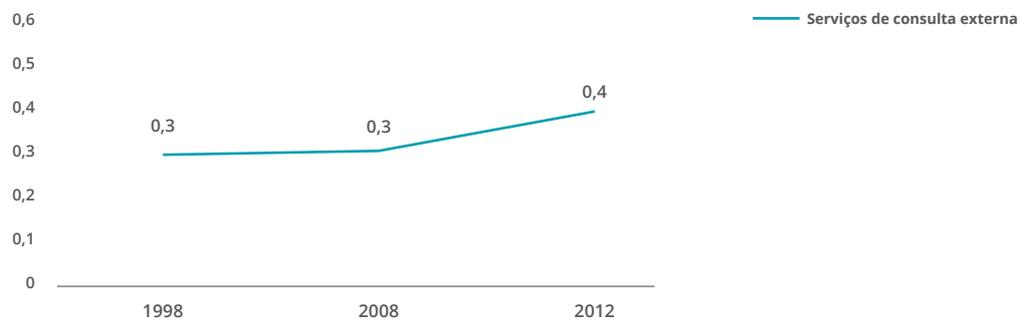
significativamente nos hospitais psiquiátricos em Portugal, acontecendo o inverso nas unidades de internamento na comunidade (e.g. internamento em hospitais gerais) (Figura 85).

FIGURA 85 TAXA ANUAL DE ALTAS POR 100.000 HABITANTES


Fonte: Joint Action on Mental Health and Well-being – Towards Community Based and Socially Inclusive Mental Health Care – Análise da Situação em Portugal, European Commission, 2015.

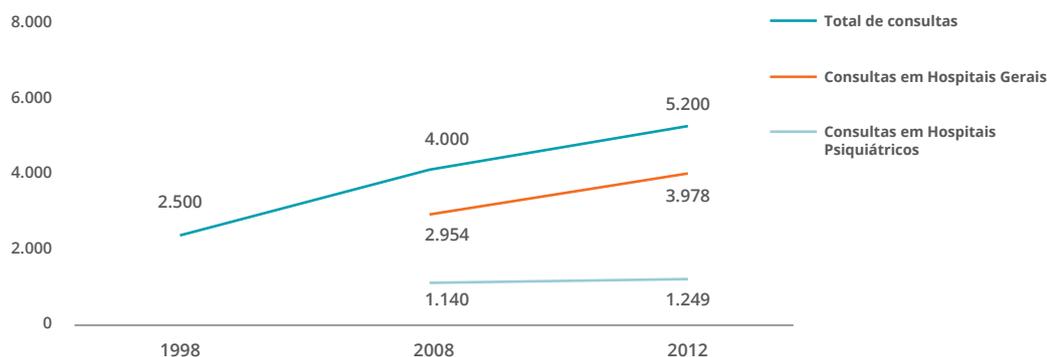
O número de serviços de consulta externa tem vindo a aumentar em Portugal, particularmente depois de 2008 (Figura 86). Este facto é especialmente verdadeiro nos hospitais gerais (Figura 87),

com uma taxa mais rápida de crescimento do número anual de consultas, quando comparada com a taxa das consultas nos hospitais psiquiátricos.

FIGURA 86 SERVIÇOS DE CONSULTA EXTERNA - 1998, 2008 E 2012


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

FIGURA 87 CONSULTAS POR 100.000 HABITANTES - 1998, 2008 E 2012

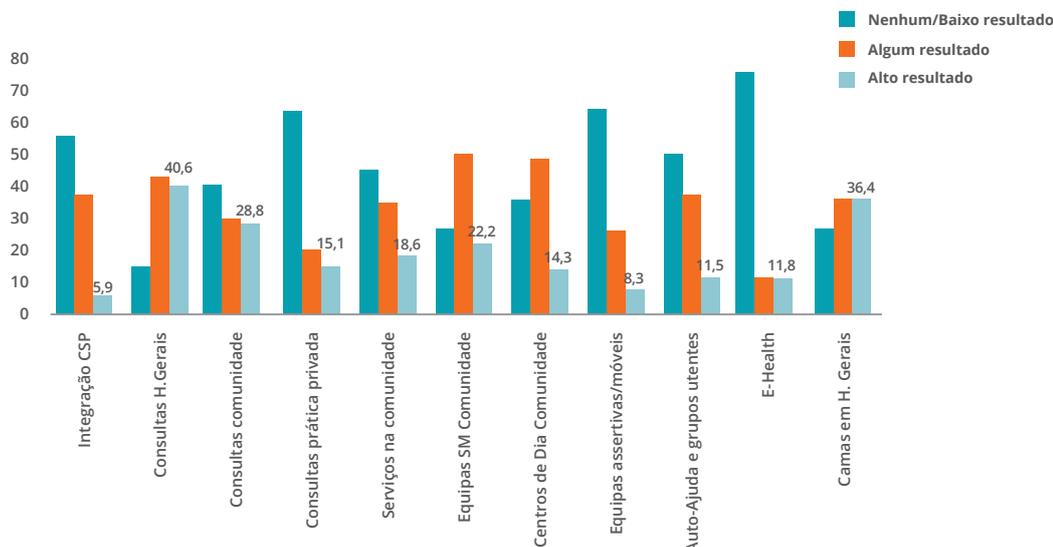


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

Quando olhamos para as dimensões relacionadas com o desenvolvimento e a organização de serviços de SM em Portugal (Figura 88), verificamos que os níveis mais baixos de realização alta são os que pertencem à área da integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários. Esta integração, crítica para o acesso adequado aos cuidados de saúde e para o tratamento das doenças mentais menos incapacitantes mas com prevalências altas, apresentou um dos maiores níveis de Não/Baixa Realização, não só na dimensão da organização de serviços como entre todas as dimensões avaliadas.

Melhores resultados, relacionados com o processo de transição, foram encontrados nas percentagens de realização alta nas áreas do desenvolvimento de serviços de ambulatório e do aumento do número de camas nos hospitais gerais. Os serviços de ambulatório na comunidade e o desenvolvimento de equipas comunitárias parecem ter suportado este processo, a par do desenvolvimento de unidades na comunidade. As percentagens mais altas de realização pertencem ao desenvolvimento de serviços de ambulatório nos hospitais gerais.

FIGURA 88 PERCENTAGEM DE DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL, PORTUGAL



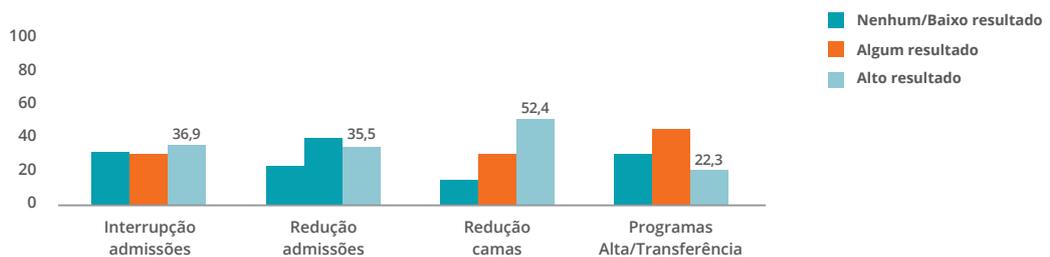
Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

A reestruturação e o fecho dos hospitais psiquiátricos têm, em articulação com o desenvolvimento de novos serviços na comunidade, um papel vital no processo de transição.

A Figura 89 mostra que a redução de camas teve um papel central neste processo, para o qual

também contribuíram a interrupção e a redução das admissões nos hospitais psiquiátricos. Os resultados mais baixos de realização alta pertencem aos programas de altas e transferências, que embora apresentem sempre grandes desafios do ponto de vista da implementação, são vitais para os processos de transição feitos com qualidade.

FIGURA 89 | PERCENTAGEM DE RESULTADOS NO FECHO E REESTRUTURAÇÃO DOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS, PORTUGAL

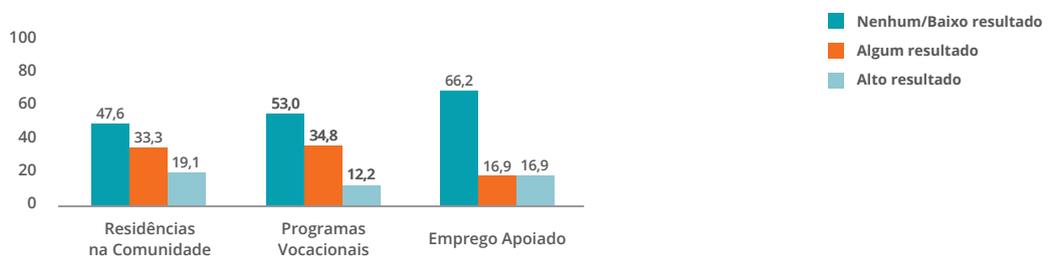


Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

No seguimento das áreas anteriores, e olhando para as fases finais do processo de transição que consideram os principais indicadores de integração na comunidade, verificamos na Figura 90 que a maior percentagem de resultados altos pertence ao desenvolvimento de alternativas residen-

ciais na comunidade. Os resultados de realização mais baixos pertencem ao desenvolvimento de programas vocacionais e de emprego apoiado, que apresentam, nesta dimensão e globalmente no processo de reestruturação, os níveis mais altos de Não/Baixa Realização.

FIGURA 90 | PERCENTAGEM DOS RESULTADOS NAS ALTERNATIVAS DE EMPREGO, RESIDENCIAIS E VOCACIONAIS, PORTUGAL



Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

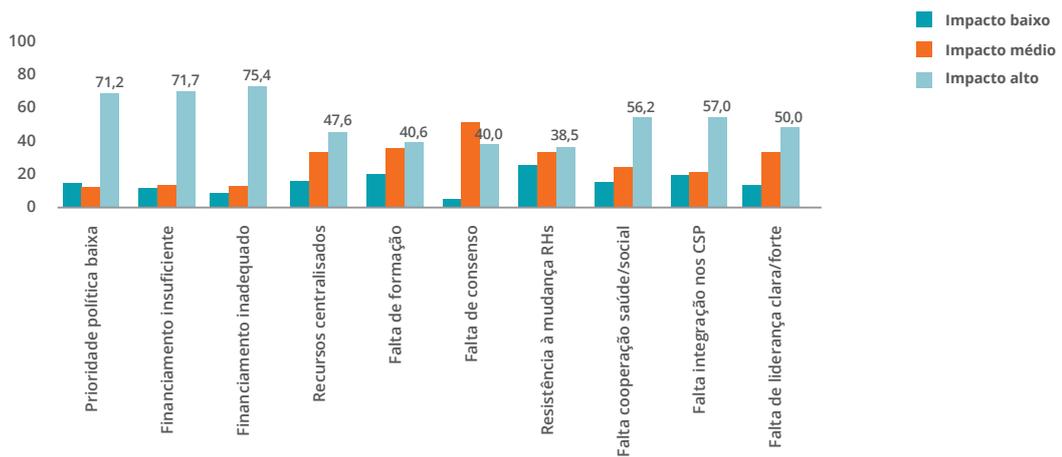
Se considerarmos os resultados das barreiras com impacto alto no processo de transição dos cuidados de base hospitalar para os cuidados na comunidade, estes podem ser dividido em três grupos (Figura 91).

O primeiro grupo inclui as barreiras resultantes da centralização de recursos, da falta de formação profissional, da resistência à mudança por parte dos recursos humanos e da falta de consenso entre os diversos grupos de decisão ligados à saúde mental (*stakeholders*). Estas barreiras, historicamente consideradas relevantes para nós, representam o limite inferior dos resultados com impacto alto, com percentagens inferiores a 50%.

O segundo grupo inclui as barreiras com percentagens de impacto alto acima dos 50%, nomeadamente: a falta de cooperação entre os sectores social e da saúde, dificuldades na integração da SM nos cuidados de saúde primários e a falta de uma liderança clara e forte.

O terceiro grupo, com as percentagens mais elevadas de impacto alto, neste caso acima dos 70%, inclui as barreiras associadas ao baixo apoio político e ao financiamento insuficiente e inadequado.

FIGURA 91 | PERCENTAGEM DO IMPACTO DAS BARREIRAS NO PROCESSO DE TRANSIÇÃO, PORTUGAL



Fonte: Questionário sobre Transição 2014, WHO Mental Health ATLAS 2005 & 2011, WHO Policies and Practices 2008.

8.2. Resumo das recomendações da *Joint Action on Mental Health and Well-being*

De forma a desenvolver cuidados de saúde mental na comunidade e socialmente inclusivos, a *Joint Action on Mental Health and Well-being* recomenda aos Estados Membros a implementação das seguintes estratégias e ações:

1. Gerar compromisso político no sentido do desenvolvimento do sistema de saúde mental

Ao longo dos últimos 20 anos foram feitos esforços significativos na Europa de forma a encorajar líderes políticos nacionais e internacionais a dedicarem maior atenção aos cuidados de saúde mental na comunidade e à inclusão social de pessoas com perturbações mentais severas. Contudo, ainda é necessário fazer mais. Os fundamentos políticos, legais e as condições técnicas necessários para assegurar o sucesso na transferência de cuidados de saúde mental institucionais para a comunidade têm sido limitados. Os políticos e a opinião pública em certos países têm ainda que reconhecer a importância da implementação de cuidados de saúde na comunidade. Desta forma, ações concertadas têm de ser tomadas de forma a criar um compromisso mais forte e profundo dos decisores políticos influentes (através de declarações públicas de apoio às reformas dos sistemas de saúde mental), acompanhado por um compromisso institucional evidente e apoio financeiro adequado para implementar as reformas necessárias (alocação dos fundos necessários para realizar os objetivos anteriormente expressos).

1.1 Recolher informação

Ações recomendadas:

- Desenvolver iniciativas para criar compromisso político, baseadas em informação que possa demonstrar aos decisores políticos porque é que devem assumir um compromisso de promover medidas concretas;
- Identificar decisores importantes que podem ter um papel significativo no processo de mudança, e recolher toda a informação disponível sobre as organizações que podem ser abordadas e convidadas a ser parceiras nesse processo.

1.2 Criar redes

Ações recomendadas:

- Envolver todas as partes interessadas relevantes – profissionais, utentes e familiares, sectores da saúde e de outras áreas relacionadas, governos e sociedade civil, em conjunto com outras organizações interessadas – em ações que mobilizem a transição para cuidados de saúde mental na comunidade, a nível nacional e internacional.

1.3 Desenvolver formação

Ações recomendadas:

- Desenvolver a formação dos líderes de saúde mental e outros representantes relevantes envolvidos nas políticas de saúde mental e na implementação dos serviços;
- Encorajar a colaboração, particularmente entre líderes de saúde mental, para promover novos programas de formação, fornecer apoio contínuo e orientação no desenvolvimento de políticas e serviços de saúde mental a nível nacional e internacional.

1.4 Desenvolvimento de estratégias de comunicação

Ações recomendadas:

- Desenvolvimento de estratégias de comunicação eficazes que ajudem a motivar audiências importantes a contribuir para a tomada de decisões;
- Desenvolver mensagens chave que realcem a importância das perturbações mentais graves, informando as pessoas da necessidade urgente de desenvolver políticas que diminuam os custos sociais e económicos relacionados com as estas perturbações e que reduzam as insuficiências de tratamento existentes.

2. Desenvolver ou atualizar políticas e legislação de saúde mental

Em muitos países faltam ainda legislação e políticas que promovam a mudança para cuidados na comunidade. Por outro lado, em alguns casos não fazem referência aos princípios das abordagens orientadas para a recuperação ou não têm em consideração as implicações da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Incapacidade (CRPD).

Ações recomendadas:

- Ao nível da UE gerar discussão e criar consensos sobre o impacto da CRPD na legislação de saúde mental;
- Monitorizar a implementação de políticas de saúde mental em toda a UE;
- Onde for necessário, promover a revisão e a actualização da legislação de saúde mental, tendo em consideração os princípios da recuperação e as recomendações da CRPD;
- Encorajar e promover a revisão e a actualização de políticas de saúde mental, baseadas nos direitos humanos e nas evidências disponíveis, nos países onde isto é necessário;
- Incluir ações, em relação a legislação e políticas, que tenham como objectivo assegurar a sua implementação de uma forma efectiva.

3. Mobilizar a transição dos cuidados dos hospitais psiquiátricos para um sistema baseado nos hospitais gerais e nos serviços de saúde mental na comunidade

Existe um consenso alargado quanto à necessidade de transferir os cuidados das instituições psiquiátricas para um sistema que se baseie predominantemente em serviços na comunidade e que integre a saúde mental nos cuidados gerais de saúde, ao nível dos cuidados primários e secundários.

De acordo com a “pirâmide de cuidados” da OMS, os serviços de saúde mental na comunidade, em conjunto com serviços de saúde mental nos hospitais gerais, têm uma função central na melhoria dos cuidados de saúde mental.

Uma coordenação estreita entre serviços de saúde e serviços sociais, incluindo uma gestão e um programa de financiamento comuns, em conjunto com o envolvimento das agências de emprego, será necessária para assegurar uma recuperação psicossocial completa das pessoas com perturbações mentais severas.

Para atingir estes objetivos, devem ser desenvolvidas estratégias e ações bem coordenadas, simultaneamente ao nível Europeu e nacional, de forma a:

3.1 Integrar a saúde mental nos cuidados primários

Ações recomendadas:

- Aumentar a formação curricular de todos os profissionais de cuidados primários de forma a melhorar o reconhecimento e a gestão das perturbações mentais comuns nos cuidados de saúde primários;
- Promover a ligação de especialistas em saúde mental com profissionais de cuidados de saúde primários para encorajar um processo de referência de pacientes nos dois sentidos e oferecer supervisão quando for necessário;
- Promover a investigação e a disseminação de modelos colaborativos e escalonados entre cuidados primários e especializados de saúde mental.

3.2 Transferir o locus dos cuidados de saúde mental especializados para serviços na comunidade (centros e equipas de saúde mental)

Ações recomendadas:

- Desenvolver e estabelecer uma equipa de saúde mental comunitária para cada área geodemográfica, com dimensão e capacidade determinados com base nas recomendações da OMS e nos recursos disponíveis. Quando estes recursos forem limitados, uma equipa com um núcleo mínimo deve ser estabelecida;
- Organizar e reafectar os recursos, humanos e financeiros, que estão afectados aos hospitais psiquiátricos para serviços na comunidade;

- Promover um envolvimento ativo dos utentes e profissionais na prestação, planeamento e reorganização dos serviços;
- Desenvolver avaliações e partilhar as melhores práticas de programas especializados de saúde mental na comunidade na Europa;
- Promover a coordenação de cuidados e o seguimento efetivo dos doentes que tiveram alta de forma a assegurar a continuidade de cuidados.

3.3 Estabelecer ou aumentar o número de unidades psiquiátricas em hospitais gerais

Ações recomendadas:

- Promover políticas e legislação que implementem a integração do tratamento de perturbações mentais em regime de internamento nos hospitais gerais;
- Aumentar o conhecimento e a compreensão sobre perturbações mentais entre os profissionais relevantes dos hospitais gerais de forma a reduzir o estigma, discriminação, ansiedade ou concepções erradas em relação a pessoas com perturbações mentais;
- Coordenar unidades psiquiátricas em regime de internamento com equipas de saúde mental na comunidade na mesma área de influência.

3.4 Promover uma transição coordenada para cuidados na comunidade, assegurando a melhoria da qualidade dos cuidados e a proteção dos direitos humanos em todas as partes do sistema

Ações recomendadas:

- Monitorizar e melhorar substancialmente a qualidade dos cuidados e o respeito dos direitos humanos das pessoas que continuam a residir em hospitais psiquiátricos, excluindo qualquer prática que envolva restrições físicas;
- Reduzir e, finalmente, encerrar admissões nos hospitais psiquiátricos de pessoas que vivem em áreas servidas por serviços de saúde mental na comunidade e/ou unidades psiquiátricas em hospitais gerais;

- Reduzir progressivamente o número de camas disponíveis para estadias de longa duração nos hospitais psiquiátricos, à medida que as admissões são reduzidas;
- Avaliar e preparar as pessoas que mudam de hospitais psiquiátricos para a comunidade e assegurar que recebem cuidados suficientes para apoiar as suas necessidades na comunidade;
- Criar/fortalecer serviços na comunidade integrados e completos para cada área de influência, de acordo com as necessidades locais e nacionais;
- Desenvolver os dispositivos e os programas que têm sido até agora insuficientemente desenvolvidos em muitos países da UE, tais como programas integrados com gestão de casos, equipas móveis de saúde, *E-Health*, autoajuda e grupos de utentes e cuidadores;
- Melhorar a utilização de fundos estruturais como parte de um programa de desinstitucionalização, de tal modo que os hospitais psiquiátricos sejam encerrados e que os serviços na comunidade sejam desenvolvidos em sua substituição.

3.5 Assegurar que apoio psicossocial comunitário esteja disponível para pessoas com perturbações mentais severas

Ações recomendadas:

- Desenvolver cooperação estruturada entre serviços de saúde mental, serviços sociais e serviços de emprego, para garantir que estruturas residenciais na comunidade, programas vocacionais, e outras intervenções de reabilitação psicossocial estejam disponíveis;
- Estabelecer padrões de qualidade mínima e assegurar continuidade de cuidados ao longo de todos os serviços comunitários relevantes.

3.6 Desenvolver serviços e programas na comunidade para populações específicas

Ações recomendadas:

- Desenvolver serviços forenses orientados para a reabilitação;
- Desenvolver serviços de saúde mental para crianças e adolescentes;

- Desenvolver programas para grupos vulneráveis (por ex. pessoas sem abrigo com problemas de saúde mental severos).

4. Melhorar o uso e a eficácia de mecanismos para monitorizar a implementação da reforma de saúde mental

A evidência disponível mostra que uma implementação fraca das ações de saúde mental recomendadas está associada com a falta de compromisso por parte de políticos e outros atores importantes, resistência à inovação, alocação inadequada de recursos de saúde mental, coordenação insuficiente de estratégias relacionadas com assuntos financeiros, organizacionais e de recursos humanos, e insucesso da integração da saúde mental nas políticas de outras áreas. Neste contexto, são necessárias estratégias específicas e ações para combater estas barreiras, nomeadamente:

4.1 Melhorar os sistemas de governação

Ações recomendadas:

- Fortalecer as Unidades/Equipas responsáveis pela implementação das estratégias de saúde mental ao nível nacional e regional, assegurando que possuem os recursos técnicos necessários e que têm capacidade de decisão suficiente para implementar estratégias de forma efetiva, particularmente quando envolvem assuntos organizacionais, financeiros e de recursos humanos complexos;
- Desenvolver as competências dos dirigentes na área da saúde mental para mobilizar e dirigir a implementação de políticas de saúde mental;
- Fortalecer os conselhos consultivos existentes e criar novos conselhos – como parte de desenvolvimento político adicional e do processo de implementação – assegurando o envolvimento de todas as entidades interessadas relevantes, incluindo utentes e familiares.

4.2 Assegurar que os recursos são usados de uma forma eficiente para responder às necessidades e desenvolver serviços na comunidade.

Ações recomendadas:

- Desenvolver mecanismos eficientes para financiar cuidados de saúde mental com fundos adaptados às necessidades da população, incluindo incentivos que promovam o desenvolvimento de cuidados na comunidade;
- Promover ações que assegurem a utilização eficiente dos recursos disponíveis, bem como dos que vierem a ser reafetados dos hospitais psiquiátricos para serviços na comunidade.

4.3 Promover a cooperação intersectorial

Ações recomendadas:

- Conseguir consensos entre as partes interessadas relevantes para estabelecer as prioridades e as políticas de saúde mental;
- Aumentar a cooperação entre os setores dos cuidados de saúde e dos cuidados sociais para prevenir o risco de transinstitucionalização e a fragmentação dos cuidados;
- Promover a participação dos utentes e familiares na saúde mental, dando passos para apoiar os familiares na sua função de prestadores de cuidados.

4.4 Fortalecer o uso de abordagens baseadas em evidências

Ações recomendadas:

- Fortalecer a cooperação entre decisores políticos e investigadores no desenvolvimento das avaliações necessárias para verificar a efetividade das políticas, serviços e intervenções a pessoas com perturbações mentais de longa duração;
- Desenvolver sistemas de informação e promover a utilização de dados existentes para monitorizar o impacto das políticas e serviços direcionados para a transição de cuidados em hospitais psiquiátricos para cuidados na comunidade.

5. Promover o uso de instrumentos relevantes da UE

Ações recomendadas:

- Utilizar inteiramente as oportunidades provenientes da Estratégia 2020 da UE para melhorar a monitorização e a avaliação das políticas relacionadas com a exclusão social de pessoas que sofrem de perturbações mentais;
- Fortalecer sinergias entre as políticas relevantes da UE, particularmente as que estão relacionadas com direitos humanos, emprego e apoio social;
- Maximizar a utilização de programas de apoio financeiros da UE, especialmente Fundos Estruturais Europeus para apoiar a desinstitucionalização e a inclusão social de pessoas com perturbações mentais de longa duração;
- Apoiar o uso apropriado de instrumentos e ferramentas desenvolvidos por projetos da UE que permitam avaliar a qualidade dos serviços de saúde mental.

9. NOTAS FINAIS / RECOMENDAÇÕES

Aguarda-se com grande expectativa quer a implementação dos CCISM quer a evolução do projeto de gestão e financiamento dos Serviços Locais de Saúde Mental, que se perspetiva que viabilize o modelo comunitário previsto na Lei de Saúde Mental em vigor, ambos defendidos também pelas recomendações internacionais, em particular a EU e OMS. Sem qualquer deles, a consolidação e o aprofundamento da política de Saúde Mental em vigor em Portugal fica comprometida.

A circunstância do Programa do XXI Governo Constitucional assumir o estado de carência do sector e a indicação já dada pela Tutela (a aguardar confirmação pela proximamente reativada Comissão Técnica de Acompanhamento da Reforma da Saúde Mental) da possibilidade de prolongamento do Plano Nacional de Saúde Mental até 2020, determinaram a promoção pelo Programa Nacional, em colaboração com a Coordenação da *Joint Action on Mental Health and Well-being* e a OMS-Europa, de uma Conferência Nacional para a Saúde Mental, patrocinada pelo Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. Espera-se e deseja-se que a presença de representantes dos vários sectores do território continental, crie condições para a elaboração de uma nova proposta de Plano Nacional realista, eficaz e eficiente.

Contudo, como na edição anterior já demos nota, a qualidade da Saúde Mental das populações não se esgota com a intervenção de profissionais do sector, a articulação com os CSP, as Equipas Comunitárias, havendo necessidade de considerar, como evidenciado, nomeadamente, por *Wilkinson e Pickett*, em 2009, a relação entre a prevalência de perturbações mentais e o grau de desigualdade social, em que, curiosamente e tal como no *Survey* da OMS, onde se integrou o nosso 1º Estudo Epidemiológico (publicado em 2013), as posições relativas dos EUA e de Portugal são idênticas.

Em maio de 2015 é publicado o mais recente relatório da OCDE (referenciado a 2013) sobre a posição relativa dos países que a integram, em que Portugal é o país mais desigual da Europa e o 7º da OCDE, em 30 com rendimentos mais desiguais, pois:

- o nosso coeficiente de Gini (0 na igualdade/1 na desigualdade) era de 0,343 em 2011 descedendo para 0,338 em 2013, sendo a média da OCDE de 0,315;
- 40% da população integrava o grupo dos mais pobres tendo acesso a 19,5% da riqueza produzida, sendo a média de 20,6%;

- para a OCDE está em risco a coesão social e o crescimento a longo prazo;
- a queda do emprego é a causa principal, tal como o emprego precário é mais comum em famílias com maior taxa de pobreza.

A mesma entidade avança propostas genéricas de alteração:

- maior participação das mulheres na vida económica;
- crescimento da educação e da qualificação para a promoção do emprego;
- redistribuição mais eficiente dos impostos e de transferências para o sector social.

Em suma, se a melhor distribuição de estruturas e de profissionais de Saúde Mental é indispensável, bem como a aposta na promoção e na prevenção e na reforma do modelo de financiamento e gestão dos Serviços Locais de Saúde Mental, tal como o desenvolvimento dos Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, para se assegurar uma melhor qualidade da Saúde Mental e do Bem-estar dos Portuguesas é indispensável promover, de modo consequente, o desenvolvimento social e económico do país, o que pressupõe decisões políticas transversais que ultrapassem a possibilidade de intervenção do Ministério da Saúde.

A este propósito recordam-se as posições relativas, em 2010 e para Portugal, das Perturbações Mentais e do Comportamento, em termos de DALYs e YLDs, divulgadas na edição de 2014, comparadas com as áreas dos restantes Programas Prioritários da DGS:

- **DALY** (Anos de Vida Ajustados à Incapacidade, que medem os anos perdidos de vida saudável devido a uma doença): taxa de 11,75%, contra 13,74% das Cerebrovasculares e 10,38% das Oncológicas;
- **YLD** (Anos Vividos com Incapacidade, expressando a carga de morbilidade quantificada através de anos perdidos por incapacidade), com as perturbações mentais a representarem 20,55%, seguidas pelas Respiratórias (5,06%) e Diabetes (4,07%).

Para fechar, dois registos decorrentes de colaborações indispensáveis à feitura deste relatório:

- Estabelecemos protocolos de articulação com várias entidades académicas, cujos contributos integram esta edição e que registamos (por ordem alfabética): CHUC; FCM/UNL; FM/UL; FMH/UL; ICBAS/UP; INMLCF.
- Aos Colegas da DSIA (Direção de Serviços de Informação e Análise), em particular aos da Divisão de Estatísticas da Saúde e Monitorização (DESM), cujo profissionalismo, rigor, disponibilidade e tolerância, tornaram possível, mais uma vez, a edição do "Portugal: Saúde Mental em números".

10. NOTAS METODOLÓGICAS

10.1. 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 2010-2014 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 aos anos 2009-2013 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 anos potenciais de vida ganhos (expressos em percentagem)

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 (Figura 1). No Quadro A2 encontram-se listadas as causas de morte estudadas no âmbito específico deste relatório

QUADRO A1 CAUSAS DE MORTE CONSIDERADAS PARA CALCULAR O PESO DAS CAUSAS DE MORTE ASSOCIADAS AOS PROGRAMAS PRIORITÁRIOS NA MORTALIDADE TOTAL E RESPECTIVOS CÓDIGOS DA CID 10

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

Causas de morte (continuação)**Código (CID 10)**

Programa Nacional para as Doenças Oncológicas	
Tumor maligno do colo do útero	C53
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 das Doenças Cérebro-Cardiovasculares	
Doenças isquémicas do coração	I20-I25
Doenças cerebrovasculares	I60-I69
Programa Nacional das Doenças Respiratórias	
Doenças do aparelho respiratório	J00-J99
Programa Nacional de 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 de Saúde Mental	
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45

QUADRO A2 CAUSAS DE MORTE ESTUDADAS NO ÂMBITO ESPECÍFICO DESTE RELATÓRIO E RESPECTIVOS CÓDIGOS DA CID 10

CAUSAS DE MORTE	CÓDIGO (CID 10)
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)	X60-X84
Auto-intoxicação	X60-X69
Lesão autoprovocada intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação	X70
Lesão autoprovocada intencionalmente por afogamento e submersão	X71
Lesão autoprovocada intencionalmente por disparo de arma de fogo	X72-X74
Lesão autoprovocada intencionalmente por outros meios especificados	X75-X79, X81-X83
Lesão autoprovocada intencionalmente por precipitação de um lugar elevado	X80
Lesão autoprovocada intencionalmente por meios não especificados	X84
Doenças atribuíveis ao álcool	C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45
Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool	F10

10.2. 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 deter-

minado 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).

QUADRO A3

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE CUIDADOS PRIMÁRIOS (ICPC-2) – 2.ª EDIÇÃO COMITÉ INTERNACIONAL – CLASSIFICAÇÃO WONCA

DESIGNAÇÃO	SIGLA
Demência	P70
Esquizofrenia	P74
Perturbação depressiva	P76

10.3. Mortalidade e morbilidade hospitalar

Listam-se abaixo os conceitos em vigor na área do internamento hospitalar, de acordo com a recente revisão e atualização efetuada no âmbito do Conselho Superior de Estatística (CSE).

Ambulatório: Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos não internados, isto é, com permanência num estabelecimento de saúde inferior a 24 horas.

Demora média de internamento: Indicador que mede a produção do internamento considerando o número médio de dias de internamento por doente saído de um estabelecimento de saúde num período de referência.

Doente internado: Indivíduo admitido num estabelecimento de saúde com internamento, num determinado período, que ocupe cama (ou berço de neonatologia ou pediatria), para diagnóstico ou tratamento, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Doentes saídos: Indicador que mede a produção em internamento considerando todos os doentes que têm alta do internamento de um estabelecimento de saúde num período de referência.

Hospital: Estabelecimento de saúde que presta cuidados de saúde curativos e de reabilitação em internamento e ambulatório, podendo colaborar na prevenção da doença, no ensino e na investigação científica.

Internamento: Modalidade de prestação de cuidados de saúde a indivíduos que, após admissão num estabelecimento de saúde, ocupam cama (ou berço de neonatologia ou pediatria) para diagnóstico, tratamento ou cuidados paliativos, com permanência de, pelo menos, 24 horas.

Reinternamento: Admissão do mesmo doente ao internamento, após episódio de internamento em instituição hospitalar, num período de referência.

Total de internamentos: Número de internamentos que resulta do somatório da existência inicial de doentes no período de referência com o número de doentes entrados, durante o mesmo período, nesse estabelecimento de saúde.

Utilizou-se também o conceito epidemiológico de letalidade¹. Este conceito não consta entre os conceitos revistos pelo CSE.

Letalidade: Indicador que mede a severidade de uma doença. Proporção de mortes entre o grupo de doentes com determinada patologia, num período de tempo definido.

Letalidade intra-hospitalar: Proporção de óbitos, entre o grupo de doentes internados num período de tempo definido. O indicador pode ser calculado por causa de internamento, sexo, idade (indicador associado ao respetivo conceito epidemiológico).

Os indicadores de morbidade e mortalidade hospitalar foram calculados utilizando as seguintes definições e métodos de cálculo:

Dias de internamento no ano (DI): total anual de dias consumidos por todos os doentes internados nos diversos serviços do estabelecimento.

$$DI = \sum_{i=1}^{DS} DI_i \text{ onde}$$

DI_i é a demora do episódio de internamento i

DS é o número total de doentes saídos no ano

Demora Média² de internamento no ano (DM): média anual de dias de internamento por doente saído do estabelecimento. Calcula-se pelo quociente entre o total de dias de internamento dos doentes saídos e o número total de doentes saídos no ano.

$$DM = DI/DS$$

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.

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)

$$\text{Letalidade intra-hospitalar} = \frac{\text{Óbitos Hospitalares}}{US} \times 100$$

Os dados apresentados referem-se às doenças agrupadas nos GDH com os códigos indicados no Quadro A4, assim como aos diagnósticos principais listados no Quadro A5, codificados através da 9.ª versão da Classificação Internacional de Doenças – Modificação Clínica (CID 9 MC).

¹Fonte: Epidemiologia básica. R. Bonita, R. Beaglehole, T. Kjellström; [tradução e revisão científica Juraci A. Cesar]. - 2.ed. - São Paulo, Santos. 2010. Tradução de: Basic epidemiology, 2nd. ed.

²Média do tempo de internamento

QUADRO A4 LISTA DE DOENÇAS RELATIVAS À SAÚDE MENTAL E RESPECTIVOS 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 A5 LISTA DE DOENÇAS RELATIVAS À SAÚDE MENTAL E RESPECTIVOS CÓDIGOS CID9MC

DESIGNAÇÃO	CÓDIGO (CID 9 MC)
Demências	290
Perturbações Mentais Induzidas por Drogas	292
Psicoses Esquizofrénicas	295
Psicoses Afetivas	296
Perturbação Bipolar I, episódio Maníaco simples, severo, com comportamento psicótico	29604
Perturbação Maníaca, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	29614
Perturbação Depressiva Major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	29624
Perturbação Depressiva Major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	29634
Perturbação Bipolar I, episódio major, recente (ou atual) Depressivo, severo, com comportamento psicótico	29644
Perturbação Bipolar I, episódio major, recente (ou atual), Maníaco, severo, com comportamento psicótico	29654
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

10.4. 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.

11. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

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).

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2013) Portugal - Saúde Mental em Números - 2013. Lisboa

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE (2014) Portugal - Saúde Mental em Números - 2014. Lisboa

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/

SANTANA, P.; et. al. (2015) "Suicide in Portugal: Spatial determinants in a context of economic crisis". *Health and Place*, Elsevier 35, 85-94.

MATOS, M. G.; et. al. (2014) A saúde dos adolescentes portugueses. Relatório do estudo HBSC 2014. Equipa Aventura Social. Disponível em: <http://www.spef.pt/image-gallery/4814190715686-Colgios-Exercicio-e-Sade-Docs-de-Referencia-Aventura-Social--A-Sade--dos-adolescentes-portugueses-Relatrio-HBSC-2014.pdf>

BALSA, C.; VITAL, C.; URBANO, C. (2014) III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2012, CESNOVA / SICAD. Disponível em: http://www.sicad.pt/BK/EstatisticalInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/135/III_Inquerito-NacionalConsumo_deSPnaPG%202012.pdf

JOINTACTION (2015) Joint Action on Mental Health and Well-being: Towards Community-Based and Socially Inclusive Mental Health Care – Analysis of the situation in Portugal. Disponível em <http://www.mentalhealthandwellbeing.eu/publications>

OCDE (2015) Health at a glance 2015. Disponível em http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en, consultado a 14.11.2015

MACHADO DOS SANTOS, P, PAÚL C, National opinion survey on dementia. Knowledge, attitudes and beliefs. *International Psychogeriatrics* (2016),Vol.27,Supplement 1

PAÚL, C., TEIXEIRA, L., AZEVEDO, M. J., ALVES, S., DUARTE, M., O'CAOIMH, R., & MOLLOY, W. (2015). Perceived Risk of Mental Health Problems in Primary Care. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 7, 212. <http://doi.org/10.3389/fnagi.2015.00212>

12. ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Portugal Continental (2010-2014)	14
Quadro 2. Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2010-2014)	16
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, Portugal Continental (2010-2014)	16
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 (2010-2014)	17
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 (2010-2014)	17
Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, região de saúde do Norte (2010-2014)	19
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, região de saúde do Centro (2010-2014)	19
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (2010-2014)	20
Quadro 9. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, região de saúde do Alentejo (2010-2014)	20
Quadro 10. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, região de saúde do Algarve (2010-2014)	21
Quadro 11. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Região Autónoma dos Açores (2010-2014)	22
Quadro 12. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Região Autónoma da Madeira (2010-2014)	22
Quadro 13. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Norte (2010-2014)	25
Quadro 14. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Centro (2010-2014)	25
Quadro 15. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Área Metropolitana de Lisboa (2010-2014)	26
Quadro 16. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Alentejo (2010-2014)	26
Quadro 17. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Algarve (2010-2014)	26
Quadro 18. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Autónoma dos Açores (2010-2014)	27
Quadro 19. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e grupo etário, Região Autónoma da Madeira (2010-2014)	27
Quadro 20. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	28
Quadro 21. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente por enforcamento, estrangulamento e sufocação, por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	28
Quadro 22. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente por outros meios não especificados, por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	28
Quadro 23. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente por disparo de arma de fogo, por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	29

Quadro 24. Evolução do número de óbitos por auto-intoxicação, por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	29
Quadro 25. Evolução do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente por precipitação de um lugar elevado, por sexo e grupo etário, Portugal (2010-2013)	29
Quadro 26. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) - Todas as idades, por 100.000 habitantes, por sexo, Estados Membros da UE (2009-2013)	31
Quadro 27. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) - 0-64 anos de idade, por 100.000 habitantes, por sexo, Estados Membros da UE (2009-2013)	32
Quadro 28. Taxa de mortalidade padronizada por Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) - 65 e mais anos, por 100.000 habitantes, por sexo, Estados Membros da UE (2009-2013)	33
Quadro 29. Proporção de utentes com registo de demências entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por região de saúde (2011-2014)	34
Quadro 30. Proporção de utentes com registo de perturbações da ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por região de saúde (2011-2014)	35
Quadro 31. Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por região de saúde (2011-2014)	35
Quadro 32. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2010-2014)	36
Quadro 33. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2010-2014)	37
Quadro 34. Ranking das 15 causas principais associadas às demências como causas secundária 2010-2014	38
Quadro 35. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a psicoses, Portugal Continental (2010-2014)	38
Quadro 36. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a psicoses esquizofrénicas, Portugal Continental (2010-2014)	39
Quadro 37. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações episódicas do humor, Portugal Continental (2010-2014)	40
Quadro 38. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações delirantes, Portugal Continental (2010-2014)	41
Quadro 39. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a psicoses não orgânicas NCOP, Portugal Continental (2010-2014)	41
Quadro 40. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações da ansiedade, dissociativas e somatoformes, Portugal Continental (2010-2014)	42
Quadro 41. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a neuroses depressivas, Portugal Continental(2010-2014)	43
Quadro 42. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a neuroses depressivas, Portugal Continental(2010-2014)	43
Quadro 43. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos, Portugal Continental (2010-2014)	44
Quadro 44. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbação de comportamento NCOP, Portugal Continental (2010-2014)	45
Quadro 45. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a anorexia nervosa, Portugal Continental (2010-2014)	45
Quadro 46. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a anorexia nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2010-2014)	46
Quadro 47. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a bulimia nervosa, Portugal Continental (2010-2014)	47
Quadro 48. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a bulimia nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2010-2014)	48

Quadro 49. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações mentais da infância, Portugal Continental (2010-2014)	49	Quadro 62. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de metilfenidato por grupo etário, 2014	66
Quadro 50. Caracterização da produção hospitalar (utentes saídos), relativos a perturbações mentais da infância, por região de saúde, sexo e grupo etário abaixo dos 18 anos (2010-2014)	50	Quadro 63. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, no grupo etário 15-64 anos de idade	69
Quadro 51. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a perturbações mentais induzidas por drogas, Portugal Continental (2010-2014)	51	Quadro 64. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, no grupo etário 15-64 anos de idade, no ano 2012	70
Quadro 52. Caracterização dos episódios de internamento associados a psicoses esquizofrénicas*, por região de saúde (2013 e 2014)	52	Quadro 65. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, no grupo etário 15-64 anos de idade	71
Quadro 53. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbações episódicas do humor*, por região de saúde (2013 e 2014)	53	Quadro 66. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas ilícitas ao longo da vida, último ano e último mês, no grupo etário 15-64 anos de idade, no ano 2012	72
Quadro 54. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação bipolar i, episódio maníaco simples, severo, com comportamento psicótico (2013 e 2014)	54	Quadro 67. Tipologia das experiências do consumo de tabaco, no grupo etário 15-64 anos de idade	72
Quadro 55. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação maníaca, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (2013 e 2014)	54	Quadro 68. Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, no grupo etário 15-64 anos de idade	73
Quadro 56. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico (2013 e 2014)	54	Quadro 69. Tipologia das experiências do consumo de medicamentos, no grupo etário 15-64 anos de idade	73
Quadro 57. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (2013 e 2014)	55	Quadro 70. Descrição da amostra de acordo com a idade	79
Quadro 58. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação bipolar i, episódio major, recente (ou atual) depressivo, severo, com comportamento psicótico (2013 e 2014)	55		
Quadro 59. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbação bipolar i, episódio major, recente (ou atual), maníaco, severo, com comportamento psicótico (2013 e 2014)	55		
Quadro 60. Caracterização dos episódios de internamento associados a perturbações delirantes*, por região de saúde (2013 e 2014)	57		
Quadro 61. Caracterização dos episódios de internamento associados a psicoses não orgânicas ncop*, por região de saúde (2013 e 2014)	58		

13. 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 a 2013) **12**
- Figura 2.** Ganhos percentuais relativamente a 2009 dos anos potenciais de vida perdidos (antes dos 70 anos) pelas principais causas de morte, Portugal (2009 a 2013) **12**
- Figura 3.** Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2010-2014) **15**
- Figura 4.** Anos potenciais de vida perdidos por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio) por sexo, Portugal Continental (2009-2013) **15**
- Figura 5.** Evolução das taxas de mortalidade bruta e padronizada por Doenças Atribuíveis ao Álcool, por 100.000 habitantes, Portugal Continental (2009-2013) **16**
- 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 (2010-2014) **17**
- Figura 7.** Taxa de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, por sexo e local de residência (2013) **19**
- Figura 8.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Saúde do Norte, por grupo etário e sexo (2013) **23**
- Figura 9.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Saúde do Centro, por grupo etário e sexo (2013) **24**
- Figura 10.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, por grupo etário e sexo (2013) **24**
- Figura 11.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Saúde do Alentejo, por grupo etário e sexo (2013) **24**
- Figura 12.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região de Saúde do Algarve, por grupo etário e sexo (2013) **25**
- Figura 13.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma dos Açores, por grupo etário e sexo (2013) **25**
- Figura 14.** Taxa bruta de mortalidade por Lesões Autoprovocadas Intencionalmente (suicídio), por 100.000 habitantes, Região Autónoma da Madeira, por grupo etário e sexo (2013) **25**
- Figura 15.** Evolução da distribuição do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) na população masculina, por meio utilizado, Portugal (2010-2013) **30**
- Figura 16.** Evolução da distribuição do número de óbitos por Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) na população feminina, por meio utilizado, Portugal (2010-2013) **30**
- Figura 17.** Proporção de utentes com registo de demências entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2014) **34**
- Figura 18.** Proporção de utentes com registo de Perturbações da Ansiedade entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2014) **35**
- Figura 19.** Proporção de utentes com registo de Perturbações Depressivas entre os utentes inscritos ativos em CSP (%), por Região de Saúde (2011-2014) **35**
- Figura 20.** Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico principal do internamento, Portugal Continental (2010-2014) **36**
- Figura 21.** Evolução da produção hospitalar relativa a Demências como diagnóstico secundário do internamento, Portugal Continental (2010-2014) **38**
- Figura 22.** Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses, Portugal Continental (2010-2014) **39**
- Figura 23.** Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, Portugal Continental (2010-2014) **40**

Figura 24. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas, Portugal Continental (2010-2014)	40	Figura 37. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, Portugal Continental (2011-2014)	52
Figura 25. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, Portugal Continental (2010-2014)	41	Figura 38. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas*, Portugal Continental (2011-2014)	53
Figura 26. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses não Orgânicas NCOP, Portugal Continental (2010-2014)	42	Figura 39. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, Portugal Continental (2011-2014)	57
Figura 27. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, Portugal Continental (2010-2014)	42	Figura 40. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não Orgânicas NCOP*, Portugal Continental (2011-2014)	58
Figura 28. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses Depressivas, Portugal Continental (2010-2014)	43	Figura 41. Evolução do consumo de dose diária definida de psicofármacos em Portugal Continental, 2010-2014	60
Figura 29. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses exceto as Depressivas, Portugal Continental (2010-2014)	44	Figura 42. Evolução do consumo de dose diária definida de Estimulantes inespecíficos em Portugal Continental, 2010-2014	60
Figura 30. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Personalidade e do Controlo dos Impulsos, Portugal Continental (2010-2014)	44	Figura 43. Número de dose diária definida de Estimulantes inespecíficos em Portugal Continental, 2010-2014	60
Figura 31. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbação de Comportamento NCOP, Portugal Continental (2010-2014)	45	Figura 44. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental, 2014	61
Figura 32. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa, Portugal Continental (2010-2014)	46	Figura 45. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antipsicóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental, 2014	61
Figura 33. Evolução da produção hospitalar relativa a Bulimia Nervosa, Portugal Continental (2010-2014)	47	Figura 46. Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antidepressores por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2014)	62
Figura 34. Evolução da produção hospitalar relativa a Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa, por sexo e grupo etário, Portugal Continental (2010-2014)	48	Figura 47. Variação da dose diária definida (DDD) consumida associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por denominação comum internacional (DCI), Portugal Continental, (2014/2010)	62
Figura 35. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais da Infância, Portugal Continental (2010-2014)	50	Figura 48. Variação da Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antipsicóticos, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental, (2014/2010)	63
Figura 36. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Mentais Induzidas por Drogas, Portugal Continental (2010-2014)	51	Figura 49. Variação da Dose Diária Definida (DDD) consumida associada a medicamentos antidepressores, por Denominação Comum Internacional (DCI), Portugal Continental (2014/2010)	63

Figura 50. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de Ansiolíticos , Antipsicóticos, Antidepressores e Lítio em 2014	63
Figura 51. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de Ansiolíticos por grupo etário em 2014	64
Figura 52. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de Antipsicóticos por grupo etário em 2014	64
Figura 53. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de Antidepressores por grupo etário em 2014	65
Figura 54. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de Lítio por grupo etário em 2014	65
Figura 55. Distribuição da dose diária definida associada ao consumo de metilfenidato por grupo etário, 2014	66
Figura 56. Evolução comparativa do consumo do tabaco entre os estudos HBSC realizados nos anos letivos 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006,2009/2010 e 2013/2014, aos alunos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos	67
Figura 57. Evolução comparativa do consumo de bebidas destiladas entre os estudos HBSC realizados nos anos letivos 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006,2009/2010 e 2013/2014, aos alunos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos	68
Figura 58. Evolução comparativa do consumo de drogas no último mês entre os estudos HBSC realizados nos anos letivos 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006,2009/2010 e 2013/2014, aos alunos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos	68
Figura 59. Evolução comparativa do estado de espírito entre os estudos HBSC realizados nos anos letivos 1997/1998, 2001/2002, 2005/2006,2009/2010 e 2013/2014, aos alunos que frequentavam os 6.º, 8.º e 10.º anos	68
Figura 60. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida no grupo etário 15-64 anos de idade	70
Figura 61. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida, último ano e último mês, no grupo etário 15-64 anos de idade, no ano 2012	70
Figura 62. Prevalência do consumo de substâncias psicoativas lícitas ao longo da vida no ano 2012	71
Figura 63. Tipologia das experiências do consumo de tabaco, no grupo etário 15-64 anos de idade	73
Figura 64. Tipologia das experiências do consumo de bebidas alcoólicas, no grupo etário 15-64 anos de idade	73
Figura 65. Tipologia das experiências do consumo de medicamentos, no grupo etário 15-64 anos de idade	74
Figura 66. Consumo de álcool nas pessoas com idade igual ou superior a 15 anos em 2013 ou o último ano mais recente	74
Figura 67. Frequência e gravidade dos défices cognitivos em CSP	77
Figura 68. Fluxograma de recolha de dados	77
Figura 69. Descrição da amostra de acordo com atividade principal	79
Figura 70. Experiência pessoal com um membro da família com demência	80
Figura 71. Perceção pública face às principais dificuldades de diagnóstico	80
Figura 72. Perceção pública face à disponibilidade de um teste de diagnóstico efetivo	81
Figura 73. Perceção pública face à disponibilidade de um tratamento efetivo	82
Figura 74. Opinião que a maioria das pessoas têm sobre a demência	83
Figura 75. Opinião que a maioria das pessoa têm sobre a participação comunitária dos doentes	83
Figura 76. Níveis de preocupação com a possibilidade de vir a ter demência	84
Figura 77. Níveis de preocupação com a possibilidade de um familiar vir a ter demência	84
Figura 78. Atitude se manifestasse sinais de desorientação e perda de memória	85
Figura 79. Atitude se manifestasse sinais de desorientação e perda de memória	85
Figura 80. Número de camas por 100.000 habitantes em hospitais psiquiátricos	86
Figura 81. Hospitais psiquiátricos e unidades forenses	87
Figura 82. Camas psiquiátricas e forenses	87
Figura 83. Camas em unidades públicas por 100.000 habitantes	88
Figura 84. Unidades de internamento por 100.000 habitantes	88
Figura 85. Taxa anual de altas por 100.000 habitantes	89

Figura 86. Serviços de consulta externa - 1998, 2008 e 2012	89
Figura 87. Consultas por 100.000 habitantes - 1998, 2008 e 2012	90
Figura 88. Percentagem de desenvolvimento de serviços de saúde mental. Portugal	90
Figura 89. Percentagem de resultados no fecho e reestruturação dos hospitais psiquiátricos (%)	91
Figura 90. Percentagem dos resultados nas alternativas de Emprego, Residenciais e Vocacionais, Portugal	91
Figura 91. Percentagem do impacto das Barreiras no processo de transição, Portugal	92



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