

ANEXO XI

RELATÓRIO DO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO ANO DE 2013

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

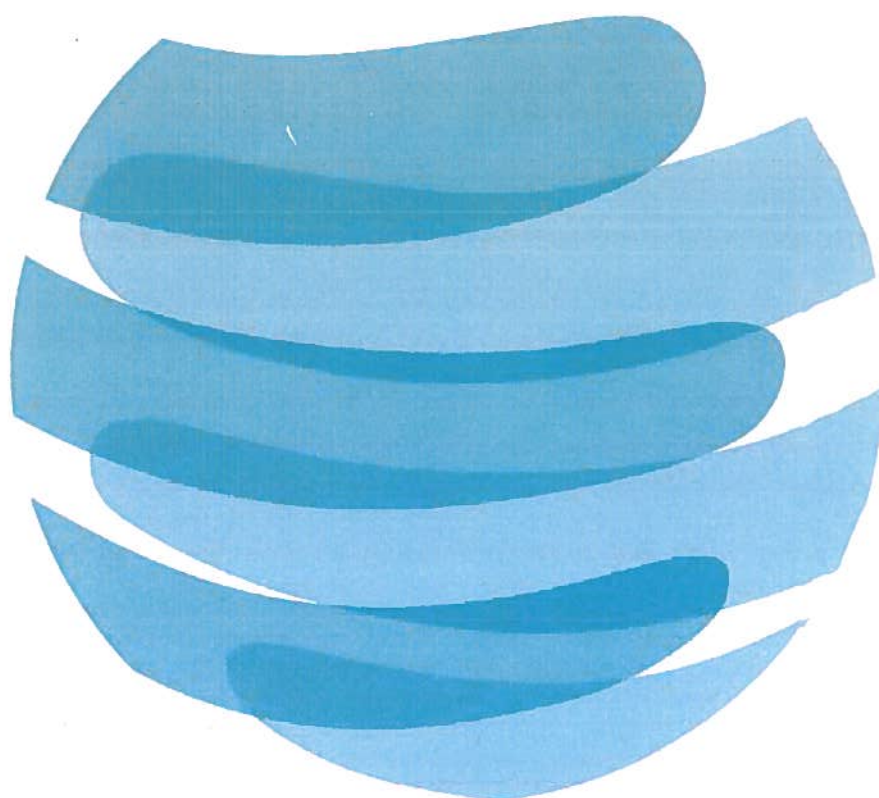


PORTUGAL

SAÚDE MENTAL

EM NÚMEROS - 2013

Programa Nacional para a
Saúde Mental



Portugal. Direcção-Geral da Saúde.
Direcção de Serviços de Informação e Análise

Portugal – Saúde Mental em números – 2013
ISSN: 2183-0665
Periodicidade: Anual

Editor

Direcção-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

Direcção de Serviços de Informação e Análise

Paulo Jorge Nogueira

Andreia Jorge Silva

Matilde Valente Rosa

Maria Isabel Alves

Dulce Afonso

Ana Cristina Portugal

Elisabeth Somsen

José Martins

Luís Serra

Ana Lisette Oliveira

Com a colaboração de Nuno Oliveira (INFARMED)

Layout e Impressão

Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda.

Av. Júlio Dinis, 14, 6.º Dto. B

1050-131 Lisboa

Tel. 218 287 620

geral@letrasoluvel.pt

www.letrasoluvel.pt

Lisboa

Setembro de 2013

Índice

1. Notas introdutórias	5
2. Mortalidade associada ao suicídio e ao álcool	14
2.1. Caracterização da mortalidade por suicídio e por doenças atribuíveis ao álcool entre 2007 e 2011	14
2.2. Caracterização da mortalidade por suicídio, por sexo e local de residência (ARS) entre 2007 e 2011	22
3. Evolução comparada – Estados Membros da UE (2007 a 2011)	26
4. Morbilidade associada às perturbações mentais	31
4.1. Cuidados Hospitalares associados às perturbações mentais	31
4.1.1. Caracterização da produção hospitalar associada a perturbação mental entre 2007 e 2011	31
4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento associados às perturbações mentais, por Portugal Continental e ARS (2011)	44
4.2. Registo de utentes com perturbações mentais em Cuidados de Saúde Primários (CSP)	48
4.3. Prevalência de perturbações mentais	54
4.3.1. Análise Comparativa da Prevalência entre Portugal e outros países da Europa e EUA	60
5. Capacidade Instalada	65
6. Dispensa de medicamentos	68
6.1. Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos em ambulatório	68

6.2. Terapêutica – Vendas de psicofármacos em Ambulatório no mercado nacional	72
7. Consumos de substâncias psicoativas não medicamentosas, lícitas e ilícitas e outros comportamentos de risco em crianças/adolescentes	79
7.1. Dados do inquérito HBSC 2010 – Álcool	79
7.2. Dados do inquérito HBSC 2010 – Drogas	82
7.3. Dados do inquérito HBSC 2010 – Violência	84
7.4. Dados dos inquéritos INME	85
8. Notas Finais	90
9. Notas metodológicas	92
Bibliografia consultada	93
Índice de Quadros	95
Índice de Figuras	99
Siglas	101

1. Notas introdutórias

Estudos epidemiológicos recentes mostram que os distúrbios psiquiátricos e os problemas de saúde mental relacionados com a saúde em geral tornaram-se a principal causa de incapacidade para a atividade produtiva e uma das principais causas de morbilidade e morte prematura em todo o mundo:

- “Os distúrbios mentais são responsáveis por mais de 12% da carga global de doença em todo o mundo, valor que sobe para 23% nos países desenvolvidos” (Xavier, M et al, 2013); “Cinco das 10 principais causas de incapacidade a longo prazo e de dependência psicossocial são doenças neuropsiquiátricas: depressão unipolar (11,8%), problemas ligados ao álcool (3,3%), esquizofrenia (2,8%), distúrbios bipolares (2,4%) e demência (1,6%)” (idem), sendo as perturbações depressivas a 3.ª causa de carga global de doença (1.ª nos países desenvolvidos), estando previsto que passem a ser a 1.ª a nível mundial em 2030, com agravamento provável das taxas de suicídio e para-suicídio;
- “Na Europa, os problemas de saúde mental respondem por cerca de 26,6% da carga total de problemas de saúde, sendo o suicídio um das 10 principais causas de morte prematura” (idem);
- “Estimativas do Conselho Europeu do Cérebro indicam que 27,4% da população da UE com idade entre 18 e 65 anos sofre, em cada ano, de um qualquer tipo de problema de saúde mental, número que foi atualizado recentemente para 38,2% após a inclusão dos dados de uma ampla avaliação da infância e adolescência e do ingresso de novos membros na UE” (idem)
- “Muitas pessoas têm um distúrbio diagnosticável, outras têm problemas de saúde mental “subliminares”, o que significa que não cumprem os critérios de diagnóstico de distúrbios mentais mas também estão em sofrimento e, portanto, devem beneficiar de intervenção” (idem).

Para além da sua comparticipação específica e direta para a carga global das doenças, as perturbações psiquiátricas têm também um efeito indireto no aumento desta carga, mediado pela existência de uma interação complexa com outras situações clínicas e de estilos de vida disfuncionais, tais como as doenças cardiovasculares, as doenças metabólicas, os consumos de substâncias psicoativas indutoras de dependência, os acidentes de viação e os acidentes laborais.

Em consequência verifica-se um impacto significativo sobre a vida familiar, as redes de suporte social, desempenho profissional e emprego, bem como de sofrimento com o estigma, a discriminação e a exclusão social. De facto, há provas fiáveis de que em vários locais os direitos humanos básicos podem ser negados a pessoas com problemas de saúde mental.

A magnitude deste impacto resulta não só da ampla prevalência das perturbações mentais, mas também de uma significativa proporção dos indivíduos iniciarem tarde o tratamento ou não terem sequer acesso a cuidados adequados às suas necessidades. Por outro lado, no campo da comorbilidade com outras situações clínicas, a coexistência de uma perturbação psiquiátrica modifica também de forma negativa quer a procura de cuidados, quer a adesão aos programas terapêuticos prescritos para as doenças somáticas em causa.

A questão do acesso aos cuidados tem sido uma das áreas mais aprofundadas nos últimos anos, estando já identificados vários dos seus determinantes: estigma e desconhecimento face à doença mental, escassez de recursos humanos e estruturais, baixa prioridade em termos de opção política, orçamento desproporcionadamente baixo para a carga das doenças implicadas, organização deficiente dos serviços de psiquiatria, em particular quando se verifica concentração em grandes instituições centralizadas e pouca articulação com os cuidados de saúde primários.

Por ação combinada destes determinantes, existe uma discrepância marcada entre o número de pessoas que precisam de cuidados e as que de facto os recebem ("treatment gap"), materializada em percentagens

que podem atingir os 50-70% para prevalências epidemiológicas anuais de 20-30%, tanto nos Estados Unidos como na Europa. O reconhecimento da magnitude do “treatment gap” levou a OMS a lançar um programa (“Mental Health Gap Action Programme”), com o objetivo de auxiliar os países a responderem política e tecnicamente a este problema, com base em quatro dimensões complementares: informação, desenvolvimento de políticas e programas, advocacia e investigação.

Finalmente, sabe-se hoje que os custos diretos e indiretos associados às perturbações psiquiátricas ou mentais, decorrentes das despesas assistenciais e da diminuição da produtividade (ex., desemprego, absentismo, baixas por doença, apoio a familiar doente), têm um enorme impacto económico nos orçamentos públicos, podendo atingir cerca de 20% de todos os custos da saúde. Este facto, por si só, ilustra de forma inequívoca a relevância que as políticas de saúde mental não podem deixar de assumir no contexto das políticas gerais de saúde dos países, em termos nacionais.

Em Portugal a mudança na saúde mental verificou-se no início da década de 80, mas de modo descontinuado e por vezes retrógrado. O balanço, porém, é francamente positivo e graças aos avanços registados na implementação do Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2016 e ao consequente respeito conquistado a nível internacional, existem neste momento condições particularmente favoráveis para a concretização de novos passos importantes na melhoria dos serviços de saúde mental. O relevo adquirido por Portugal nas mais importantes iniciativas da OMS no campo da saúde mental nos últimos anos e a conquista recente da liderança da “Joint Action on Mental Health and Well-being” da União Europeia para 2013-2015, não teriam certamente sido possíveis sem a imagem de inovação, rigor e competência conquistada pelo nosso país a nível das políticas de saúde mental.

A participação portuguesa na Joint Action poderá permitir o desenvolvimento do processo de desinstitucionalização no âmbito de um amplo projeto de cooperação europeia, que poderá inclusivamente abrir o acesso a fundos estruturais da UE. A participação nos projetos da OMS

de monitorização de direitos humanos e de garantia de qualidade dos serviços podem dar ao nosso país um protagonismo importante nestes setores. Por outro lado, o facto de partir de Portugal a “Gulbenkian Global Mental Health Platform”, reconhecida entretanto na revista Science como uma das principais iniciativas mundiais a nível das políticas e serviços no setor, pode certamente assegurar o apoio da melhor expertise técnico-científica mundial a partes significativas do nosso plano nacional.

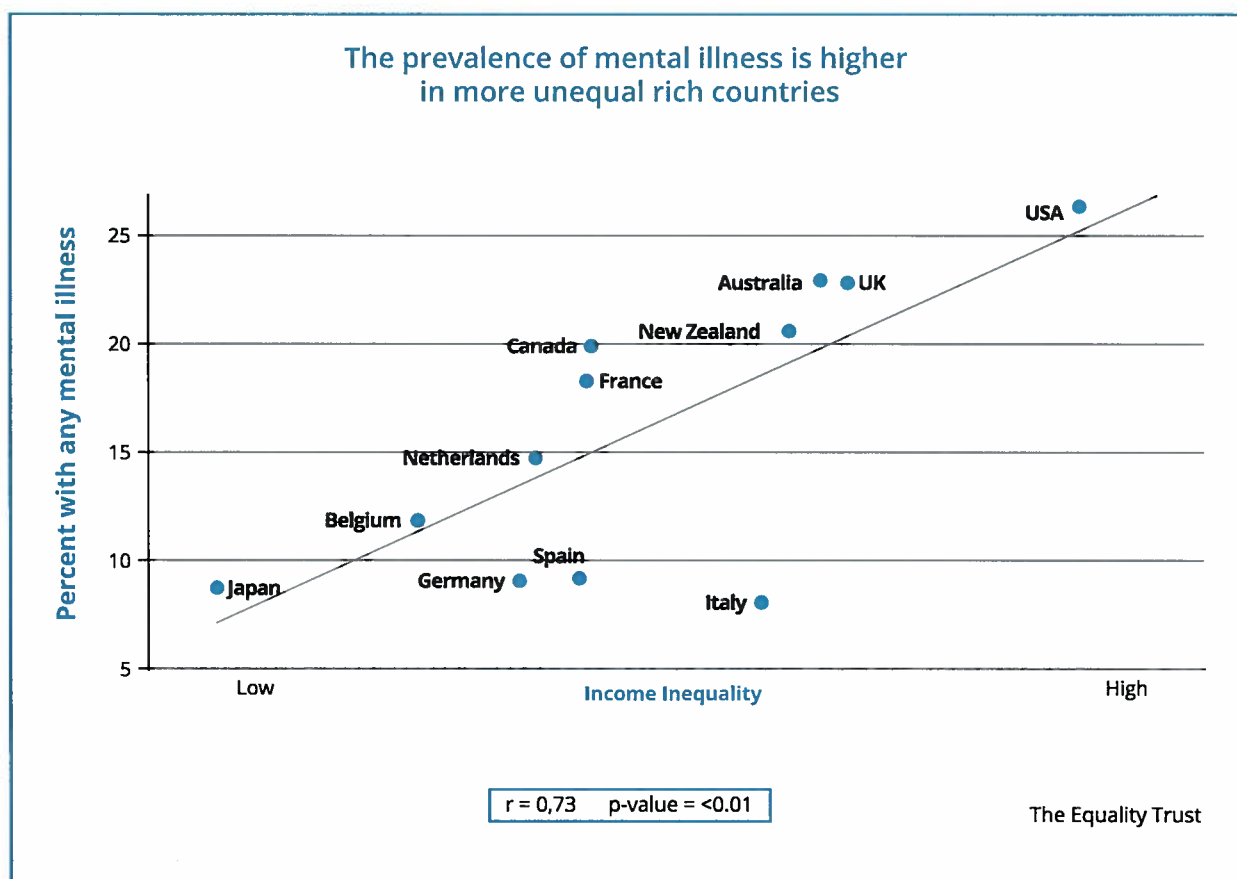
Com esta publicação, pela primeira vez em Portugal é possível à Saúde Mental apresentar-se em relativa paridade com as outras áreas da Saúde, em particular as que ombreiam o estatuto de prioritárias, através de programas nacionais específicos da Direção-Geral da Saúde. Para tal contribuiu a divulgação, em dezembro de 2010, dos dados preliminares do primeiro estudo nacional de prevalência de perturbações mentais, embora, ao ter abrangido apenas as entidades nosológicas mais prevalentes na população adulta, excluiu quer as existentes nas crianças/adolescentes (que se espera poder iniciar em breve) quer, entre os adultos, parte significativa das que integram o mal definido grupo das “doenças mentais graves”, onde se destacam as esquizofrenias e outras perturbações psicóticas não orgânicas, com baixa prevalência média em termos internacionais (de 0,5% a 1%) mas elevada incapacidade para a atividade produtiva.

Foram razões técnicas que determinaram essas exclusões, por exigirem amostras mais amplas e metodologias mais complexas, que não foi possível viabilizar no presente estudo. Integrado no World Mental Health (WMH) Surveys Initiative, um projeto do Grupo de Avaliação, Classificação e Epidemiologia (ACE) da Organização Mundial de Saúde para coordenação da implementação e análise de estudos epidemiológicos nacionais da população geral quanto a perturbações mentais, uso de substância e distúrbios de comportamento decorreu, de 2006 a 2008, em 28 países, sendo a amostra representativa das várias regiões mundiais. Em Portugal teve coordenação científica dos Professores Doutores Caldas de Almeida e Miguel Xavier (Faculdade de Ciências Médicas/UNL), com trabalhos de campo da responsabilidade do CESOP da Universidade Católica e financiamento assegurado por um consórcio nacional, constituído pelas

Fundações Champalimaud, Calouste Gulbenkian e da Ciência e Tecnologia, bem como pelo Ministério da Saúde, cujo 1.º relatório final foi agora publicado.

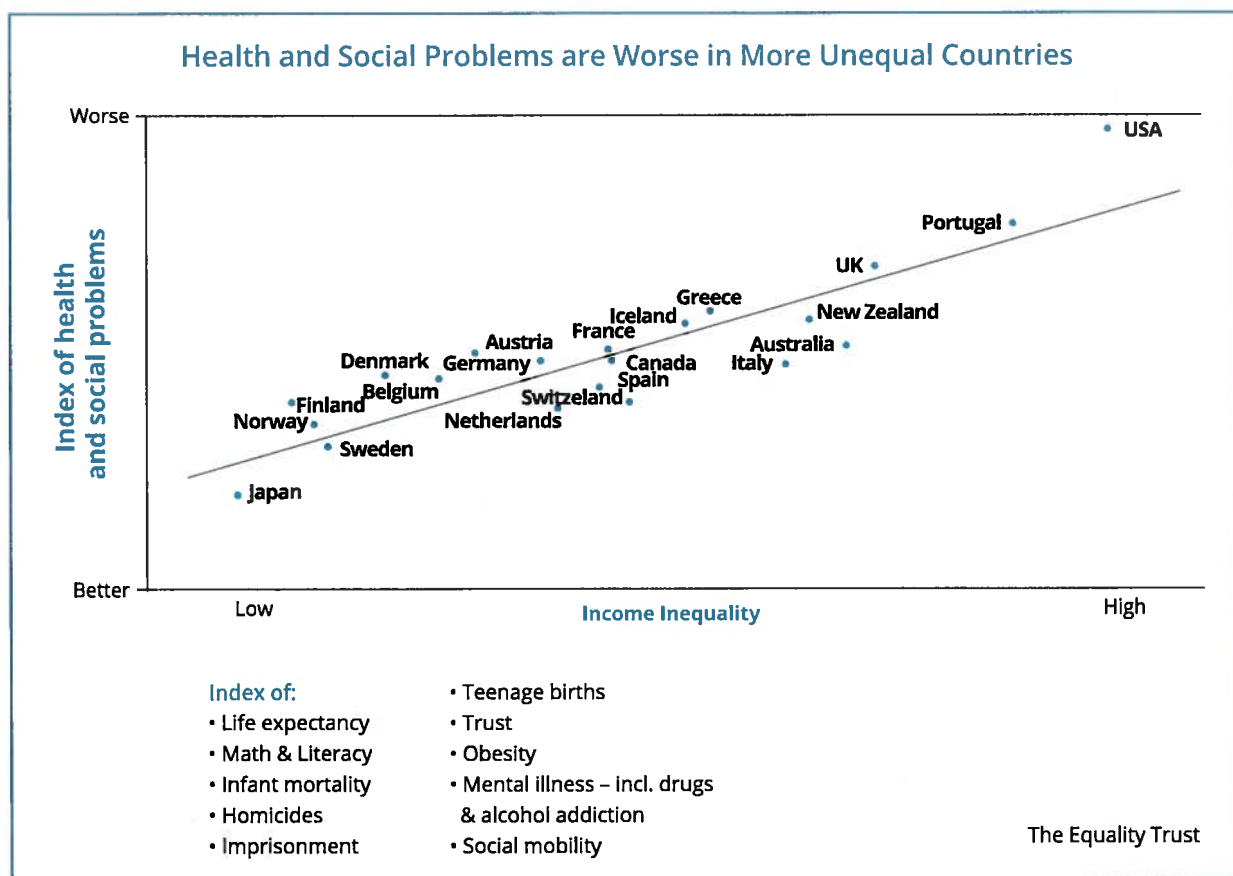
Como também foi tornado público na divulgação dos resultados preliminares, Portugal apresentou o resultado de prevalência mais elevado dos oito países da Europa que integraram o painel (22,9%), sendo o 2.º a nível mundial dos nove então divulgados (depois dos EUA, com 26,4%), situação tão mais preocupante quanto alguma evidência prévia correlacionou diretamente a taxa de prevalência das doenças mentais com os índices nacionais de desigualdades sociais e de saúde (Wilkinson and Pickett, 2009).

Figura 1. Prevalência da Doença Mental versus Iniquidades, entre países



Fonte: Wilkinson & Pickett, The Spirit Level (2006)

Figura 2. Prevalência dos Problemas Sociais e de Saúde versus Iniquidades, entre países



Fonte: Wilkinson & Pickett, The Spirit Level (2006)

Só a análise aprofundada do 1.º relatório do Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (2013) e eventuais investigações complementares poderão permitir retirar conclusões fundamentadas mas os valores globais, como referido acima, já são um sério alerta.

O pouco tempo disponibilizado para a elaboração desta 1.ª edição do “Portugal: Saúde Mental em números” não nos permitiu concluir algumas análises em início de elaboração, como as que dizem respeito ao perfil da prescrição e do consumo de psicofármacos em Portugal. Também a este respeito os alertas têm sido públicos, não só a nível do INFARMED e da comunicação social como do último Eurobarómetro especial sobre Saúde Mental (345, outubro/2010),

que encontrou um consumo de antidepressivos superior ao dobro da média da UE (7:15).

Finalmente quanto à mortalidade, em que a taxa de incidência do suicídio é o elemento mais representativo, face às fortes suspeitas de elevada subnotificação em Portugal (como das mortes violentas em geral), aguarda-se que a aplicação generalizada do SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito) e o consequente intervalo temporal mínimo que permita a análise da tendência evolutiva deste como de qualquer fenómeno social, permita em próximas edições conhecer, com mais objetividade, a realidade nacional e, em sequência, que o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017, em começo de aplicação, se possa apoiar em dados mais fiáveis.

Uma palavra também para as estruturas em que se apoia a intervenção no setor. O encerramento, em Lisboa, do Hospital Miguel Bombarda em julho de 2011 e, há cerca de um ano na região de Coimbra, do Hospital do Lorvão e do Centro de Arnes, mais enfatizaram os Serviços Locais de Saúde Mental (SLSM), sediados em hospitais gerais, como o nó górdio da assistência no setor. Importa porém criar, em muitos deles, Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que se articulem de modo efetivo com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). Passo insubstituível para melhorar a capacidade diagnóstica e terapêutica dos profissionais de Medicina Geral e Familiar (MGF) bem como a de intervenção em enfermagem e outras profissões nos Cuidados de Saúde Primários, vai também permitir gerir de modo mais próximo e eficiente os doentes mentais graves e, em particular, as pessoas com perturbações depressivas graves, nomeadamente em risco de suicídio. Com efeito, sendo, em todo o mundo, a depressão uma entidade psicopatológica potencialmente tratável e a mais comumente identificada nas autópsias psicológicas realizadas em pessoas que se suicidam, tal como o recurso aos CSP, em particular ao Médico de Família, um facto registado internacionalmente como muito frequente no anteceder próximo da consumação da morte autoinfligida, importa dotar os profissionais dos CSP, através das Equipas Comunitárias de Saúde Mental, do mais adequado apoio técnico-clínico, em que a formação e a supervisão continuadas são pilares insubstituíveis. Contudo,

como a extensa evidência científica internacional sobre as repercussões da crise económica e social vem sublinhando, nas pessoas vítimas desta situação não é apenas ao setor da Saúde que importa intervir, uma vez que o frequente processo depressivo e ansioso tem fatores precipitante externo – desemprego e grave incapacidade económica. Para o atenuar, os autores que têm estudado esta situação, recomendam a promoção de programas ativos de mercado de trabalho, o apoio social às pessoas em maior crise económica e o acesso menos fácil a bebidas alcoólicas, entre outros, a par de medidas políticas gerais e da articulação entre as estruturas locais da saúde, segurança social e autarquias, numa efetiva rede social.

Tal como se verificou com a população adulta, também no setor da infância e adolescência a descentralização das respostas (36 dos 41 SLSM têm pelo menos um Pedopsiquiatra e sendo os outros profissionais em número variável), a produção médica em ambulatório cresceu de modo significativo, embora ainda insuficiente. Quando, o que se aguarda para o curto prazo, passarem a ser registadas e faturadas as intervenções dos profissionais não médicos, neste como no setor dos adultos, ter-se-á uma noção mais concreta do muito que se vem fazendo e que importa alargar. Mas sobretudo na Saúde Mental da Infância e Adolescência (SMIA) a vertente da promoção e da prevenção são fulcrais para um desenvolvimento mental, geral e emocional em particular, mais sadios, com a prevista repercussão na respetiva idade adulta, o que pressupõe uma articulação proactiva com as famílias, as escolas e a comunidade em geral, que se perspetiva poder desenvolver-se de modo mais continuado através do Programa Nacional para a Saúde Mental.

Também no contexto da prevenção, o PNSM colaborou na elaboração dos recentes diplomas regulamentadores do consumo de bebidas alcoólicas e do acesso a novas substâncias psicoativas (NSP), cujas aplicações irá acompanhar; embora seja um tema de responsabilidade direta de outra entidade do Ministério da Saúde, os riscos envolvidos em termos da Saúde Pública e da Saúde Mental, justificam-no. Por motivos idênticos procura-se acompanhar, sobretudo entre jovens, os índices de consumos e intoxicações por psicotrópicos em geral (lícitos e ilícitos), e

comportamentos de risco, bem como as gravidezes na adolescência e os recursos aos núcleos de crianças e jovens em risco.

Se o combate ao estigma em relação à doença mental, em desenvolvimento, não é facilmente traduzível em números, pois pressupõe mudanças estruturais nas mentalidades, processo inevitavelmente lento e não quantificável, outras áreas têm investimentos recentes e, espera-se, consequentes, como o da atenção à doença mental quer na deficiência intelectual quer nas pessoas idosas, setor etário em crescimento acelerado em Portugal.

Neste particular as demências são uma realidade, cuja intervenção necessária ultrapassa a competência do Ministério da Saúde mas em que a Saúde Mental tem responsabilidade inevitável. Neste sentido deram-se os primeiros passos para juntar e articular os vários parceiros nacionais com saber e responsabilidade no tema, estruturando-se um plano nacional, em que a caracterização das necessidades em cuidados, o apoio domiciliário, direto e às famílias, a par da vertente residencial, se perspetiva que tenham tradução numérica e sobretudo qualitativa diferentes, passíveis de terem expressão em próximas edições do “Portugal: Saúde Mental em números”.

Lisboa, julho de 2013

Álvaro Andrade de Carvalho

Diretor do Programa Nacional para a Saúde Mental

2. Mortalidade associada ao suicídio e ao álcool

2.1. Caracterização da mortalidade por suicídio e por doenças atribuíveis ao álcool entre 2007 e 2011

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), em Portugal Continental (2007 a 2011)

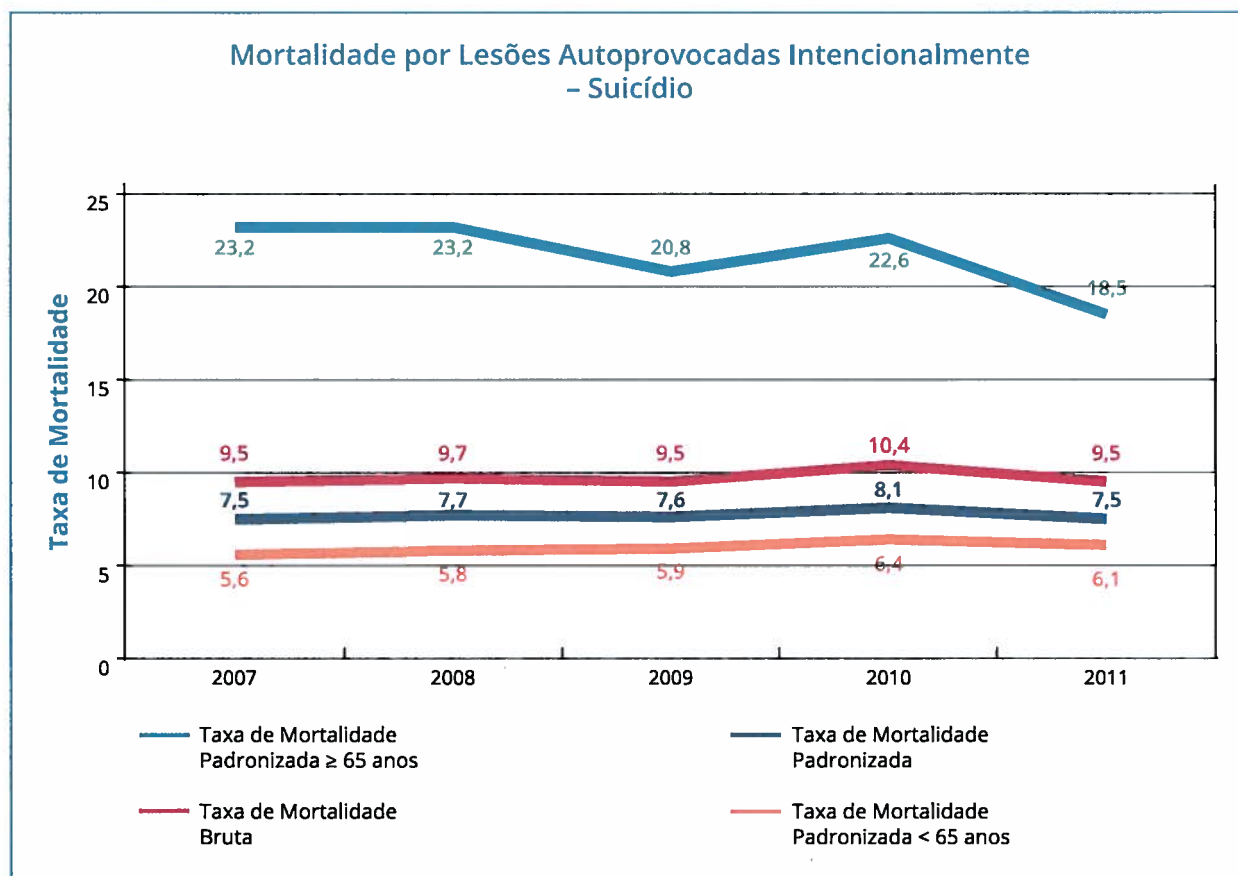
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	952	976	957	1049	951
Taxa de mortalidade bruta	9,5	9,7	9,5	10,4	9,5
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	7,7	7,6	8,1	7,5
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	5,6	5,8	5,9	6,4	6,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	23,2	23,2	20,8	22,6	18,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	6,0	6,3	6,3	6,8	6,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	27,8	26,8	24,7	26,5	21,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

Este é o indicador de mortalidade com uma associação mais plausível com a Saúde Mental, existindo fundamentação sobre substancial subnotificação desta causa de morte, que se perspetiva seja retificável através do SICO (Sistema de Informação de Certificados de Óbito), em desenvolvimento pela DGS.

A OMS/Europa vem alertando para a possibilidade de, ao contrário do tradicional e por efeito da crise, se verificar aumento da taxa na meia-idade e em adultos jovens.

Figura 3. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Figura 4. Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, por sexo e local de residência (NUTS – 2002), (2010)

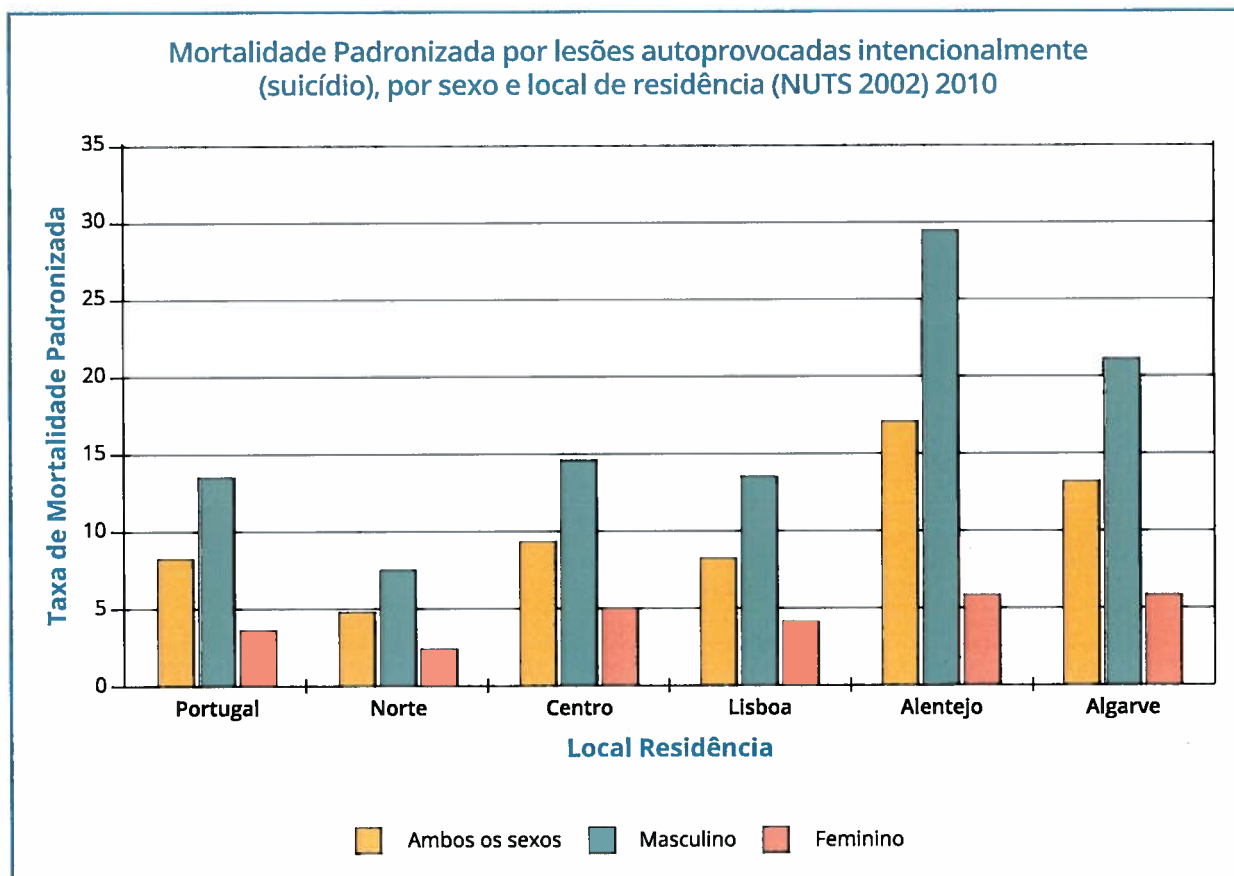
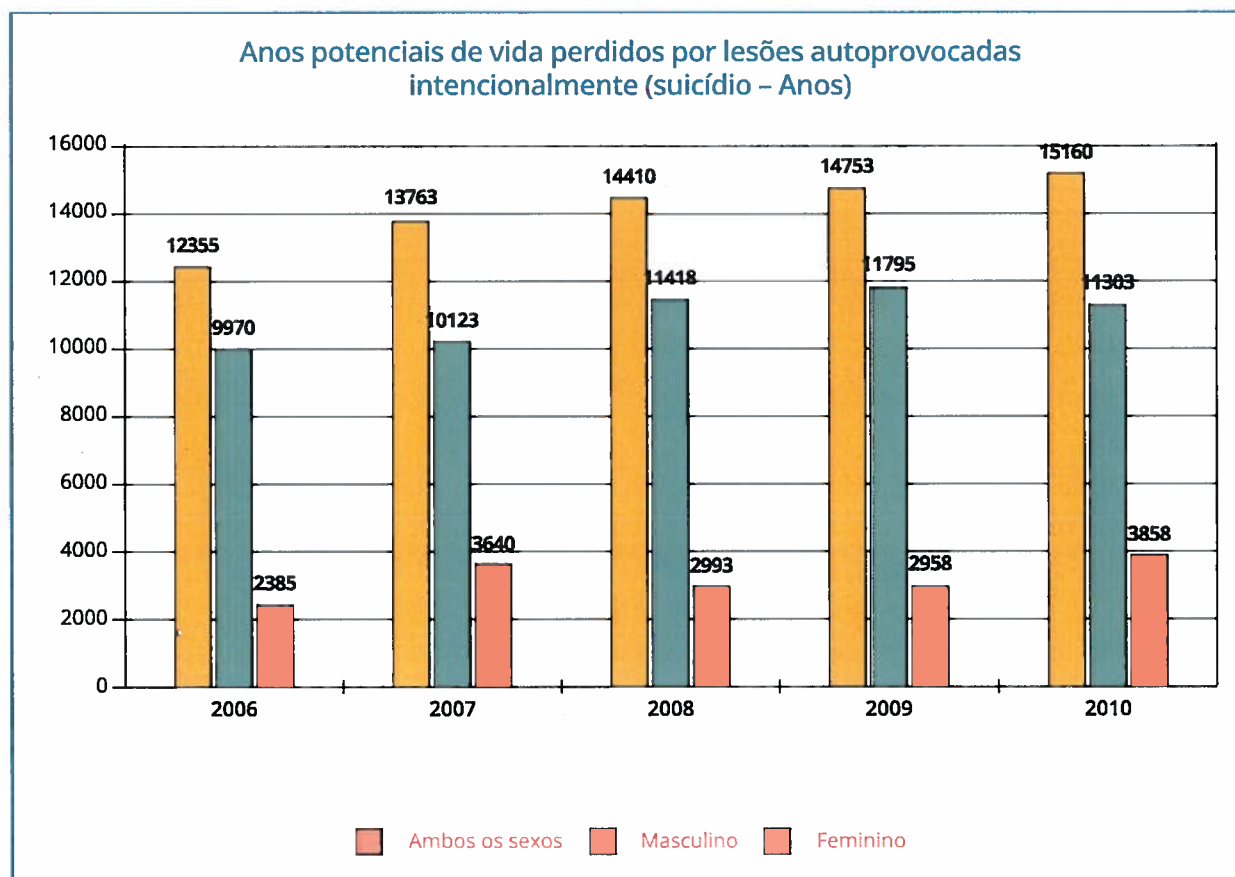


Figura 5. Anos potenciais de vida perdidos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e local de residência (NUTS - 2002), (2006 a 2010)



Códigos CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

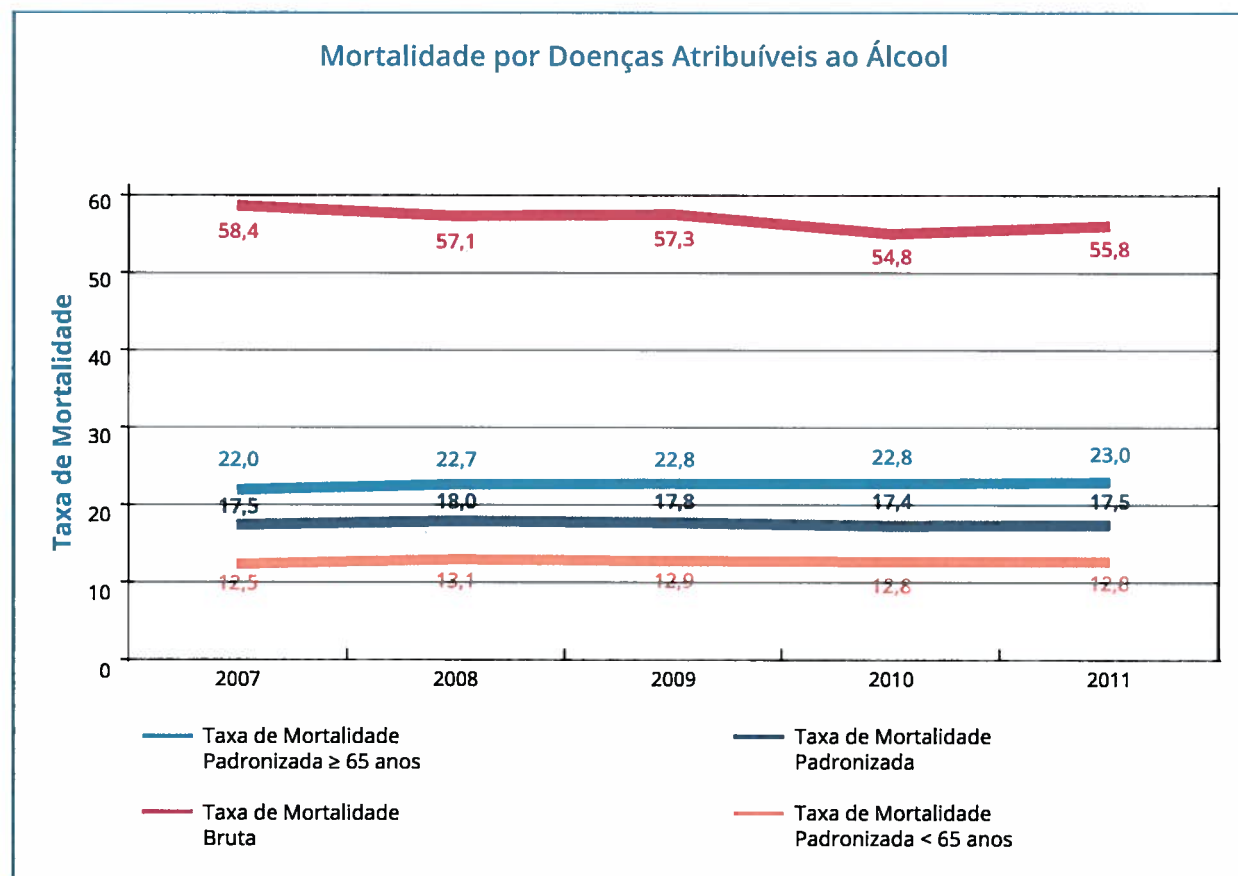
Quadro 2. Indicadores de mortalidade relativos a doenças atribuíveis ao álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Doenças atribuíveis ao álcool					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	2209	2285	2295	2294	2309
Taxa de mortalidade bruta	22,0	22,7	22,8	22,8	23,0
Taxa de mortalidade padronizada	17,5	18,0	17,8	17,4	17,5
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	12,5	13,1	12,9	12,8	12,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	58,4	57,1	57,3	54,8	55,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	14,4	14,7	14,7	14,3	14,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	59,7	61,9	58,3	59,3	56,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos CID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45.
Fonte: INE, IP, 2013

Sendo o álcool etílico uma substância psicoativa e Portugal, tradicionalmente, um dos principais consumidores de bebidas alcoólicas, com inevitáveis altos níveis de morbilidade e comorbilidade psiquiátricas, é obrigatória a atenção por parte do Programa Nacional para a Saúde Mental quanto a este grave problema de saúde pública.

Figura 6. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: C00-C15, F10, I42.6, K70, K85-K86.0, X45.
Fonte: INE, IP, 2013

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

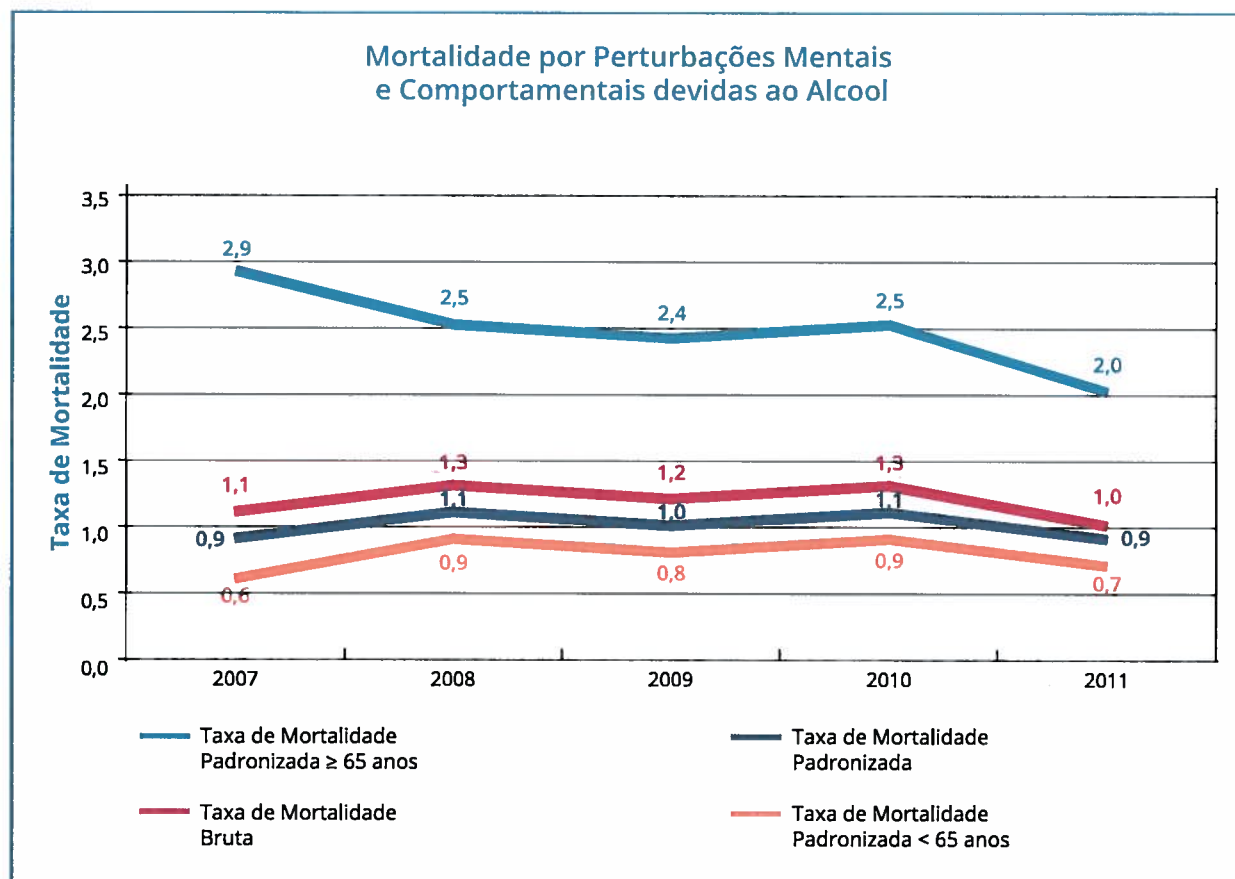
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	107	131	120	131	102
Taxa de mortalidade bruta	1,1	1,3	1,2	1,3	1,0
Taxa de mortalidade padronizada	0,9	1,1	1,0	1,1	0,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	0,6	0,9	0,8	0,9	0,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	2,9	2,5	2,4	2,5	2,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	0,7	1,0	0,9	1,0	0,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	2,4	2,6	2,3	2,3	1,3

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: F10.
Fonte: INE, IP, 2013

Os valores baixos, além de contrastarem com os da tabela anterior, não traduzem as mortes violentas por auto e hétero-agressividade (p. ex. desacatos na via pública ou violência familiar), acidentes de viação e laborais, em que algum dos intervenientes possa estar influenciado pelo álcool, etc..

Figura 7. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: F10.
Fonte: INE, IP, 2013

2.2. Caracterização da mortalidade por suicídio, por sexo e local de residência (ARS) entre 2007 e 2011

Como é comum, os suicídios consumados são mais frequentes no sexo masculino do que no feminino (3:1), ao contrário das tentativas de suicídio (1:2). Em Portugal Continental é sobretudo um problema da metade sul (Alentejo/Algarve/Grande Lisboa, incidências decrescentes), em que a região Centro vem a seguir, com valores significativamente mais altos do que a região Norte; as causalidades exigem mais investigação, alargada a várias áreas do saber e em que o “retrato-robô” é de homens, idosos, com doença crónica incapacitante, vivendo sós (em termos físicos e relacionais).

Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos		146	143	152	154
Taxa de mortalidade	6,0	8,2	7,4	8,6	8,7
Taxa de mortalidade padronizada	5,5	7,4	6,5	7,6	7,6
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	5,0	6,0	5,8	6,2	6,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	10,0	18,7	11,5	19,0	16,8
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	5,0	6,4	6,0	6,3	6,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	12,7	20,0	12,3	23,9	18,4
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	46	47	40	51	52
Taxa de mortalidade	2,4	2,4	2,3	2,6	2,7
Taxa de mortalidade padronizada	2,1	2,1	1,9	2,3	2,4
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	1,9	1,8	1,7	2,1	2,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	3,8	4,6	3,3	3,1	4,3
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	2,0	2,1	1,8	2,1	2,3
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	3,4	2,7	2,7	3,7	3,7

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10. X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	107	131	144	150	122
Taxa de mortalidade	12,6	15,5	17,2	18,0	14,7
Taxa de mortalidade padronizada	9,7	12,9	14,0	14,3	11,3
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,3	10,6	11,6	11,3	8,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	37,3	31,9	33,9	38,1	35,2
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	7,4	11,3	12,1	12,2	9,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	40,2	34,1	39,6	40,9	41,9
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	47	35	44	53	34
Taxa de mortalidade	5,1	3,8	4,8	5,8	3,7
Taxa de mortalidade padronizada	3,9	2,7	3,3	4,8	2,9
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,3	2,1	2,6	4,2	2,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	9,5	7,5	9,0	9,3	5,9
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,4	2,3	2,7	4,3	2,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	10,5	7,4	11,9	11,3	3,8

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	284	289	296	310	297
Taxa de mortalidade	16,6	16,8	17,1	17,9	17,1
Taxa de mortalidade padronizada	13,9	14,2	14,6	14,5	14,2
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	9,8	10,0	11,2	10,5	11,0
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	46,6	47,9	42,0	47,4	40,1
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	10,4	10,5	11,7	11,1	11,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	59,2	63,5	52,4	60,6	47,6
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	100	107	74	107	89
Taxa de mortalidade	5,3	5,7	3,9	5,6	4,6
Taxa de mortalidade padronizada	4,2	4,3	3,1	4,3	3,8
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	3,4	3,2	2,4	3,4	3,6
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	10,6	13,7	8,3	11,4	6,0
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	3,5	3,5	2,6	3,7	3,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	13,8	14,8	8,6	11,6	8,4

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	123	111	112	120	121
Taxa de mortalidade	48,3	43,9	44,6	48,1	49,0
Taxa de mortalidade padronizada	31,4	28,3	28,1	32,2	34,0
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	18,9	17,2	18,0	21,3	25,4
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	132,5	117,8	110,2	121,0	103,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	21,8	19,1	18,6	23,9	26,8
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	157,9	150,0	154,9	143,6	129,9
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	40	29	37	32	25
Taxa de mortalidade	15,0	10,9	14,0	12,1	X
Taxa de mortalidade padronizada	9,5	6,3	9,4	6,6	X
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	6,1	4,1	6,7	3,8	X
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	37,4	23,5	31,2	28,9	X
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	7,3	4,2	8,1	4,5	X
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	38,5	33,5	27,2	34,3	X

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão.

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos do CID 10: X60-X84.

Fonte: INE, IP, 2013.

Sendo o Alentejo a Região de Saúde com a mais elevada incidência de suicídio, será seguramente fruto de atenção particular no âmbito do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio, a par do investimento já existente a nível local e regional. São disso exemplo, as brigadas móveis desenvolvidas por alguns ACES, de apoio domiciliário técnico a residentes em maior solidão, particularmente em zonas de elevada dispersão habitacional e muito baixa densidade demográfica.

Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)

Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
Masculino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	72	62	53	58	46
Taxa de mortalidade	34,0	28,9	24,5	26,5	21,1
Taxa de mortalidade padronizada	26,8	23,5	19,1	21,0	17,1
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	18,7	16,8	12,6	15,5	14,5
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 65 anos	92,1	77,5	72,0	65,7	37,5
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos	19,9	19,3	13,7	17,2	14,7
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 70 anos	117,6	78,5	91,4	71,0	48,2
Feminino					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	25	19	14	16	11
Taxas de mortalidade restantes	X	X	X	X	X

X: Não são apresentadas taxas correspondentes a número de óbitos ≤ 25, por apresentarem elevado erro padrão.

Taxas: por 100 000 habitantes. Códigos da CID 10: X60-X84.
Fonte: INE, IP, 2013

A região do Algarve, ao apresentar a segunda maior taxa de mortalidade por suicídio do país, também será motivo de atenção prioritária quanto ao respetivo Plano de Prevenção.

3. Evolução comparada – Estados Membros da UE (2007 a 2011)

A circunstância de Portugal figurar, há vários anos, entre os três países da UE com maior taxa de mortes de causa indeterminada (presentemente com 14%, apenas ultrapassados pela Estónia), faz com que os valores relativos devam ser interpretados com precaução.

Quadro 9. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Estados Membros da UE, (2007 a 2011)

Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84), Estados Membros da UE, 2007-2011 – Todas as idades															
Estados Membros UE	Lesões autoprovocadas intencionalmente –														
	2007			2008			2009			2010			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
PORTUGAL	7,78	12,43	3,92	7,91	13,17	3,45	7,85	13,38	3,14	8,24	13,63	3,78	7,7	12,94	3,27
Alemanha	9,38	14,86	4,38	9,43	14,86	4,43	9,51	15,06	4,41	9,95	15,6	4,71	9,92	15,68	4,56
Áustria	13,22	21,57	5,85	12,69	20,69	5,77	12,8	20,87	5,67	12,7	20,73	5,55	12,78	20,48	6,01
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgária	9,51	15,26	4,66	10,07	16,34	4,63	9,35	15,56	3,93	9,26	15,32	4,03	8,58	14,55	3,13
Chipre	2,27	3,66	1	5,02	7,86	2,44	3,73	6,16	1,54	4,22	6,97	1,82	3,35	5,94	0,97
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslováquia	0	0	0	10,21	18,53	2,71	10,3	19,74	1,89	10,77	19,4	3,01	...	...	...
Eslovénia	18,4	30,11	7,88	17,19	28,75	6,64	18,71	30,64	7,33	17,17	29,32	6,09	...	...	...
Espanha	6,09	9,58	2,96	6,46	10,38	2,83	6,34	10,27	2,73	5,77	9,36	2,49	...	...	...
Estónia	16,92	32,36	4,79	16,49	29,07	6,23	18,25	33,93	5,3	14,83	27,31	4,46	14,29	26,65	4,51
Finlândia	17,59	27,07	8,47	18,45	28,96	8,27	18,26	27,33	9,5	16,78	25,67	8,08	15,85	24,99	7,01
França	14,68	22,78	7,51	14,96	23,3	7,56	15,04	23,48	7,49	...	...	...	...	...	...
Grécia	2,6	4,34	0,91	2,85	4,78	0,99	3,02	5,23	0,86	2,86	5,17	0,62	...	...	...
Holanda	7,66	10,9	4,54	8,05	11,37	4,91	8,46	12,05	5,01	8,84	12,65	5,16	9,1	12,73	5,59
Hungria	21,4	36,75	8,55	21,54	37,17	8,59	21,79	37,12	8,84	21,72	37,48	8,47	21,25	35,78	8,75
Irlanda	10,29	16,11	4,44	11,32	17,1	5,52	11,61	18,57	4,67	10,89	17,33	4,49	...	...	...
Itália	5,19	8,43	2,29	5,39	8,66	2,43	5,41	8,82	2,33	...	...	...	...	...	...
Letónia	17,84	32,6	6,16	20,85	38,29	6,48	20,73	37,59	6,73	17,53	33,8	4,01	...	...	...
Lituânia	28,41	52,36	8,25	30,72	55,93	9,1	31,47	58,5	8,78	28,52	51,35	9,07	...	...	...
Luxemburgo	15,36	21,61	9,7	7,85	13,24	2,92	8,79	13,44	4,21	9,69	15,76	3,97	...	...	...
Malta	6,03	11,76	0,29	3,13	5,35	1,03	7,86	14,34	1,44	7,39	14,14	0,71	4,64	9,15	0
Polónia	12,94	23,04	3,74	13,87	24,95	3,72	15,78	28,26	4,34	15,23	27,6	3,76	...	...	...
Reino Unido	6,12	9,71	2,66	6,66	10,51	2,93	6,6	10,52	2,78	6,43	10,09	2,88	...	...	...
Rep. Checa	11,9	20,83	3,61	11,79	20,2	4,16	12,4	21,81	3,73	12,77	22,08	4,15	13,57	23,62	4,09
Roménia	10,54	18,1	3,61	10,63	18,37	3,55	11,17	19,92	3,17	11,9	20,81	3,68	...	...	...
Suécia	11,36	16,29	6,59	11,62	17,08	6,29	12,33	17,71	7,07	11,09	16,37	5,9	...	...	...

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, March 2013

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 10. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)

Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, 2007-2011															
Estados Membros UE	Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) – 0-64 anos														
	Anos														
	2007			2008			2009			2010			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
PORTUGAL	5,88	8,78	3,11	6	9,6	2,54	6,26	10,22	2,46	6,47	10,03	3,13	6,41	10,23	2,86
Alemanha	8,05	12,35	3,65	8,19	12,54	3,75	8,29	12,71	3,77	8,7	13,31	3,99	8,58	13,2	3,87
Áustria	11,39	18,03	4,77	10,5	16,02	5	10,82	17,05	4,62	11	17,28	4,75	10,94	16,8	5,11
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgária	7,29	11,08	3,63	8,14	12,97	3,46	7,66	12,67	2,87	7,51	12,16	3,01	7,5	12,43	2,57
Chipre	2,06	3,31	0,84	5,27	8,27	2,47	3,56	5,72	1,55	4,09	6,37	2,05	3,26	5,71	0,96
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslováquia	0	0	0	9,62	17,03	2,37	9,83	18,11	1,76	10,45	18,16	2,88	...	...	...
Eslovénia	15,76	24,51	6,7	15,12	23,86	5,76	16,65	27,09	5,69	15,21	24,52	5,37	...	...	...
Espanha	5,16	7,64	2,64	5,56	8,66	2,42	5,46	8,53	2,36	5,02	7,82	2,19	...	...	...
Estónia	15,47	28,6	3,6	16,04	27,19	5,89	17,11	31,72	4,08	13,89	25,16	3,65	12,77	22,96	3,6
Finlândia	17,24	25,94	8,32	18,36	28,27	8,23	18,16	26,36	9,73	16,69	25,08	8,07	15,68	23,99	7,15
França	13,33	19,92	6,9	13,55	20,3	6,98	13,69	20,75	6,82	...	...	...	...	...	...
Grécia	2,44	4,01	0,85	2,65	4,31	0,96	2,86	4,92	0,78	2,67	4,77	0,55	...	...	...
Holanda	7,36	10,33	4,34	7,73	10,66	4,77	8,16	11,5	4,77	8,62	12,16	5,03	8,93	12,42	5,41
Hungria	18,79	31,37	6,91	18,92	31,34	7,2	19,76	32,35	7,82	19,35	32,29	7,16	19,36	31,97	7,4
Irlanda	10,48	16,09	4,75	11,65	17,68	5,54	11,89	19,1	4,66	11,45	18,27	4,62	...	...	...
Itália	4,48	6,96	2,02	4,75	7,37	2,16	4,74	7,42	2,08	...	...	...	...	...	...
Letónia	16,49	28,92	5,12	19,38	34,61	5,4	19,96	34,89	6,17	16,84	31,58	3,25	...	...	...
Lituânia	27,26	49,61	6,97	30,04	54,01	7,97	30,56	55,5	7,93	27,82	49,16	8,35	...	...	...
Luxemburgo	14,62	20,22	8,92	7,35	11,95	2,65	7,59	11,78	3,31	9,6	14,69	4,3	...	...	...
Malta	5,68	11,16	0	2,89	4,58	1,16	7,84	13,82	1,62	7,28	13,96	0,37	5,22	10,28	0
Polónia	12,52	21,89	3,41	13,59	23,99	3,44	15,43	27,11	4,03	14,86	26,49	3,43	...	...	...
Reino Unido	6,14	9,72	2,6	6,75	10,59	2,94	6,7	10,68	2,75	6,51	10,18	2,87	...	...	...
Rep. Checa	10,92	18,63	3,12	10,82	17,74	3,76	11,7	19,92	3,35	12,01	20,05	3,83	12,99	21,97	3,84
Roménia	9,8	16,61	3,2	9,79	16,76	3,01	10,47	18,34	2,82	11,22	19,55	3,12	...	...	...
Suécia	10,85	15,13	6,44	10,85	...	6,06	11,79	16,61	6,82	10,41	15,16	5,52	...	...	...

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, March 2013

Quadro 11. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)

Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, 2007-2011															
Estados Membros UE	Lesões autoprovocadas intencionalmente (X60-X84) – 65 e + anos														
	Anos														
	2007			2008			2009			2010			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
PORTUGAL	23,14	41,97	10,47	23,33	42,06	10,82	20,73	38,92	8,67	22,51	42,77	9,08	18,15	34,84	6,65
Alemanha	20,18	35,1	10,23	19,46	33,62	9,99	19,41	34,06	9,57	20,04	34,08	10,5	20,71	35,71	10,18
Áustria	27,98	50,25	14,52	30,43	58,55	12	28,85	51,76	14,21	26,48	48,63	11,96	27,61	50,23	13,31
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgária	27,42	49,08	12,93	25,7	43,64	14,04	23,02	38,94	12,5	23,46	40,9	12,31	17,35	31,72	7,71
Chipre	3,96	6,52	2,26	3,03	4,53	2,21	5,11	9,78	1,49	5,32	11,88	0	4,1	7,78	1,1
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslováquia	0	0	0	15,02	30,64	5,48	14,13	32,97	2,97	13,36	29,37	4,1	...	...	...
Eslovénia	39,69	75,45	17,44	33,95	68,37	13,75	35,3	59,35	20,63	33,09	68,14	11,85	...	...	...
Espanha	13,61	25,31	5,51	13,71	24,27	6,11	13,46	24,31	5,71	11,89	21,79	4,86	...	...	...
Estónia	28,63	62,82	14,39	20,18	44,22	8,92	27,52	51,8	15,2	22,44	44,69	11,03	26,62	56,51	11,85
Finlândia	20,44	36,25	9,65	19,15	34,56	8,57	19,05	35,14	7,63	17,44	30,43	8,1	17,24	33,05	5,86
França	25,58	45,93	12,46	26,31	47,58	12,29	25,89	45,52	12,86	...	...	...	...	...	...
Grécia	3,91	6,96	1,45	4,46	8,55	1,23	4,26	7,73	1,53	4,39	8,39	1,23	...	...	...
Holanda	10,04	15,52	6,13	10,62	17,15	6,06	10,84	16,47	6,97	10,67	16,62	6,22	10,44	15,31	6,98
Hungria	42,51	80,31	21,81	42,74	84,32	19,88	38,21	75,69	17,11	40,9	79,5	19,11	36,56	66,66	19,61
Irlanda	8,71	16,22	1,94	8,65	12,35	5,42	9,34	14,29	4,74	6,41	9,77	3,4	...	...	...
Itália	10,93	20,37	4,43	10,58	19,13	4,62	10,84	20,14	4,33	...	...	...	...	...	...
Letónia	28,77	62,38	14,57	32,77	68,09	15,2	26,97	59,4	11,25	23,06	51,77	10,19	...	...	...
Lituânia	37,72	74,67	18,61	36,18	71,42	18,28	38,84	82,75	15,67	34,2	69,11	14,9	...	...	...
Luxemburgo	21,35	32,91	16,01	11,85	23,68	5,08	18,49	26,91	11,47	10,41	24,46	1,31	...	...	...
Malta	8,85	16,57	2,67	5,06	11,57	0	8,03	18,51	0	8,27	15,62	3,49	0	0	0
Polónia	16,29	32,37	6,4	16,12	32,69	5,98	18,63	37,54	6,8	18,15	36,66	6,38	...	...	...
Reino Unido	5,95	9,62	3,15	5,94	9,9	2,91	5,8	9,22	3,07	5,8	9,4	2,99	...	...	...
Rep. Checa	19,88	38,64	7,6	19,62	40,16	7,33	18,05	37,11	6,75	18,95	38,51	6,7	18,28	36,95	6,13
Roménia	16,59	30,17	7,01	17,48	31,38	7,89	16,88	32,75	6,02	17,45	31	8,26	...	...	...
Suécia	15,49	25,65	7,8	17,79	29,79	8,14	16,66	26,6	9,04	16,53	26,16	8,9	...	...	...

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, March 2013

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 12. Taxas de Mortalidade Padronizada – Perturbações mentais e comportamentais, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)

Taxas de Mortalidade Padronizada – Perturbações mentais e comportamentais, Estados Membros da UE, 2007-2011															
Estados Membros UE	Perturbações mentais e comportamentais (F00-F99) – 0-64 anos														
	Anos														
	2007			2008			2009			2010			2011		
	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M
PORTUGAL	0,99	1,69	0,32	1,32	2,4	0,31	1,38	2,29	0,51	1,37	2,46	0,35	1,14	2,02	0,32
Alemanha	5,34	8,33	2,31	5,67	8,88	2,42	5,49	8,71	2,24	5,55	8,71	2,36	5,39	8,29	2,46
Áustria	5,83	9,06	2,64	6,6	10,28	2,96	6,81	11,42	2,28	5,86	9,24	2,53	6,26	9,84	2,7
Bélgica	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Bulgária	0,55	0,8	0,32	0,78	1,11	0,46	0,62	1,08	0,18	0,76	1,22	0,34	0,49	0,64	0,35
Chipre	1,17	1,87	0,51	0,82	0,82	0,81	0,97	1,43	0,58	0,53	0,51	0,54	0,5	0,56	0,44
Dinamarca	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
Eslováquia	0,08	0,12	0,04	0,02	0,04	0	0,04	0,07	0	0	0	0	...	...	...
Eslovénia	1,87	3,58	0,12	3,33	5,58	1,03	2,95	5	0,83	3,96	6,66	1,19	...	...	...
Espanha	0,94	1,45	0,43	1,03	1,57	0,49	1,06	1,57	0,56	1,07	1,64	0,52	...	...	...
Estónia	17,07	30,13	6,16	10,41	17,62	4,43	8,12	12,54	4,4	6,04	10,75	2,02	6,7	11,64	2,57
Finlândia	3,47	5,2	1,74	3,14	5,01	1,28	3,35	5,03	1,68	3,5	4,84	2,16	2,91	4,33	1,48
França	5,79	9,01	2,68	5,99	9,42	2,69	5,82	8,98	2,77	...	...	...	...	...	...
Grécia	0,31	0,5	0,13	0,33	0,61	0,07	0,29	0,4	0,17	0,28	0,47	0,1	...	...	...
Holanda	1,57	2,09	1,04	1,82	2,35	1,28	1,87	2,5	1,23	1,62	2,08	1,15	1,56	2,03	1,09
Hungria	5,06	7,99	2,46	4,97	7,8	2,44	4,55	7	2,37	4,69	7,49	2,17	4,56	6,86	2,52
Irlanda	0,2	0,24	0,16	0,24	0,11	0,37	0,29	0,11	0,47	0,42	0,51	0,34	...	...	...
Itália	1,19	1,88	0,51	1,02	1,47	0,58	0,95	1,32	0,59	...	...	...	...	...	...
Letónia	4,06	7,75	1,03	4,63	7,67	2,08	4,11	7,29	1,32	4,36	8,24	1,08	...	...	...
Lituânia	1,99	3,19	0,9	1,98	3,4	0,68	1,51	2,48	0,63	1,07	1,61	0,63	...	...	...
Luxemburgo	3,64	5,41	1,83	0	0	0	0,4	0,79	0	1,44	1,98	0,87	...	...	...
Malta	0,87	1,33	0,42	0,23	0,46	0	0,64	0,39	0,91	1,05	1,73	0,37	1,53	1,95	1,1
Polónia	5	9	1,25	4,73	8,5	1,18	3,85	6,94	0,94	3,42	6,03	0,92	...	...	...
Reino Unido	3,44	5,35	1,54	3,88	5,87	1,9	3,57	5,29	1,86	3,39	5,07	1,72	...	...	...
Rep. Checa	1,22	1,91	0,55	1,53	2,22	0,88	1,27	1,93	0,63	1,16	1,8	0,53	1,48	2,23	0,73
Roménia	0,89	1,52	0,3	0,85	1,24	0,49	0,9	1,53	0,3	0,87	1,34	0,43	...	...	...
Suécia	3,09	4,66	1,49	2,81	4,31	1,29	2,74	3,95	1,52	2,25	3,56	0,92	...	...	...

Fonte: WHO/Europe, HFA Database, March, 2013

4. Morbilidade associada às perturbações mentais

4.1. Cuidados Hospitalares associados às perturbações mentais

4.1.1. Caracterização da produção hospitalar associada a perturbação mental entre 2007 e 2011

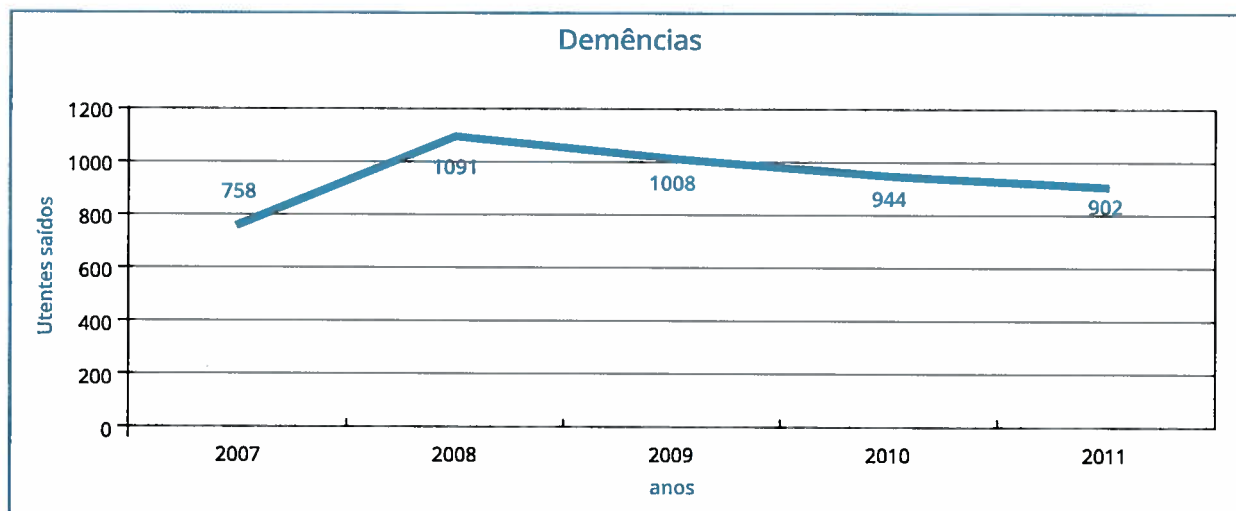
Quadro 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Demências					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	758	1091	1008	944	902
Dias Internamento	16261	19902	19328	16829	17685
Demora Média	21,45	18,24	19,17	17,83	19,61
Day Cases (DC)	14	31	35	25	16
Demora Média sem DC	21,86	18,78	19,86	18,31	19,96
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	23	30	26	23	19

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Figura 8. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Psicoses					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	7314	10184	10321	10161	10217
Dias Internamento	204368	213341	233591	210982	226967
Demora Média	27,94	20,95	22,63	20,76	22,21
Day Cases (DC)	149	377	365	330	301
Demora Média sem DC	28,52	21,75	23,46	21,46	22,89
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	21	28	42	24	38

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

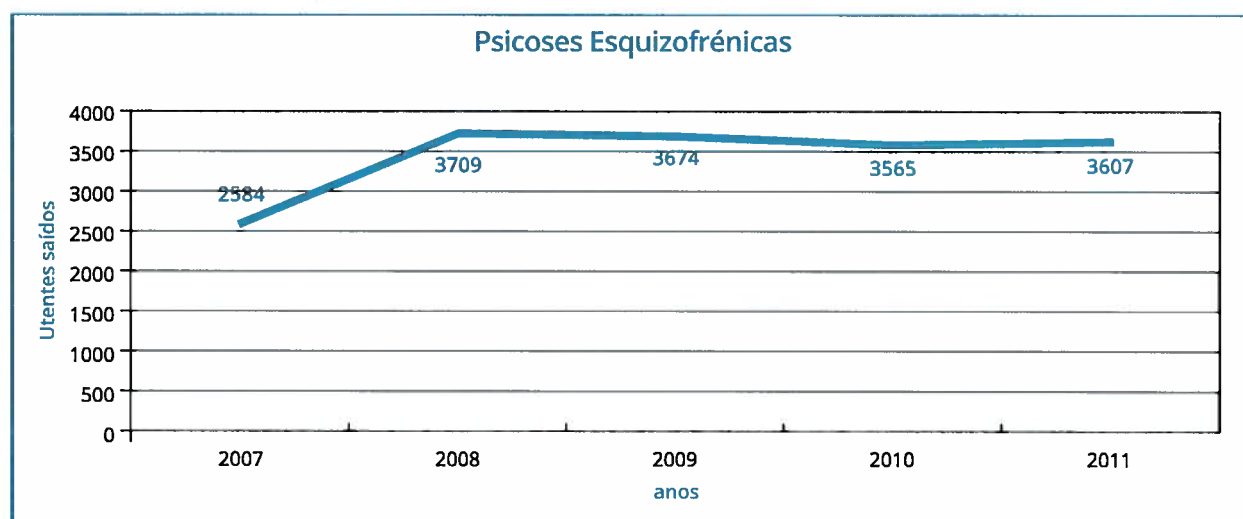
As perturbações psicóticas são as entidades nosológicas psiquiátricas tradicionalmente com maior recurso ao internamento. A redução do total de episódios é expectável com o aprofundamento da inserção comunitária e a criação de mais estruturas de reabilitação psicossocial, nomeadamente com a esperada implementação dos Cuidados Continuados de Saúde Mental.

Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Psicoses Esquizofrénicas					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	2584	3709	3674	3565	3607
Dias Internamento	95994	90541	102137	89017	108879
Demora Média	37,15	24,41	27,80	24,97	30,19
Day Cases (DC)	49	141	138	121	86
Demora Média sem DC	37,87	25,38	28,88	25,85	30,92
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	6	11	11	8	14

Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

Figura 9. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

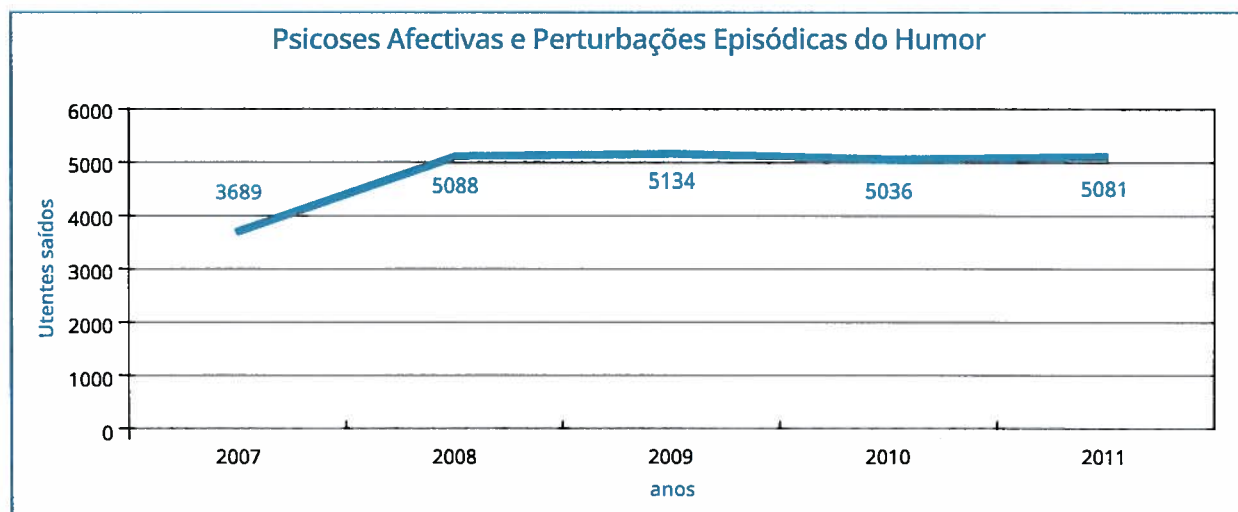
Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	3689	5088	5134	5036	5081
Dias Internamento	72111	95547	103800	94431	92187
Demora Média	19,55	18,78	20,22	18,75	18,14
Day Cases (DC)	75	166	137	126	158
Demora Média sem DC	19,95	19,41	20,77	19,23	18,73
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	8	10	22	14	16

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Regista-se que nestas entidades se verificou em 2008 um acréscimo de casos e consequente relativa estabilização, coincidente com a implementação do Plano Nacional de Saúde Mental (janeiro 2008) e o início da crise económica (previsivelmente com maior repercussão nas perturbações do humor).

Figura 10. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011)



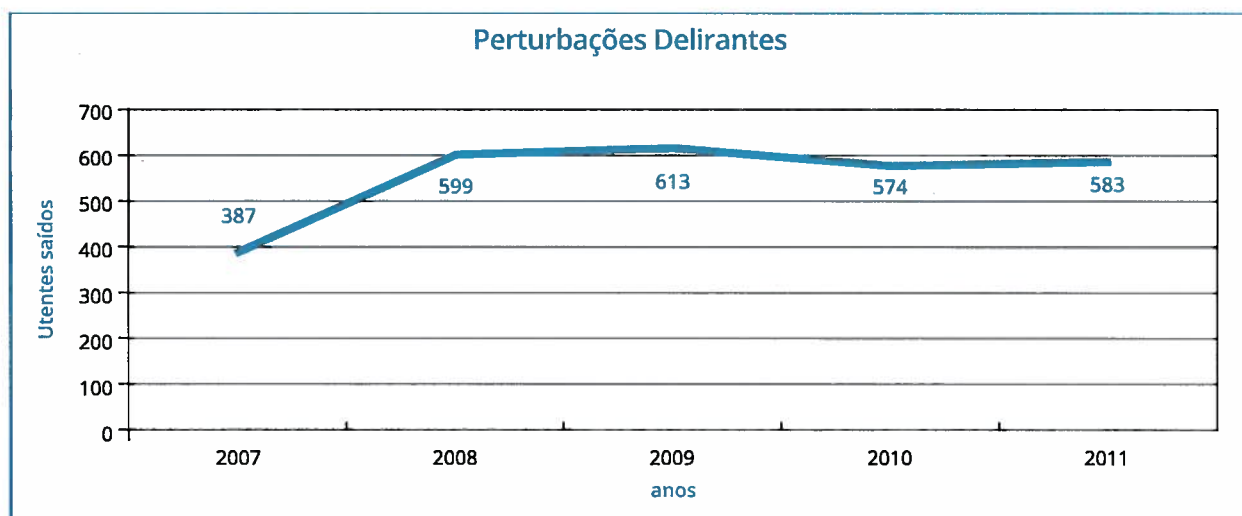
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Perturbações Delirantes					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	387	599	613	574	583
Dias Internamento	25165	13139	16689	13099	12415
Demora Média	65,03	21,93	27,23	22,82	21,30
Day Cases (DC)	7	36	49	27	15
Demora Média sem DC	66,22	23,34	29,59	23,95	21,86
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	3	4	4	0	...

... Dado confidencial
Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

Figura 11. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

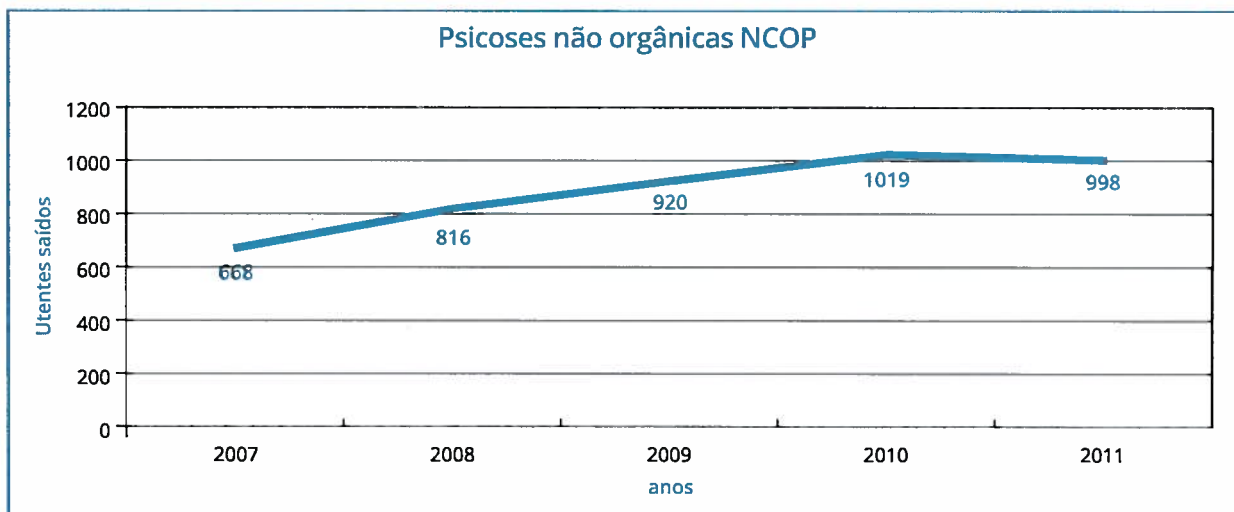
PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Psicoses não orgânicas NCOP					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	668	816	920	1019	998
Dias Internamento	11816	14921	14507	15416	14852
Demora Média	17,69	18,29	15,77	15,13	14,88
Day Cases (DC)	19	32	41	56	45
Demora Média sem DC	18,21	19,03	16,50	16,01	15,58
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	5	3	5	3	6

NCOP – não codificado em outra parte
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Figura 12. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011)



NCOP – não codificado em outra parte
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 19. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	1494	1977	1961	1770	1731
Dias Internamento	18766	23831	29416	20866	19284
Demora Média	12,56	12,05	15,00	11,79	11,14
Day Cases (DC)	68	128	89	108	83
Demora Média sem DC	13,16	12,89	15,71	12,55	11,70
Casos Ambulatório	0	0	...	0	0
Óbitos	...	4	3	...	0

... Dado confidencial
Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

Realidade a merecer monitorização posterior dado tratarem-se de patologias com reduzido potencial de incapacidade para a atividade produtiva, em que o recurso a internamento será pressupostamente residual.

Quadro 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)

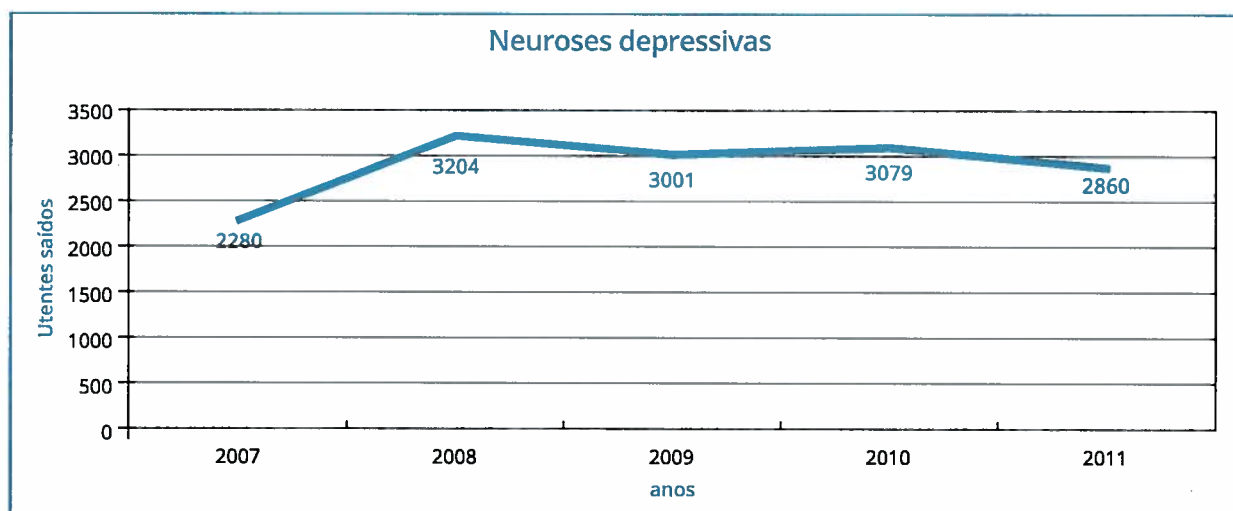
Neuroses depressivas					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	2280	3204	3001	3079	2860
Dias Internamento	28814	38254	40067	35005	31733
Demora Média	12,64	11,94	13,35	11,37	11,10
Day Cases (DC)	116	283	238	200	144
Demora Média sem DC	13,32	13,10	14,50	12,16	11,68
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	5	3	5	8	...

... Dado confidencial
Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Realidade a merecer monitorização posterior dado tratarem-se de nosologias com reduzida incapacidade para a atividade produtiva e tendencial rara indicação clínica de recurso a internamento.

Figura 13. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

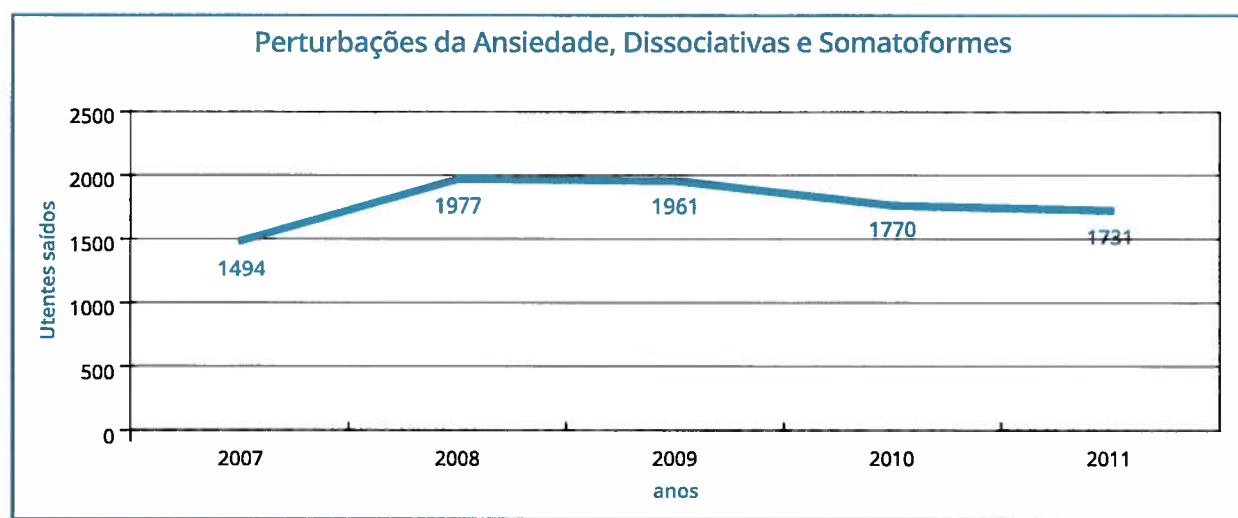
Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses exceto as depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Neuroses exceto as depressivas					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	511	741	728	756	797
Dias Internamento	6607	8541	8439	9031	8029
Demora Média	12,93	11,53	11,59	11,95	10,07
Day Cases (DC)	21	47	41	34	43
Demora Média sem DC	13,48	12,31	12,28	12,51	10,65
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	...	...	0	0	0

... Dado confidencial
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Situação idêntica à anterior, em que os valores de demora média merecem particular análise.

Figura 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

Quadro 22. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	677	1013	1177	1138	1248
Dias Internamento	8795	11784	15501	13579	13082
Demora Média	12,99	11,63	13,17	11,93	10,48
Day Cases (DC)	30	68	79	64	72
Demora Média sem DC	13,59	12,47	14,12	12,64	11,12
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	...	0	0	...

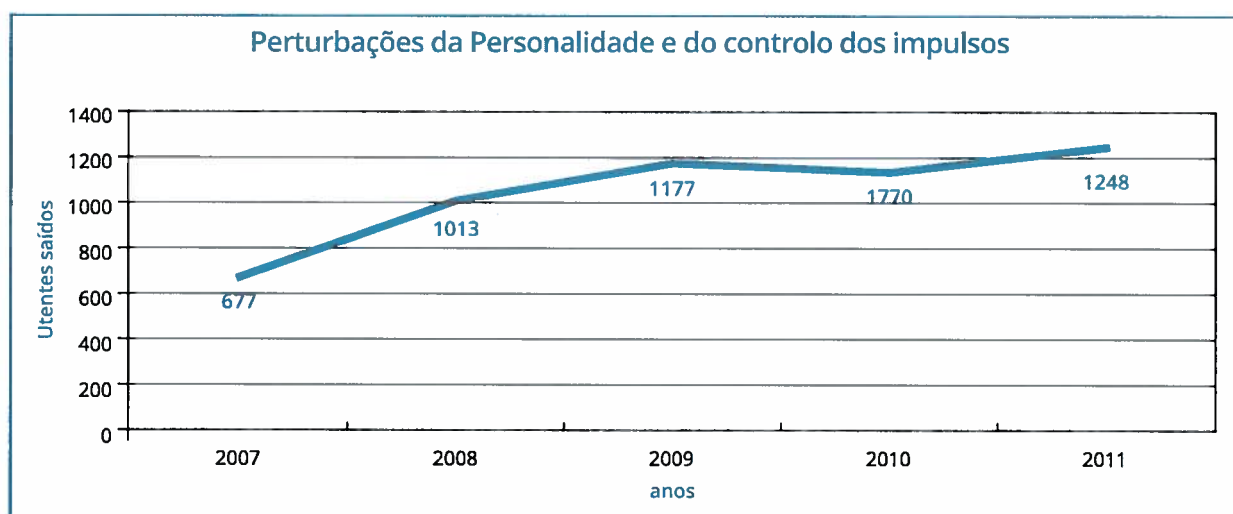
... Dado confidencial

Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Nosologia a analisar e monitorizar face à provável tendência de crescimento, relacionável com a crise social e económica em curso.

Figura 15. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos, em Portugal Continental (2007 a 2011)



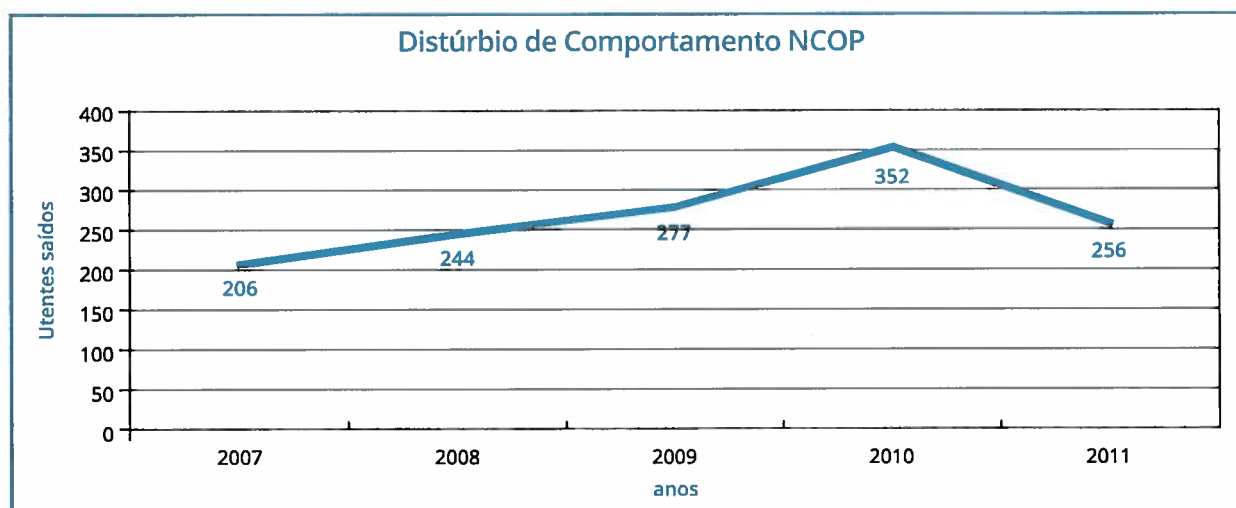
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Distúrbio de Comportamento NCOP					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	206	244	277	352	256
Dias Internamento	2562	2815	3310	3993	2422
Demora Média	12,44	11,54	11,95	11,34	9,46
Day Cases (DC)	20	26	26	31	14
Demora Média sem DC	13,77	12,91	13,19	12,44	10,01
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	3	...	...	...

... Dado confidencial.
NCOP – não codificado em outra parte
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Figura 16. Evolução da produção hospitalar relativa a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011)



NCOP – não codificado em outra parte
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Anorexia Nervosa					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	149	150	125	132	132
Dias Internamento	4691	4515	3439	3801	5030
Demora Média	31,48	30,10	27,51	28,80	38,11
Day Cases (DC)	...	...	...	...	4
Demora Média sem DC	...	...	...	...	39,30
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	...	0	0

... Dado confidencial
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Bulimia Nervosa					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	22	15	20	24	13
Dias Internamento	449	246	470	355	147
Demora Média	20,41	16,40	23,50	14,79	11,31
Day Cases (DC)	0	...	...	3	...
Demora Média sem DC	20,41	...	...	16,90	...
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	0	0	0	0	0

... Dado confidencial
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Para uma análise mais objetiva dos distúrbios alimentares, importará ter dados desagregados por sexo e grupo etário.

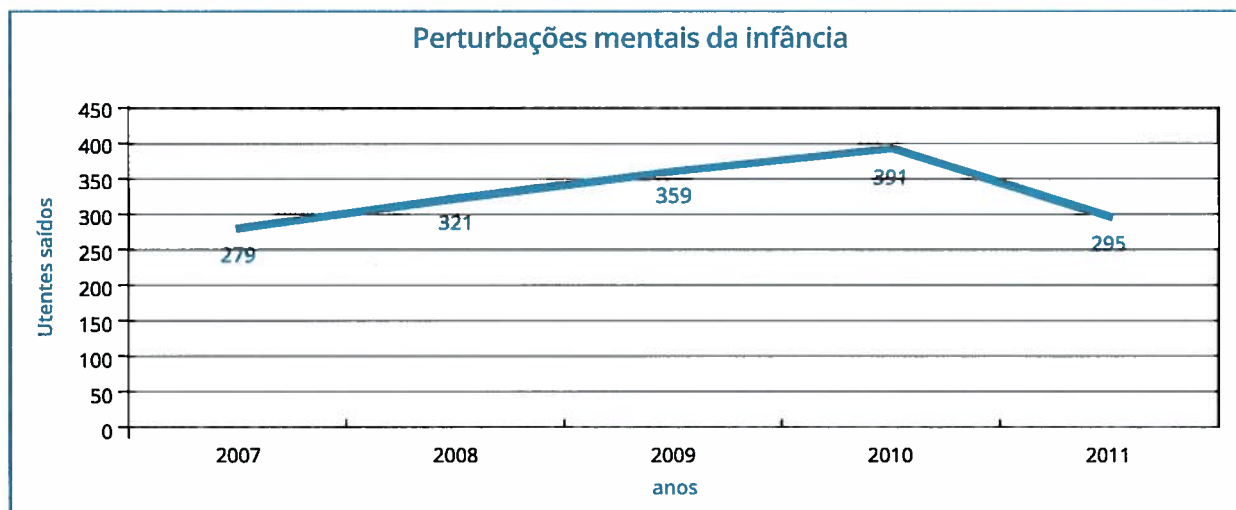
Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Perturbações mentais da infância					
	2007	2008	2009	2010	2011
Utentes saídos	279	321	359	391	295
Dias Internamento	3235	3795	3889	4185	2594
Demora Média	11,59	11,82	10,83	10,70	8,79
Day Cases (DC)	25	29	33	35	17
Demora Média sem DC	12,74	13,00	11,93	11,76	9,33
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	...	3	...	...	...

... Dado confidencial
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Pela escassez de camas nos Departamentos de Saúde Mental da Infância e Adolescência (10 no CH Porto e 10 no CHLC/HDE), há recurso comum, embora episódico, a unidades de internamento pediátricas e, sobretudo para utentes entre 16 e 18 anos, de psiquiatria de adultos, alternativas indesejáveis por interferirem com a situação base que determinou o recurso a internamento.

Figura 17. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011)



Fonte: GDH's - ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

4.1.2. Caracterização dos episódios de internamento associados às perturbações mentais, por Portugal Continental e ARS (2011)

Quadro 27. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, por ARS (2011)

Psicoses Esquizofrénicas*								
	Ep. Int.	Indivíduos Int.	Indivíduos 1Int.	Indivíduos+1Int.	2.ºs Ep.	% 2.ºs Ep.	Óbitos Int.	Letalidade de Internamento Hospitalar (%)
Portugal Continental	5052	3777	2924	853	1275	25,24	135	3,57
Norte	1839	1278	914	364	561	30,51	39	3,05
Centro	992	781	632	149	211	21,27	22	2,82
LVT	1914	1491	1200	291	423	22,10	59	3,96
Alentejo	114	94	80	14	20	17,54	6	6,38
Algarve	193	163	139	24	30	15,54	9	5,52
*diagnósticos principal e secundários								

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

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 28. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicose Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor*, por ARS (2011)

Psicose Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor*								
	Ep. Int.	Indivíduos Int.	Indivíduos 1 Int.	Indivíduos >1 Int.	2.ºs Ep.	% 2.ºs Ep.	Óbitos Int.	Letalidade de Internamento Hospitalar (%)
Portugal Continental	7599	6214	5292	922	1385	18,23	98	1,58
Norte	1854	1477	1205	272	377	20,33	21	1,42
Centro	1821	1540	1333	207	281	15,43	17	1,10
LVT	3343	2733	2367	366	610	18,25	52	1,90
Alentejo	326	284	257	27	42	12,88	5	1,76
Algarve	255	222	198	24	33	12,94	3	1,35
*diagnósticos principal e secundários								

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

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 29. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, por ARS (2011)

Perturbações Delirantes*								
	Ep. Int.	Indivíduos Int.	Indivíduos 1Int.	Indivíduos+1Int.	2.ºs Ep.	% 2.ºs Ep.	Óbitos Int.	Letalidade de Internamento Hospitalar (%)
Portugal Continental	683	610	549	61	73	10,69	12	1,97
Norte	340	296	261	35	44	12,94	3	1,01
Centro	159	139	122	17	20	12,58	0	0,00
LVT	143	137	131	6	6	4,20	7	5,11
Alentejo	8	8	8	0	0	0,00	...	12,50
Algarve	33	31	29	...	...	6,06	...	3,23

*diagnósticos principal e secundários

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

... Dado Confidencial
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

Quadro 30. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não orgânicas NCOP*, por ARS (2011)

Psicoses não orgânicas NCOP*								
	Ep. Int.	Indivíduos Int.	Indivíduos 1Int.	Indivíduos+1Int.	2.ºs Ep.	% 2.ºs Ep.	Óbitos Int.	Letalidade de Internamento Hospitalar (%)
Portugal Continental	2765	2590	2434	156	175	6,33	133	5,14
Norte	1083	1022	968	54	61	5,63	45	4,40
Centro	674	625	579	46	49	7,27	36	5,76
LVT	854	799	752	47	55	6,44	42	5,26
Alentejo	73	71	69	...	...	2,74	10	14,08
Algarve	81	75	70	5	6	7,41	0	0,00
*diagnósticos principal e secundários								

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

...Dados Confidencial

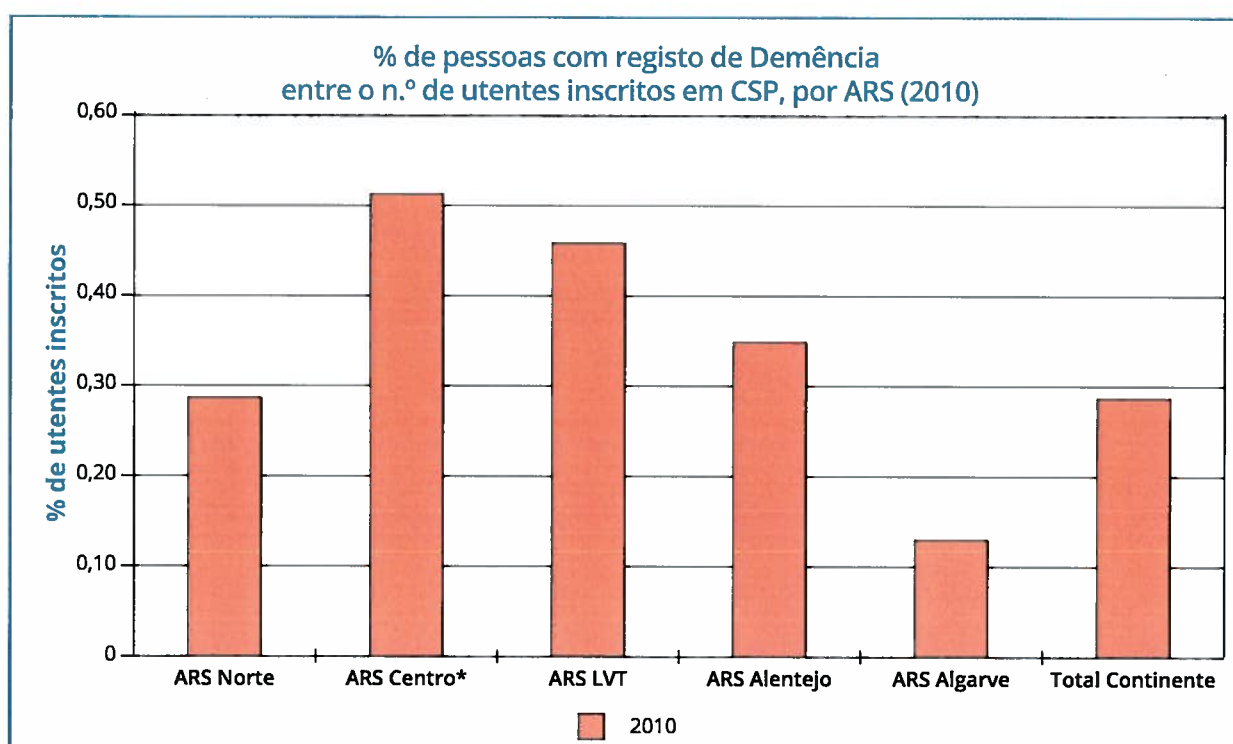
NCOP – não codificado em outra parte

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

4.2. Registo de utentes com perturbações mentais em Cuidados de Saúde Primários (CSP)

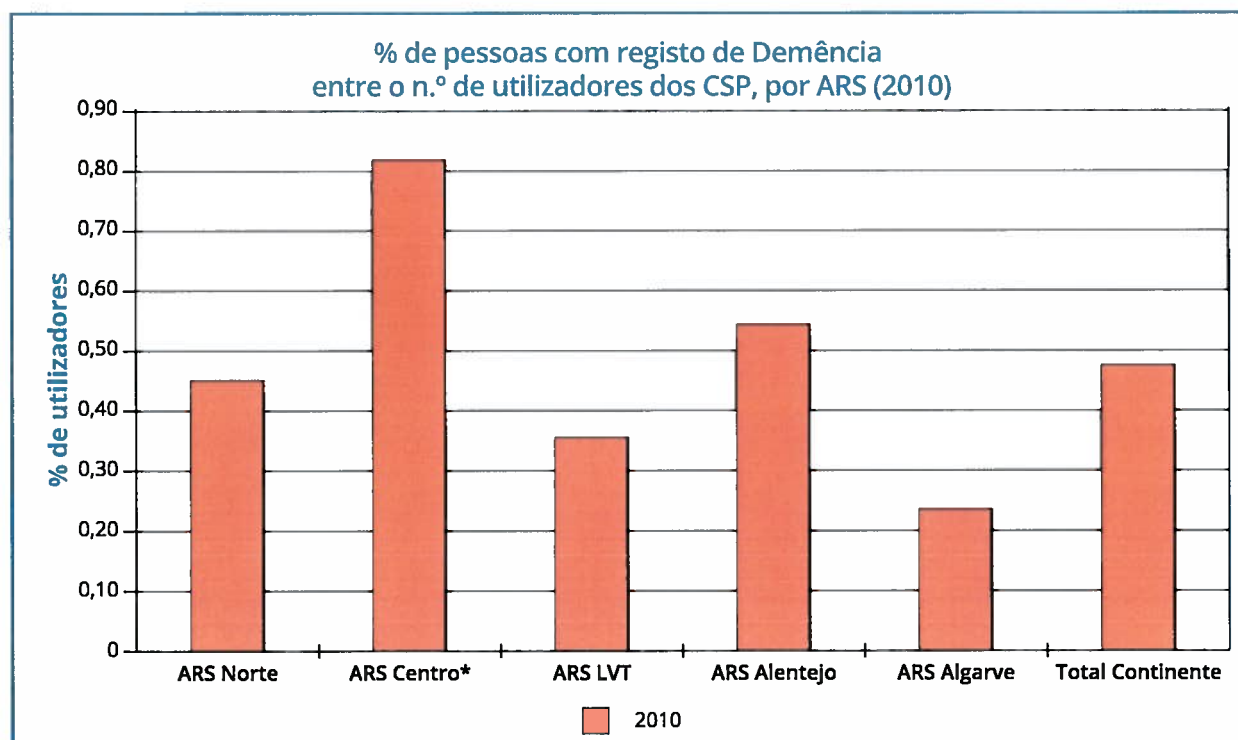
Dados a monitorizar por existir evidência de diferentes sensibilidades epidemiológicas que poderão influenciar a frequência do registo.

Figura 18. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010)



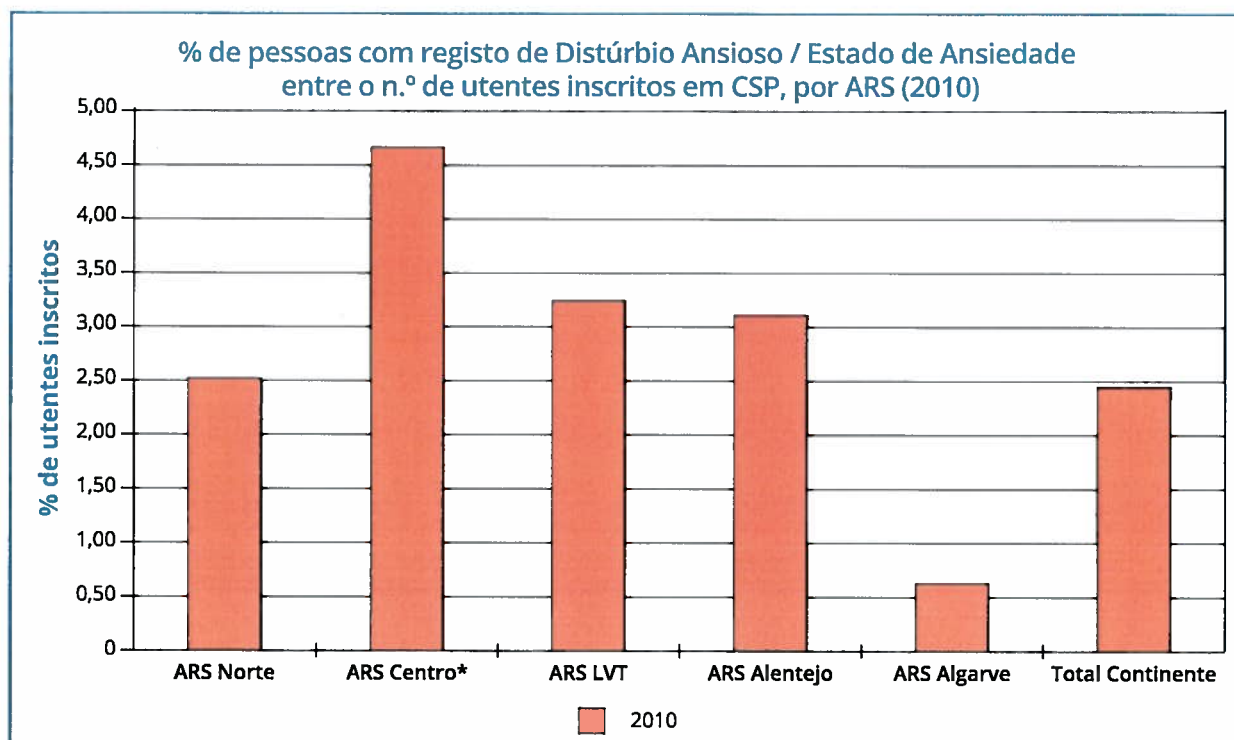
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Figura 19. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)



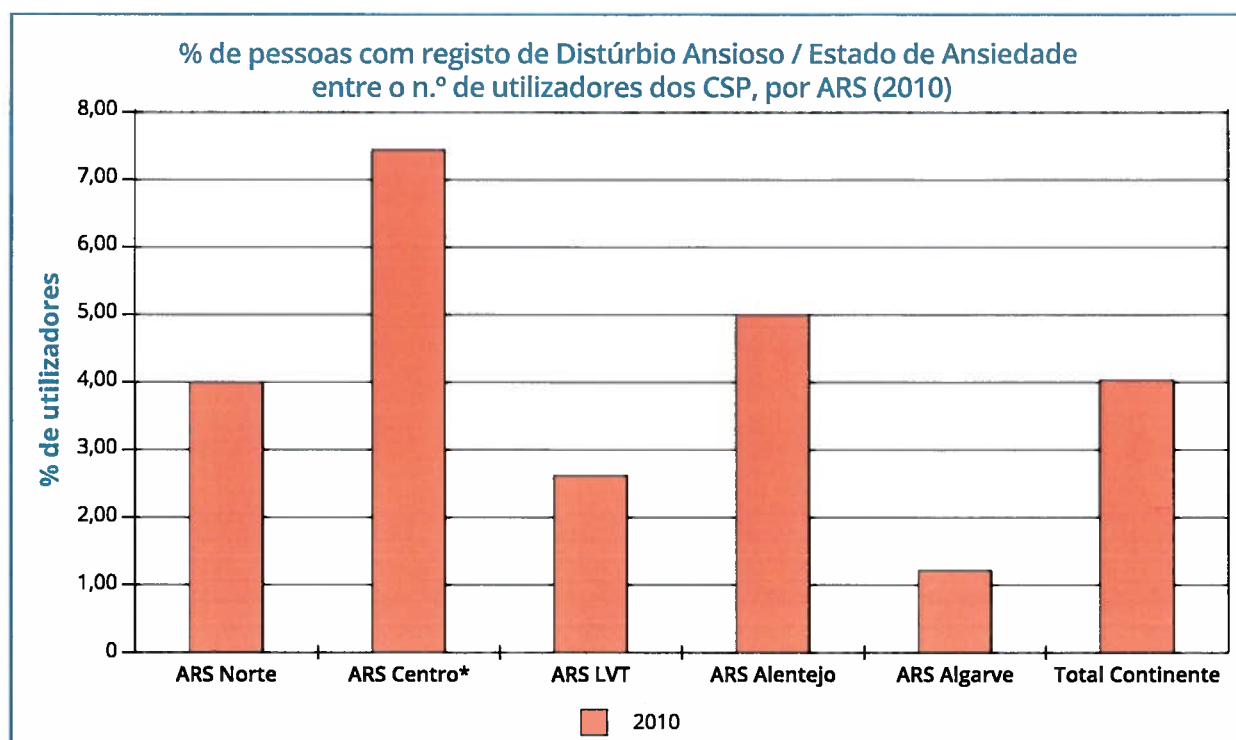
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Figura 20. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/Estado de ansiedade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010)



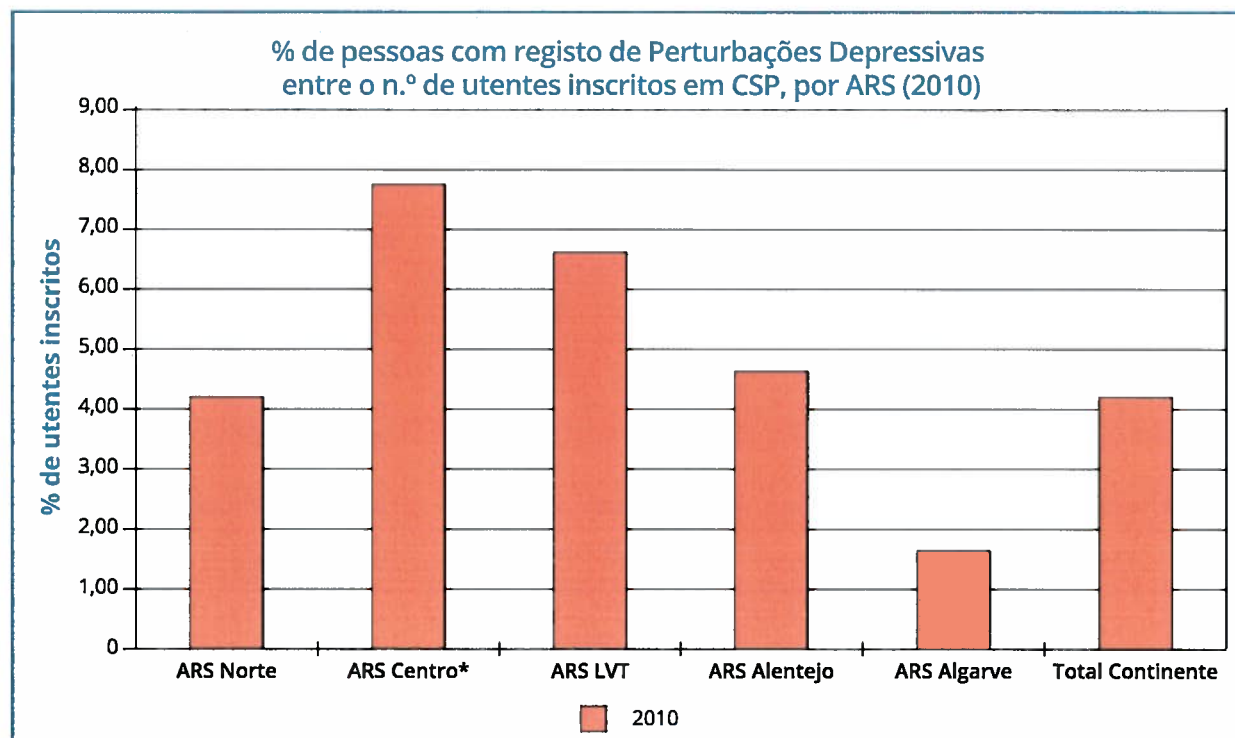
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Figura 21. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/ Estado de Ansiedade entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)



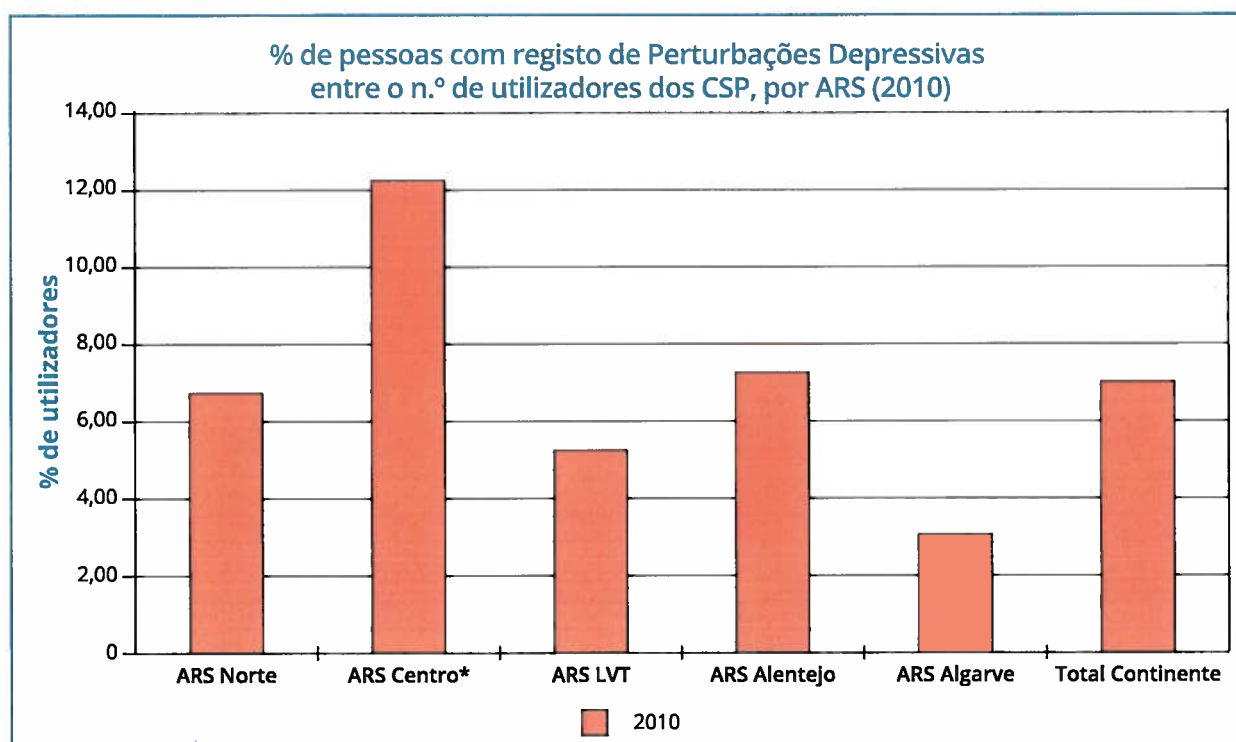
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Figura 22. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010)



* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

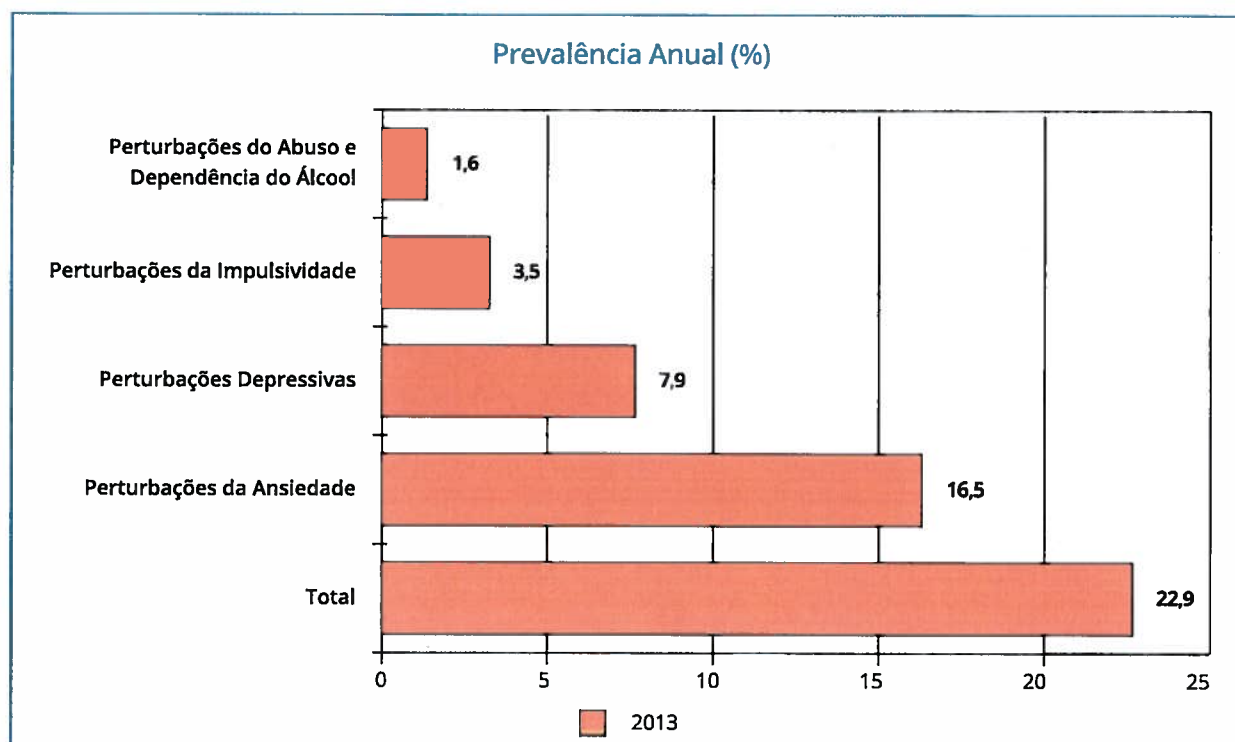
Figura 23. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)



* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

4.3. Prevalência de perturbações mentais

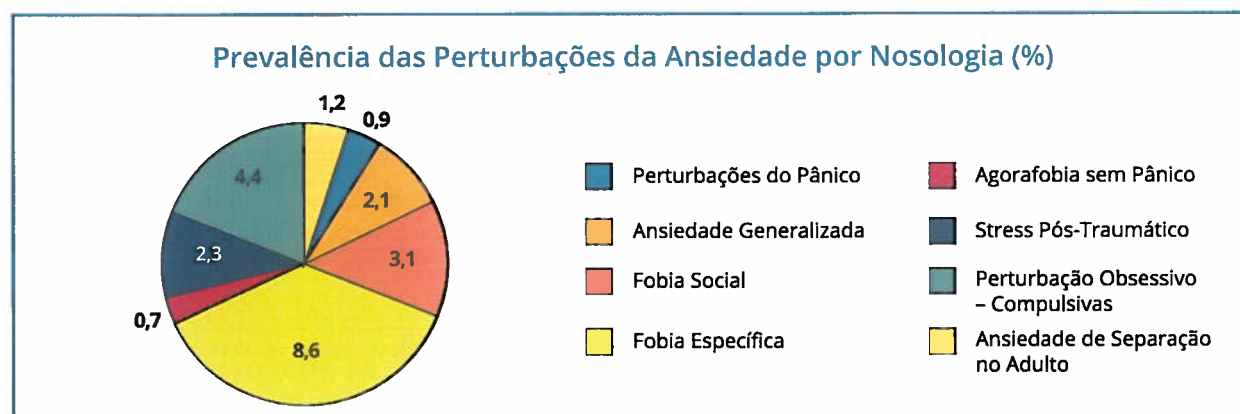
Figura 24. Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013)



Fonte: EENSM, 2013

O primeiro estudo de prevalência de perturbações mentais em adultos (EENSM, 2013), exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes, integrou o World Mental Health Survey Initiative, tendo o seu 1.º relatório agora publicado pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. O valor de prevalência anual encontrado (22,9%) é o mais elevado entre os 8 países da Europa integrados no estudo, sendo apenas suplantado no conjunto analisado pelos EUA (26,4%), posições relativas sobreponíveis com as que correlacionam aquelas taxas de prevalência com as taxas de desigualdades sociais e em saúde (ver Notas introdutórias).

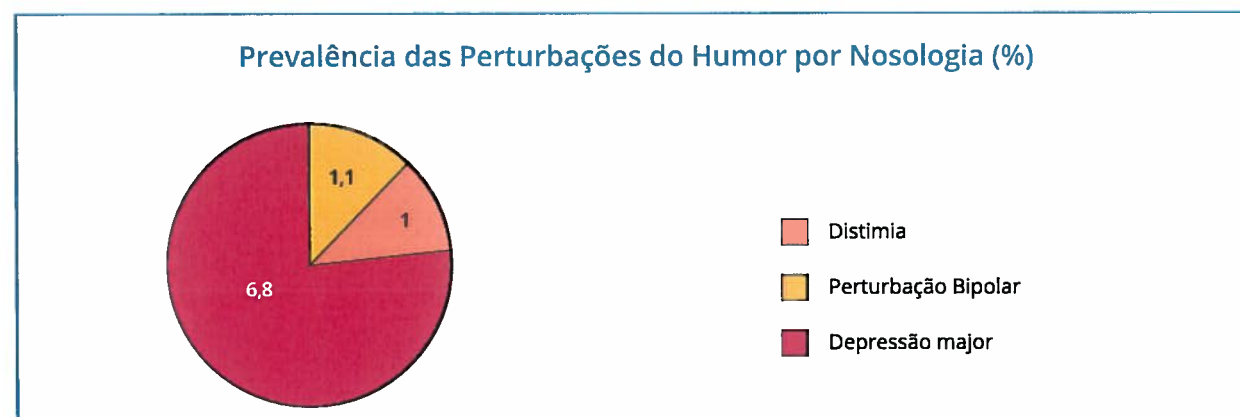
Figura 25. Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013)



Fonte: EENSM, 2013

Embora Portugal apresente a taxa mais elevada e destacada entre os países da Europa integrados na investigação em apreço, dada a comum reduzida repercussão na incapacidade para a atividade produtiva das entidades mais prevalentes (Fobias Específicas e Fobias Sociais), em princípio minoram-se parte das consequências das elevadas prevalências.

Figura 26. Prevalência das Perturbações do Humor por Nosologia, em Portugal (2013)

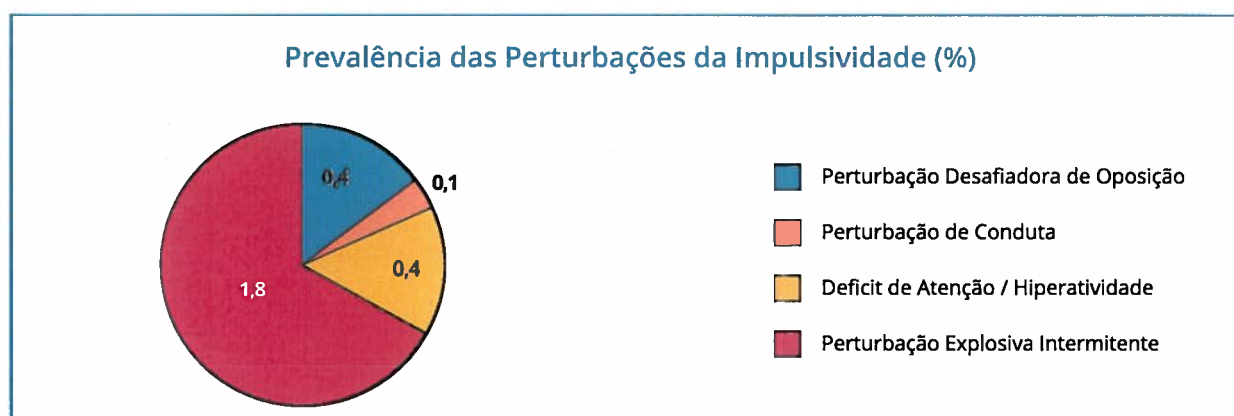


Fonte: EENSM, 2013

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

É o terceiro valor global do grupo nosológico entre os países Europeus (7,9%), que, como nos restantes, é suplantado pelo dos EUA. Sublinha-se a correlação clínica frequente entre suicídio e depressão maior.

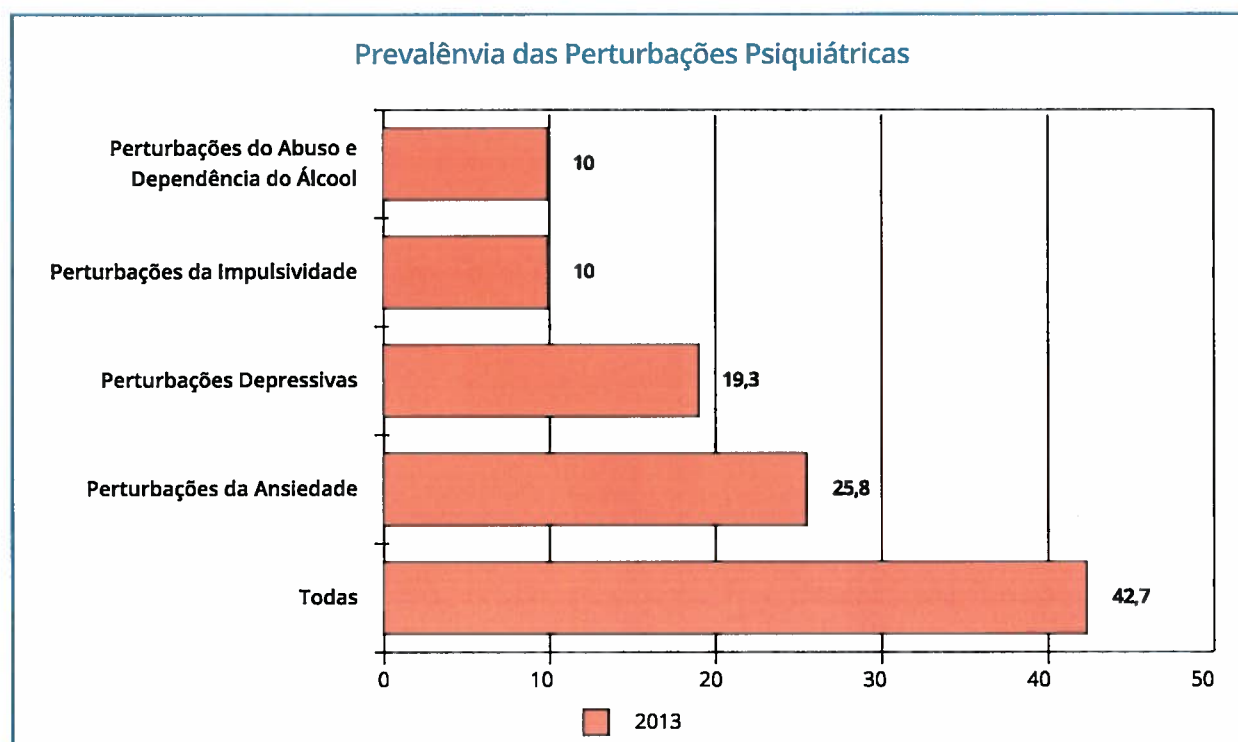
Figura 27. Prevalência das Perturbações da Impulsividade por Nosologia, em Portugal (2013)



Fonte: EENSM, 2013

Taxa igualmente mais elevada (3,5%) e destacada entre os países Europeus (exceto Ucrânia com 3,2%).

Figura 28. Prevalência de vida das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013)



Fonte: EENSM, 2013

Regista-se a taxa referente ao álcool (com prevalência anual de 1,6%), que evidencia a lenta repercussão na morbilidade psíquica por consumo continuado, Já as repercussões por consumo abusivo e de risco são sobretudo imediatas, com curtas mas potencialmente incisivas e graves repercussões – redução do controlo dos impulsos (desmandos de conduta com hetero e autoagressividade, comportamentos sexuais de risco, gravidezes indesejadas, em particular na adolescência), acidentes de viação e laborais, compromisso cognitivo e depressão (risco de precipitação suicidária, p.e. em situações de ideação prévia latente).

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 31. Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)

Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos				
	Perturbações Ligeiras	Perturbações Moderadas	Perturbações Graves	Todas
Perturbações da Ansiedade	5,3	8,0	3,2	16,5
Perturbações Depressivas	0,9	4,7	2,3	7,9
Perturbações da Impulsividade	9,7	2,2	0,7	3,5
Perturbações do Abuso e Dependência do Álcool	4,5	0,7	0,1	1,6

Fonte: EENSM, 2013

Enfatizam-se os valores moderados e graves nas perturbações ansiosas e depressivas e o risco de os ligeiros evoluírem se não existir diagnóstico e orientação terapêutica adequada em tempo útil.

Quadro 32. Distribuição do tipo de Tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013)

Distribuição do tipo de Tratamento por Gravidade da Perturbação					
	Perturbações Graves	Perturbações Moderadas	Perturbações Ligeiras	Nenhuma	Todas
Medicina Geral	47,1	23,8	10,2	5,7	9,8
Saúde Mental	38,9	14,9	8,3	3,6	6,6
Cuidados Médicos	66,1	33,8	16,2	8,6	14,4
Qualquer tipo Tratamento	66,4	35,1	18,2	9,0	15,5
Nenhum Tratamento	33,6	64,9	81,8	91,0	85,0

Fonte: EENSM, 2013

Sublinham-se quer as elevadas taxas de pessoas sem nenhum tratamento quer a confortável percentagem das graves com cuidados médicos.

Quadro 33. Percentagem de casos que iniciam tratamento no ano de início das queixas e mediana do atraso de tratamento, em Portugal (2013)

Percentagem de casos que iniciam tratamento no ano de início das queixas e mediana do atraso de tratamento		
	% Doentes que Inicia tratamento no ano do início das queixas	Mediana da duração do atraso (anos)
I. Perturbações da Ansiedade		
Perturbações Pânico	45.8	2
Perturbações Ansiedade Generalizada	34.3	3
Fobias Específicas	3.8	34
Fobia social	7.5	18
Todas Perturbações da Ansiedade	12.7	23
II. Perturbações Depressivas		
Depressão Major	37.8	4
Distímia	37.5	3
Perturbação Bipolar	27.1	6
Todas Perturbações Depressivas	35.3	5
III. Perturbações do Álcool		
Abuso Álcool	3.0	29
Abuso Álcool com Dependência	4.3	21
Todas Perturbações do Álcool	2.1	29

Fonte: EENSM, 2013

São particularmente preocupantes os intervalos de atraso médio no início de tratamento pelo decorrente sofrimento psíquico e, nas perturbações do humor, pela correlação com o risco de suicídio, bem como a dos problemas ligados ao álcool (PLA), eventualmente relacionados com a tolerância cultural, que alguns estudos evidenciam ser extensível aos profissionais de saúde que, em sequência, não terão atitude sistemática proactiva na sua prevenção, deteção e intervenção clínica adequada.

4.3.1. Análise Comparativa da Prevalência entre Portugal e outros países da Europa e EUA

Quadro 34. Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Comparação da Prevalência					
	Perturbações da Ansiedade	Perturbações Depressivas	Perturbações Impulsividade	Perturbações do Álcool	Todas
Portugal	16,5	7,9	3,5	1,6	22,9
Bélgica	6,9	6,2	1,0	1,2	12,0
França	12,0	8,5	1,4	0,7	18,4
Alemanha	6,2	3,6	0,3	1,1	9,1
Itália	5,8	3,8	0,3	0,1	8,2
Holanda	8,8	6,9	1,3	3,0	14,9
Espanha	5,9	4,9	0,5	0,3	9,2
Ucrânia	7,1	9,1	3,2	6,4	20,5
EUA	18,2	9,6	6,8	3,8	26,4

Fonte: EENSM, 2013

Para além do já exposto, sublinha-se (i) a provável correlação das posições relativas de Portugal com os níveis de desigualdades sociais, o que coresponsabiliza na sua génese sectores exteriores à Saúde, (ii) a necessidade de aprofundar o combate ao estigma e a promoção e a prevenção das doenças mentais, (iii) a necessidade de maior desenvolvimento da saúde mental comunitária e da articulação com os cuidados de saúde primários.

Quadro 35. Comparação da Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Comparação da Prevalência				
	Perturbações Ligeiras	Perturbações Moderadas	Perturbações Graves	Todas
Portugal	7,3	11,6	4,0	22,9
Bélgica	6,4	3,3	2,4	12,0
França	9,7	6,1	2,7	18,4
Alemanha	4,5	3,3	1,2	9,1
Itália	4,3	2,9	1,0	8,2
Holanda	8,8	3,7	2,3	14,9
Espanha	5,3	2,9	1,0	9,2
Ucrânia	8,2	7,4	4,8	20,5
EUA	9,2	9,4	7,7	26,4

Fonte: EENSM, 2013

Os valores comparados com os nossos pares geográficos e culturais, sobretudo nos grupos de perturbações “moderadas” e “graves”, enfatizam o considerado no quadro anterior.

Quadro 36. Comparação da Percentagem de Perturbações Psiquiátricas nos Adultos com Tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal, alguns países da Europa e nos EUA (2013)

Comparação da % de Tratamento					
	Perturbações Ligeiras	Perturbações Moderadas	Perturbações Graves	Nenhuma	Todas
Portugal	16,2	33,8	66,1	8,6	14,4
Bélgica	28,2	50,0	53,9	7,2	11,0
França	22,3	35,7	63,3	7,8	12,4
Alemanha	27,9	30,5	49,7	5,4	7,8
Itália	18,9	30,5	...	2,4	4,5
Holanda	26,5	35,0	50,2	6,9	10,7
Espanha	35,2	37,9	64,5	4,0	7,3
Ucrânia	7,1	17,1	19,7	2,6	4,9
EUA	22,5	34,1	52,3	8,1	15,3

Fonte: EENSM, 2013

Afigura-se confortável o valor nas Perturbações "Graves" ao contrário do verificado nas restantes, pelo risco de agravamento por ausência de tratamento. Este padrão questiona os graus de estigma sociocultural em relação às perturbações mentais e o de acessibilidade aos cuidados especializados.

Quadro 37. Percentagem de Perturbações Psiquiátricas Graves que receberam Tratamento Mínimo adequado nos últimos 12 meses, em Portugal e alguns países da Europa (2011)

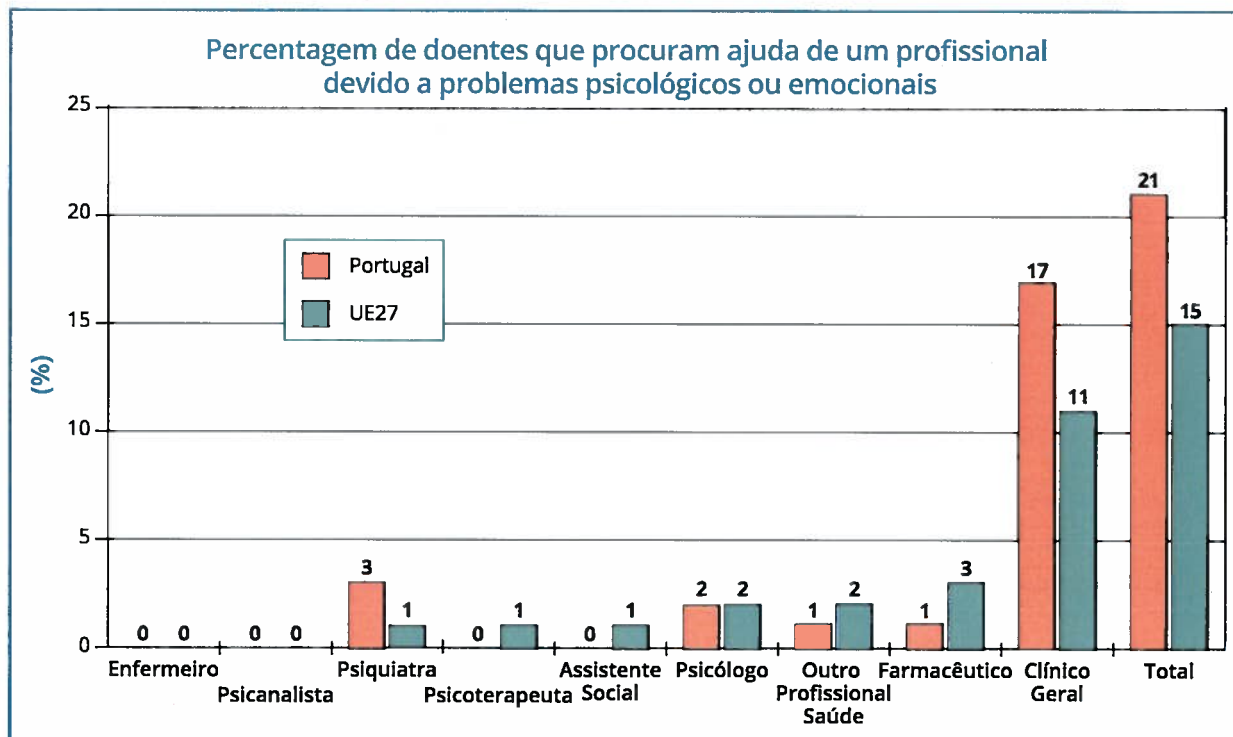
	% de Perturbações Graves
Bélgica	42,5
Bulgária	33,3
França	57,9
Alemanha	67,3
Holanda	67,2
Portugal	43,2
Espanha	47,5

Fonte: Wang et al, 2011, in EENSM, 2013,

Trabalho de autor reputado cujos resultados vêm em linha com os dados do estudo em apreço.

PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Figura 29. Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais, Portugal e UE27 (2010)



Fonte: Eurobarómetro 345, 2010

Estes resultados evidenciam que em Portugal, comparado com o resto da UE:

- há, em média, três vezes mais recursos a psiquiatras, igual valor a psicólogos e 1/3 a farmacêuticos;
- a maioria das pessoas com problemas de saúde mental recorre tendencialmente à Medicina Geral e Familiar e de modo mais expressivo do que no resto da UE, o que reforça a importância, na perspectiva de uma melhor eficácia de intervenção, da regular e efetiva articulação entre as Equipas Comunitárias de Saúde Mental e os Cuidados de Saúde Primários, tendo em vista o potenciar das capacidades diagnósticas e terapêuticas dos profissionais de Medicina Geral e Familiar.