

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.: 218 430 050
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 participação 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.

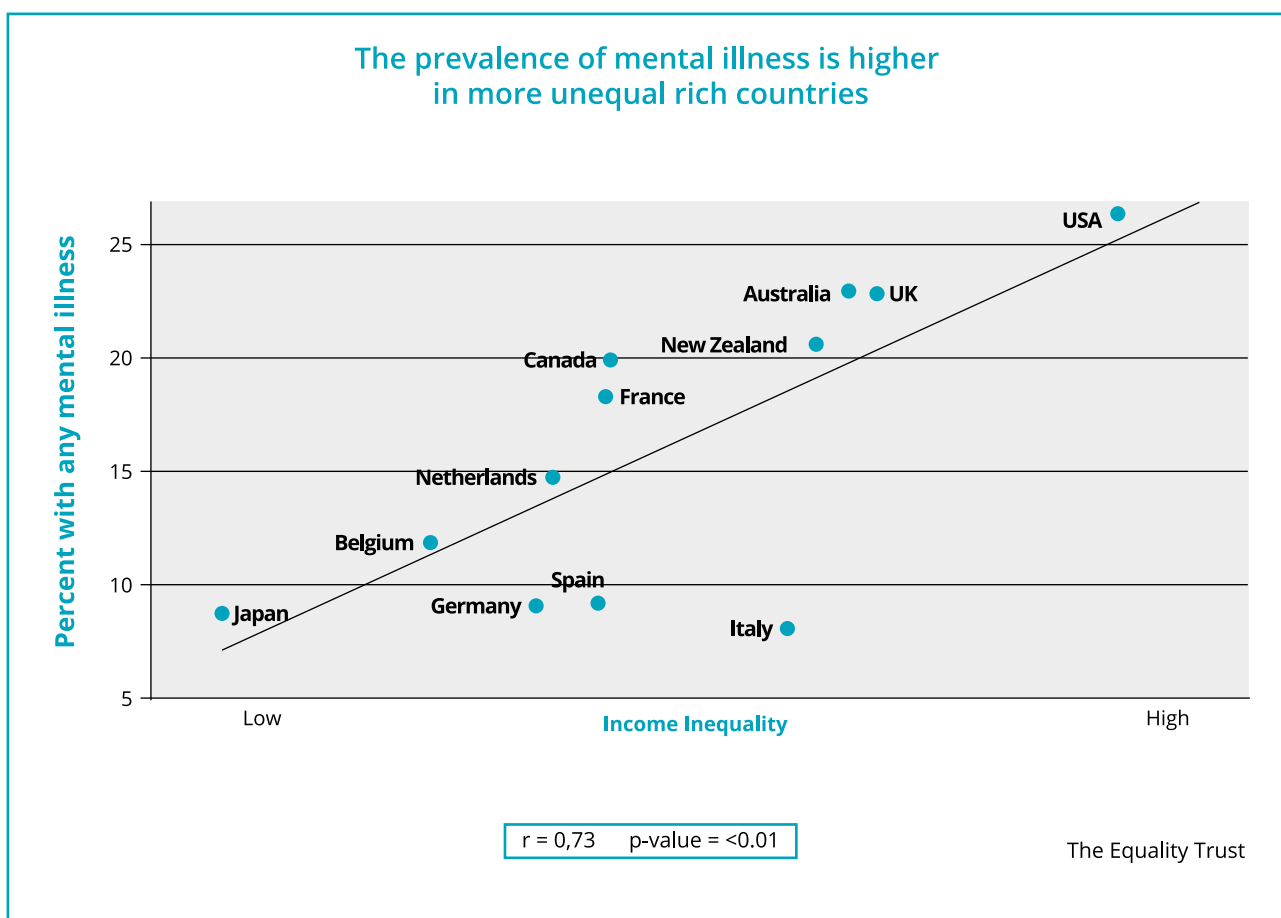
Com esta publicação, pela primeira vez em Portugal é possível à Saúde Mental apresentar-se em relativa paridade com as outras áreas da Saúde, em particular as que ombreiam o estatuto de prioritárias, através de programas nacionais específicos da Direção-Geral da Saúde. Para tal contribuiu a divulgação, 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.

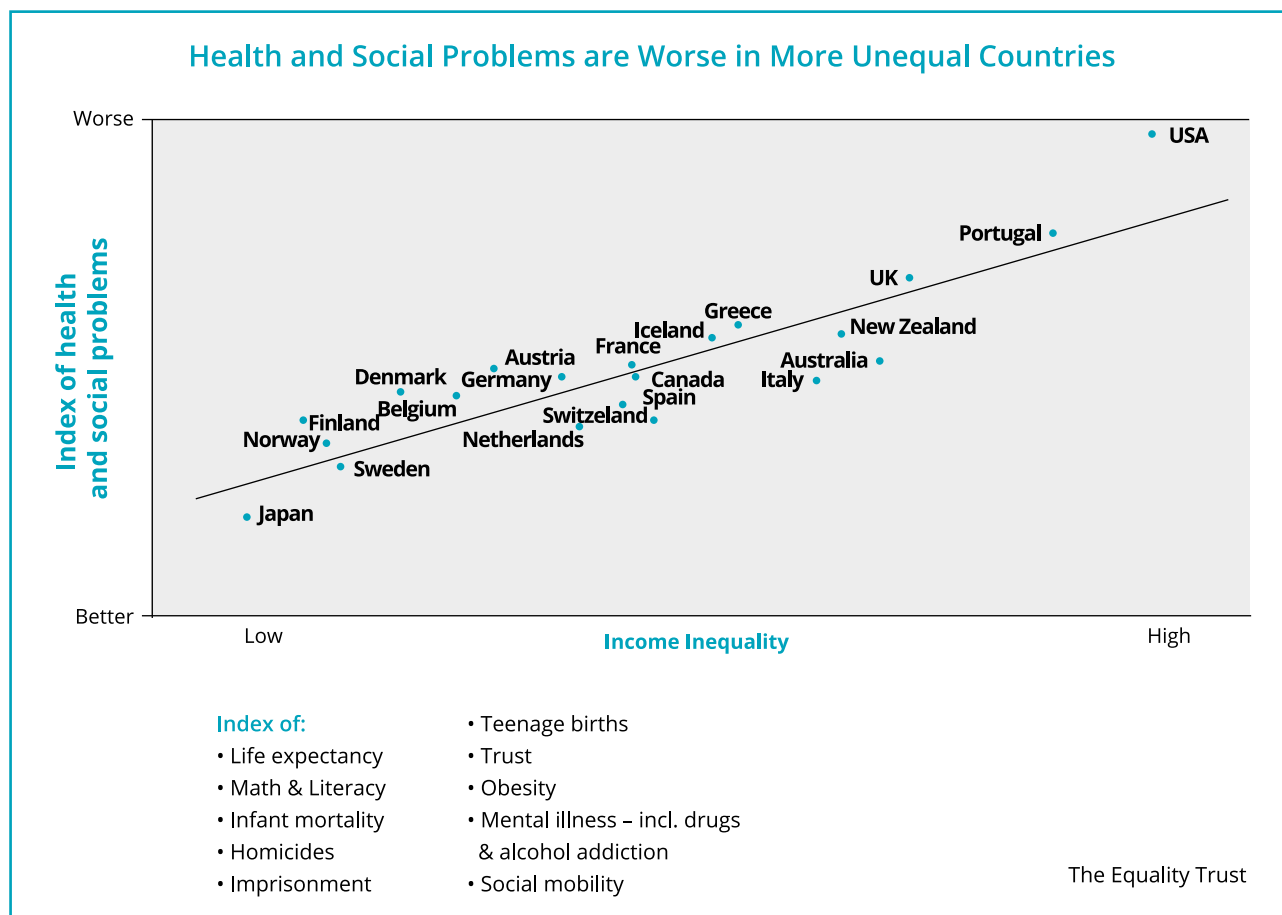
Como também foi tornado público na divulgação dos resultados preliminares, Portugal apresentou o resultado de prevalência mais elevado dos oito países da Europa que integraram o painel (22,9%), sendo o 2.º a nível mundial dos nove então divulgados (depois dos EUA, com 26,4%), situação tão mais preocupante 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 perspectiva 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 perspectiva 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)

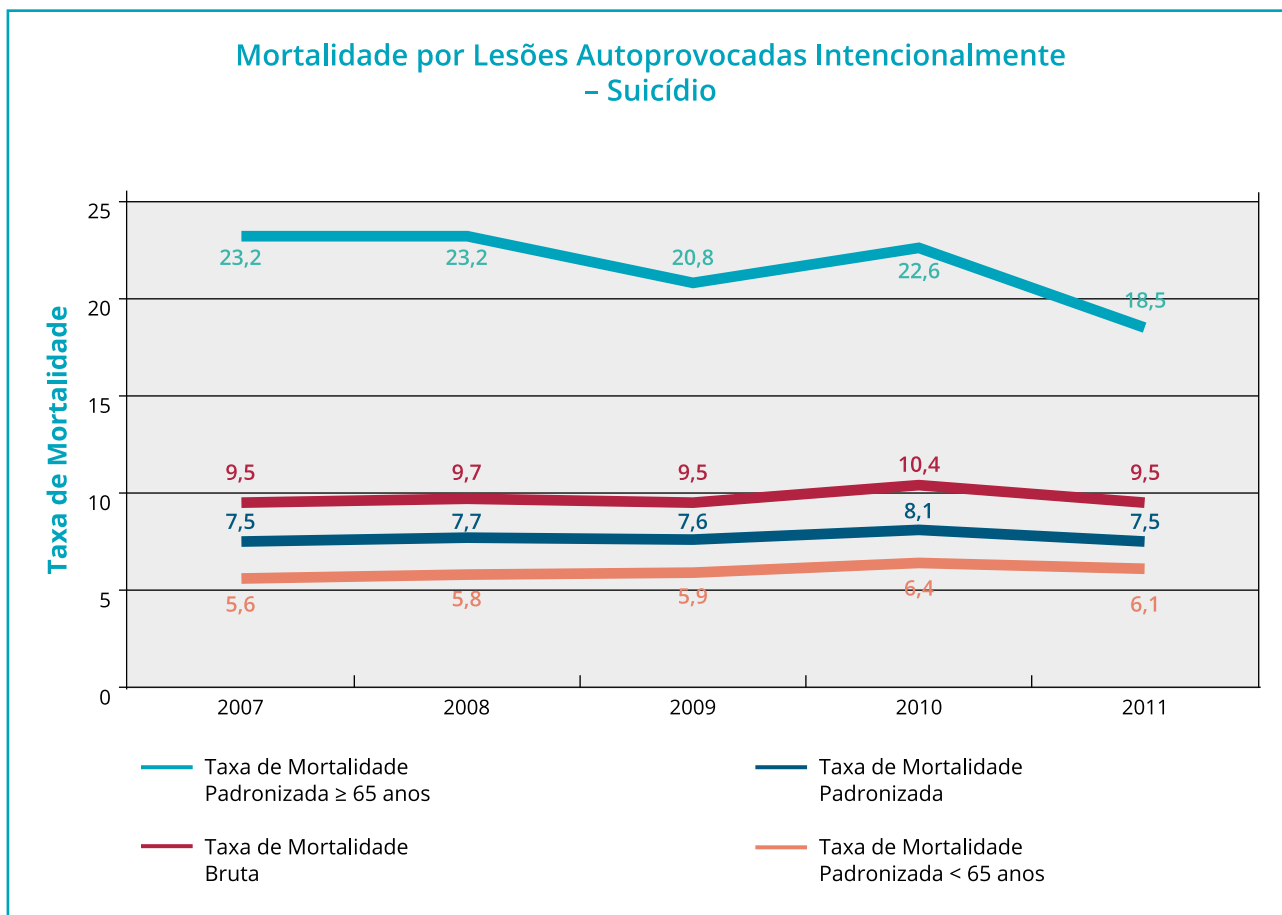
Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio)					
	2007	2008	2009	2010	2011
Número de óbitos	952	976	957	1049	951
Taxa de mortalidade bruta	9,5	9,7	9,5	10,4	9,5
Taxa de mortalidade padronizada	7,5	7,7	7,6	8,1	7,5
Taxa de mortalidade padronizada <65 anos	5,6	5,8	5,9	6,4	6,1
Taxa de mortalidade padronizada ≥ 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

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

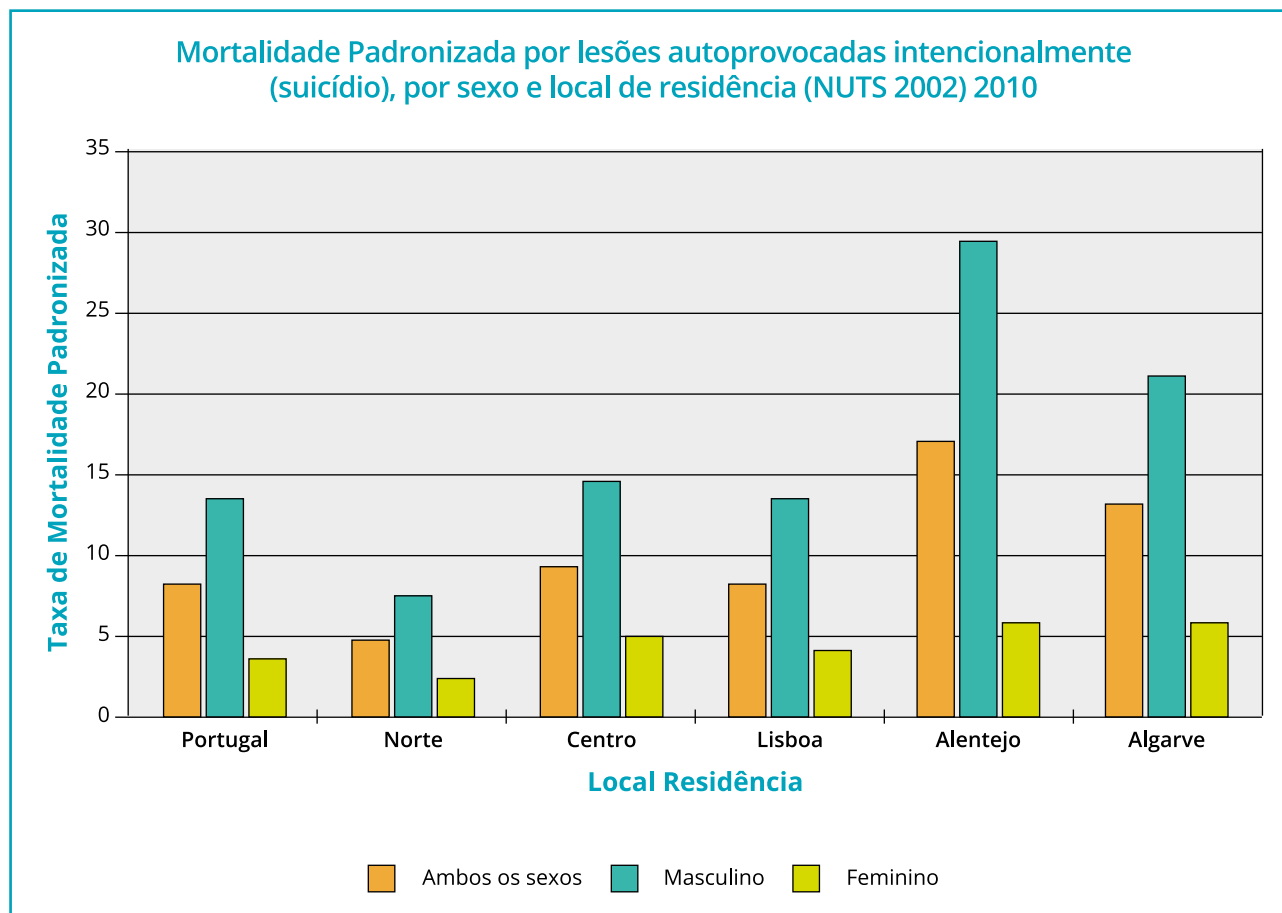
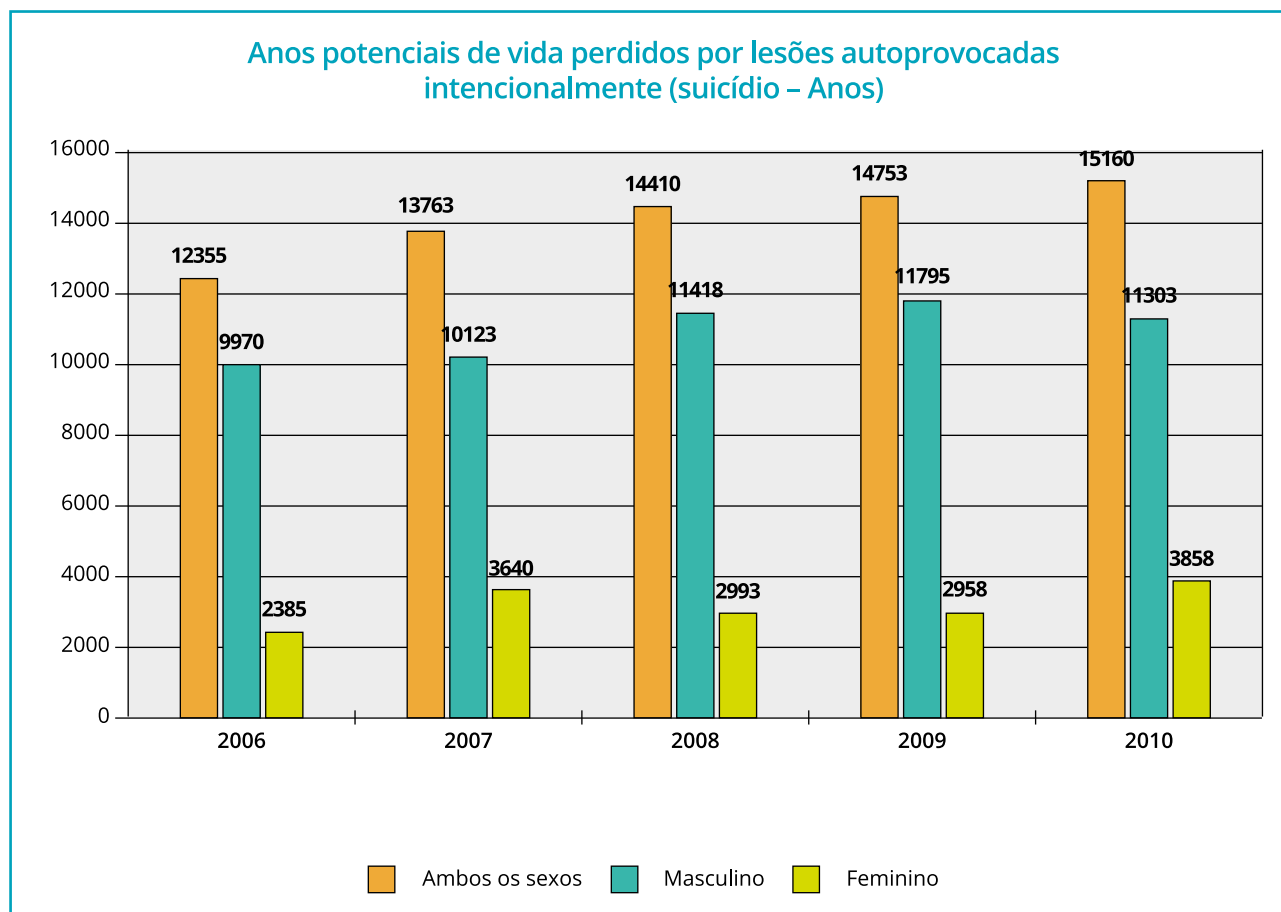


Figura 5. Anos potenciais de vida perdidos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e local de residência (NUTS - 2002), (2006 a 2010)



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

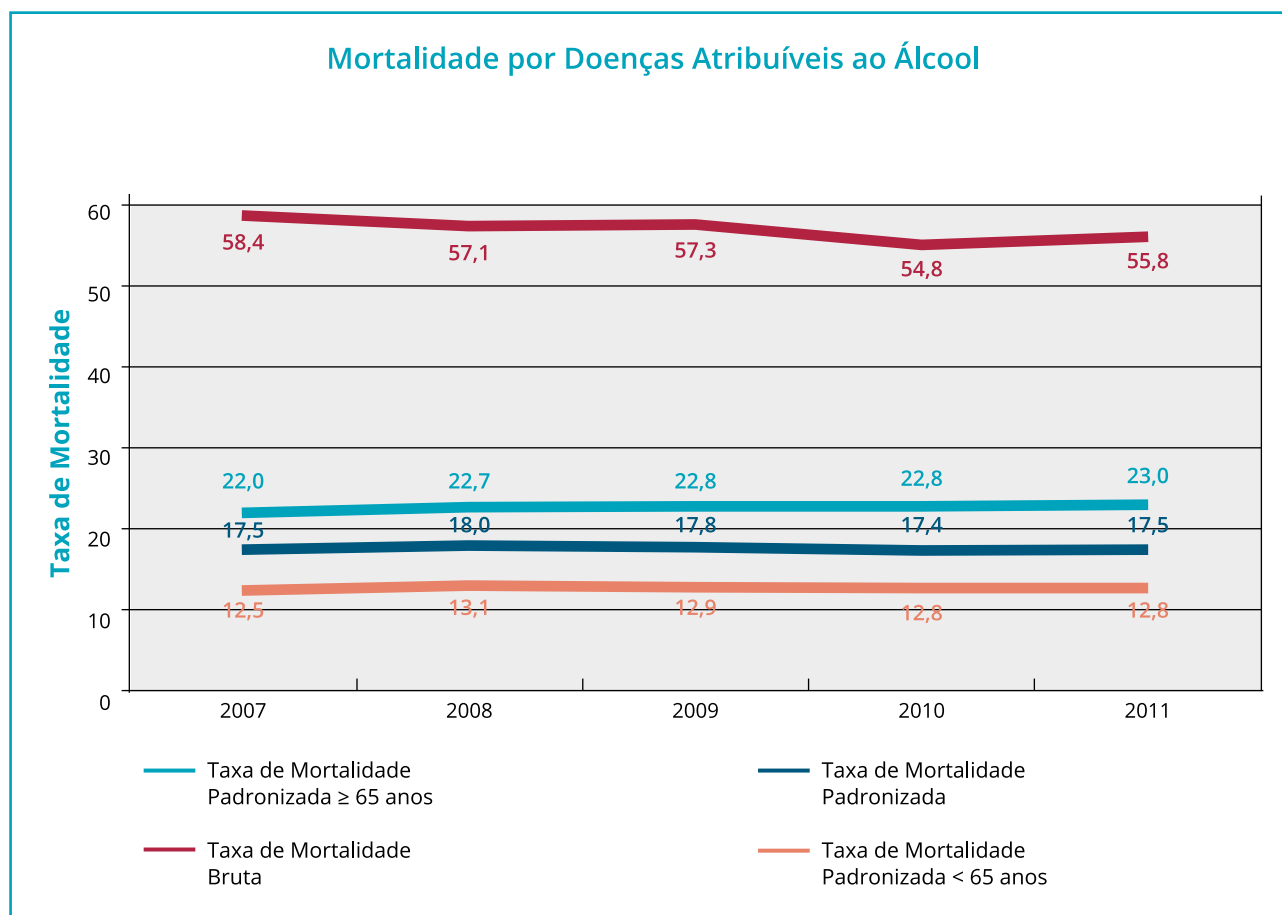
Quadro 2. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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

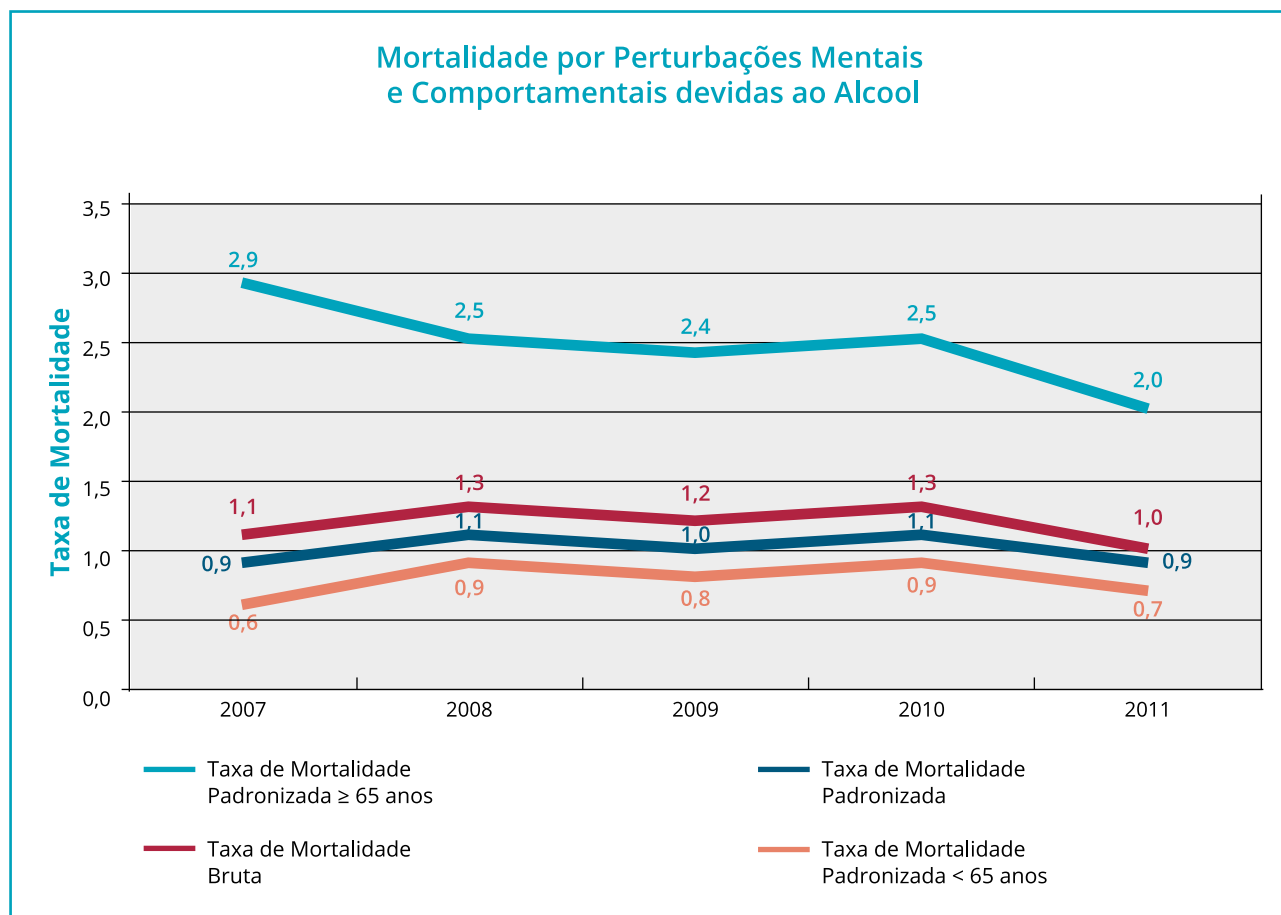
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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

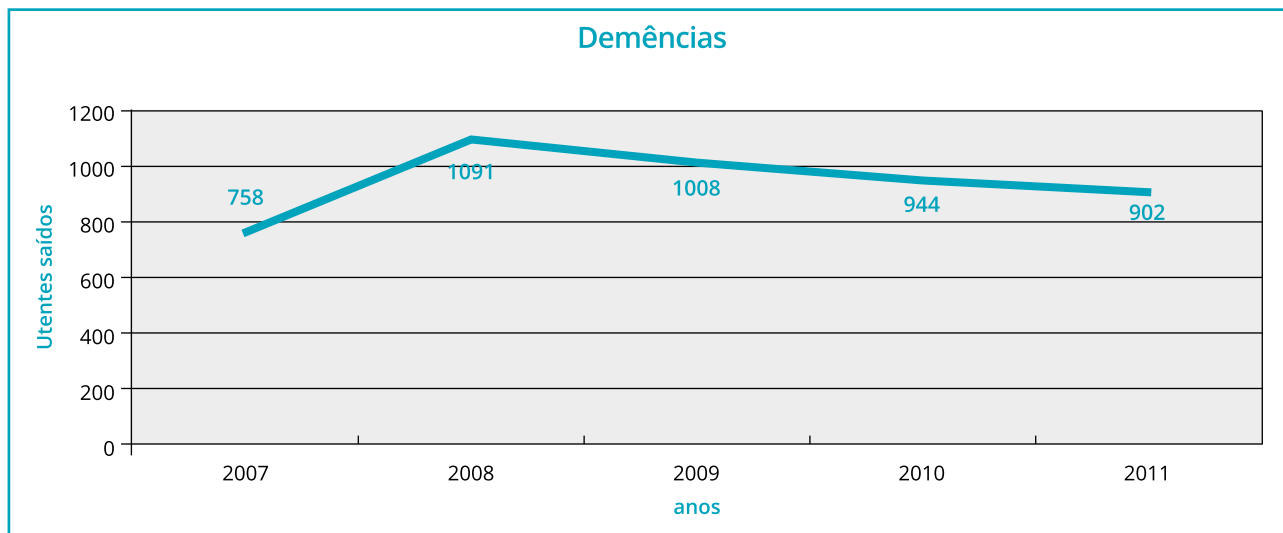
4.1.1. Caracterização da produção hospitalar associada a perturbação mental entre 2007 e 2011

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

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

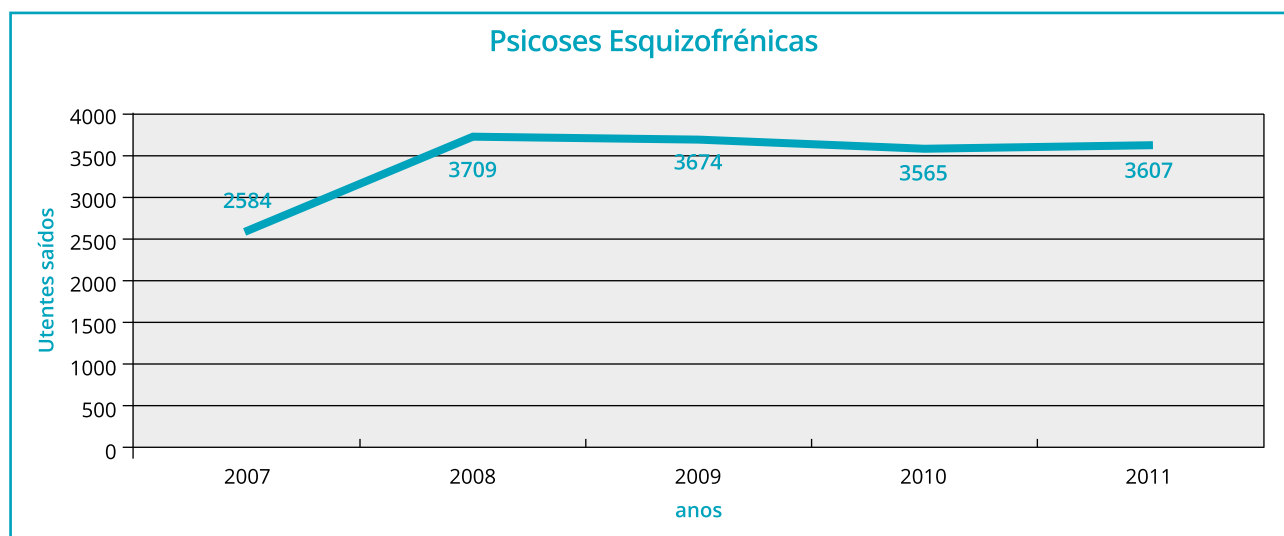
As perturbações psicóticas são as entidades nosológicas psiquiátricas tradicionalmente com maior recurso ao internamento. A redução do total de episódios é expectável com o aprofundamento da inserção comunitária e a criação de mais estruturas de reabilitação psicossocial, nomeadamente com a esperada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

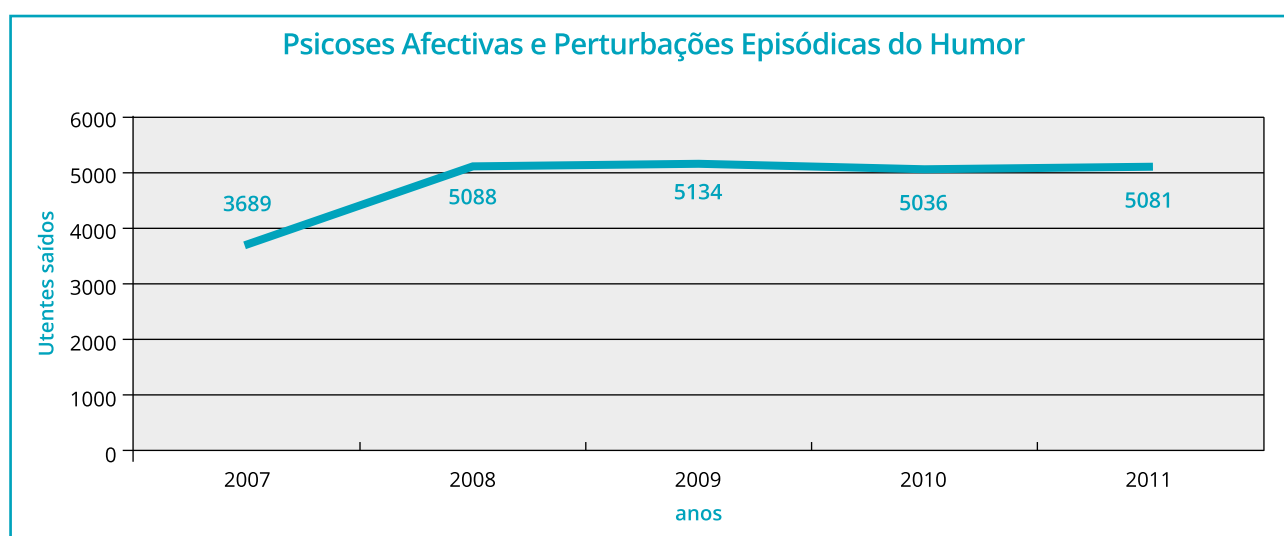
Quadro 16. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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 conseqüente 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)



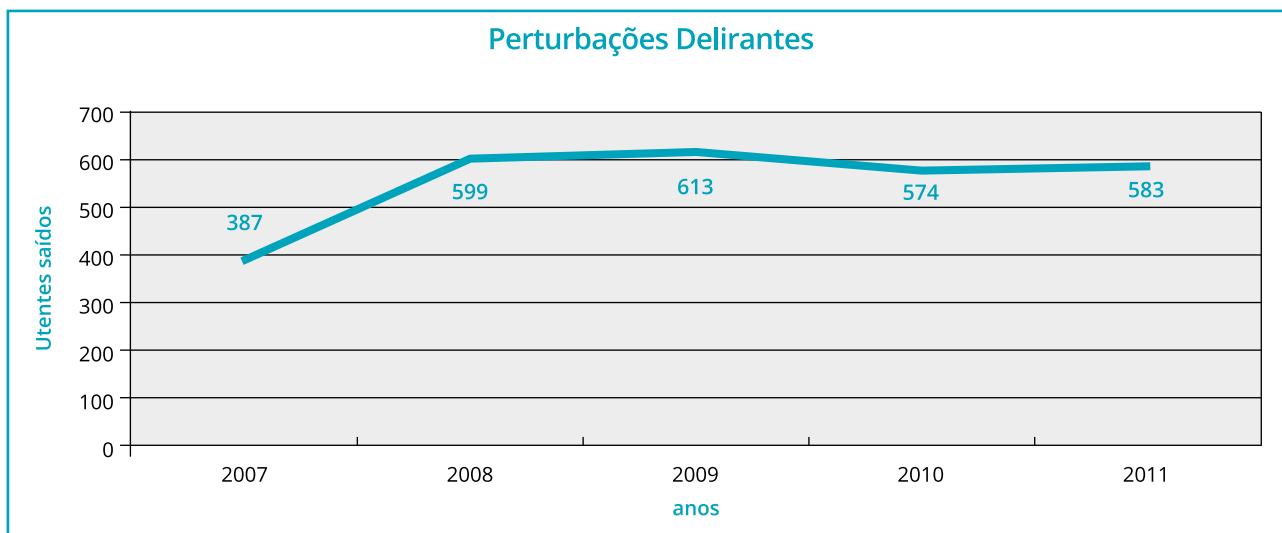
Fonte: GDH´s – ACSS/DGS 2013

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

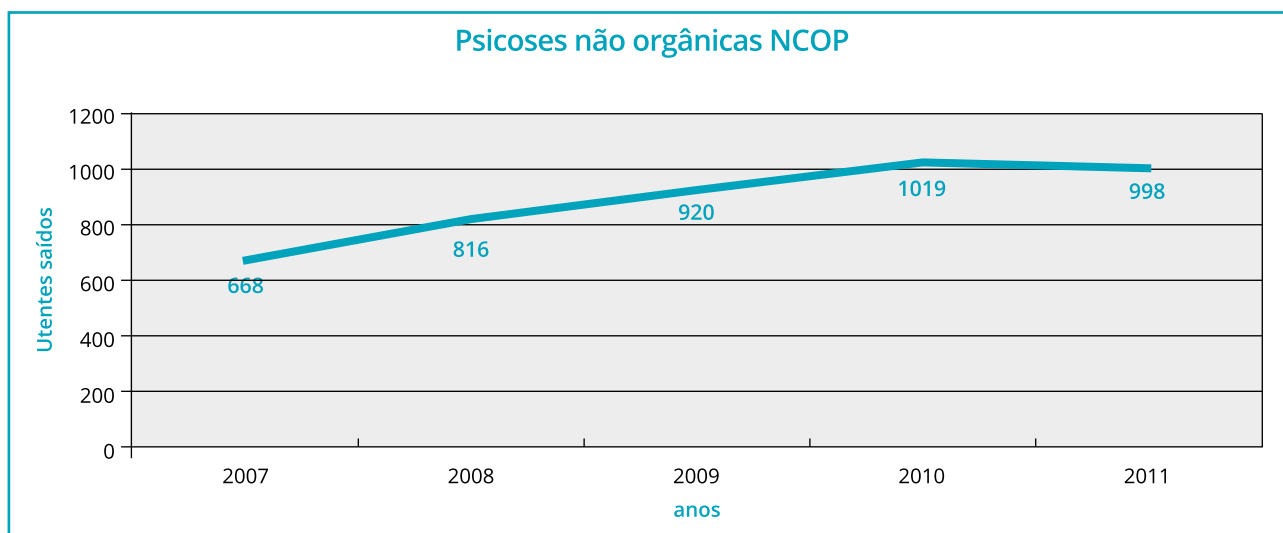
PORTUGAL SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

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 nosologias com reduzido potencial de incapacidade para a atividade produtiva, em que o recurso a internamento será pressupostamente residual.

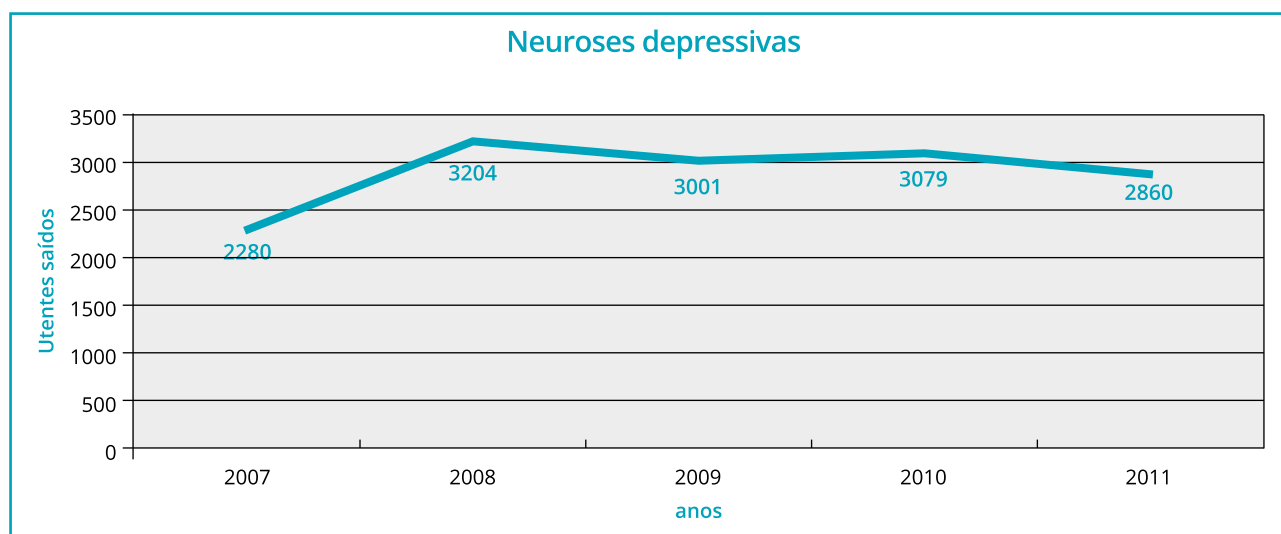
Quadro 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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

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

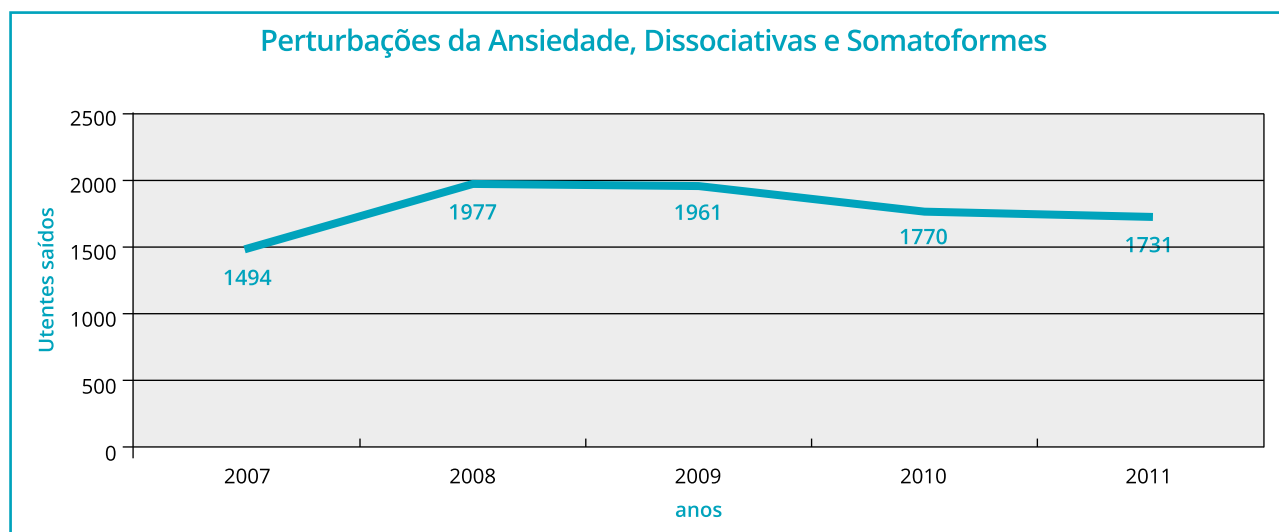
Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses excepto as depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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	...

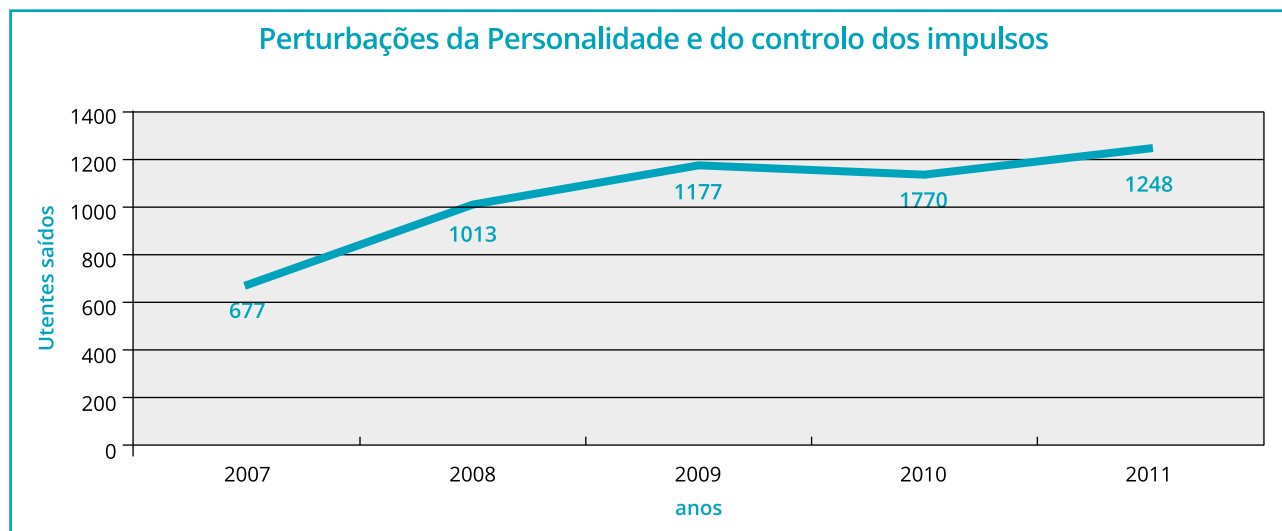
... Dado confidencial

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)



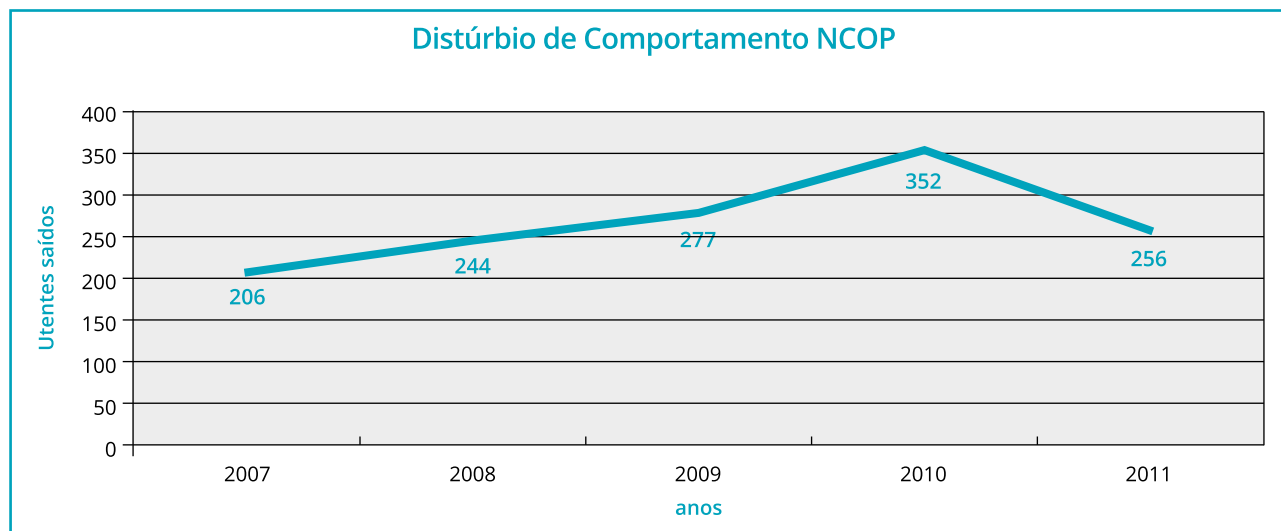
Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

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

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.

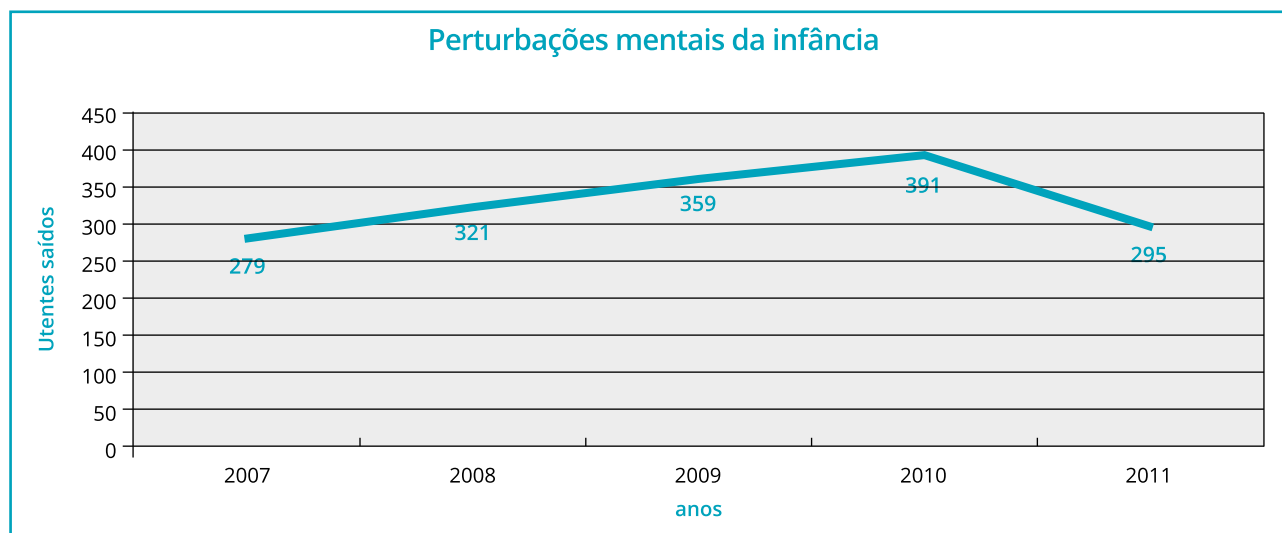
Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011)

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

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 Psicose Esquizofrénicas*, por ARS (2011)

Psicose 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

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 Psicose não orgânicas NCOP*, por ARS (2011)

Psicose 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

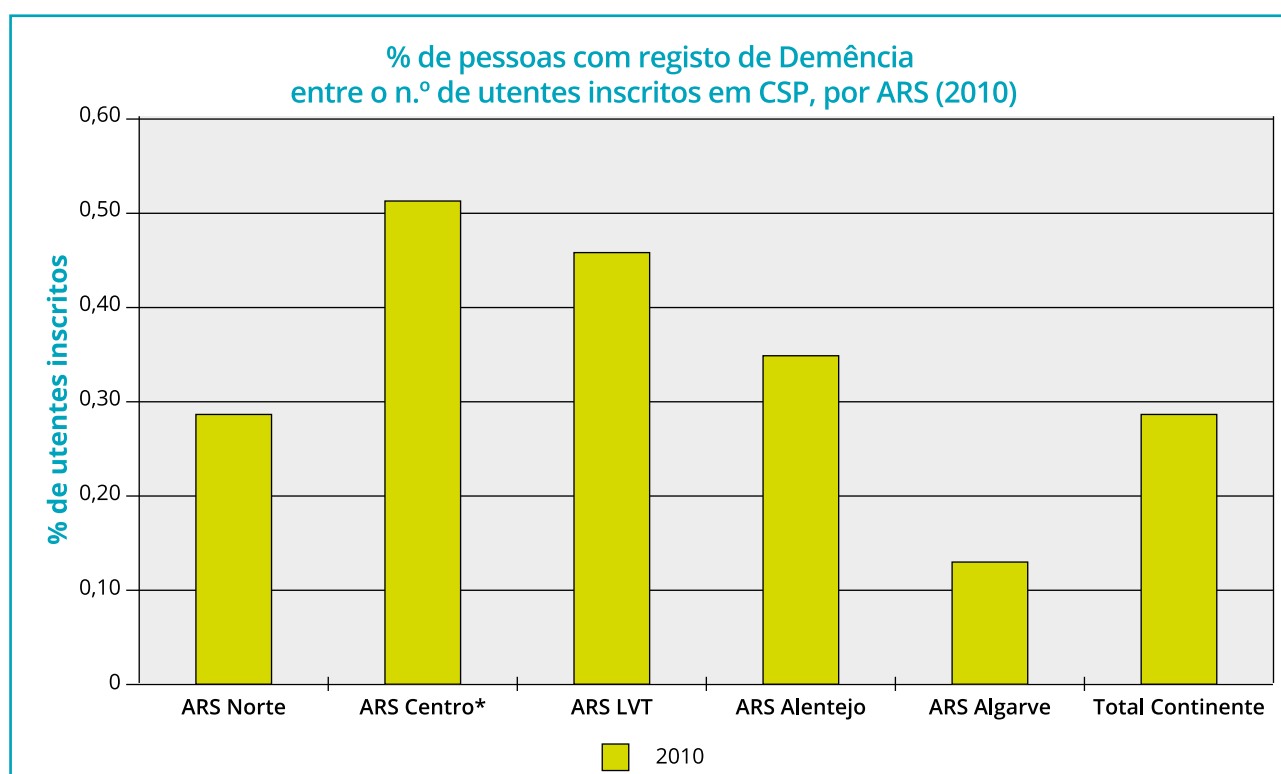
NCOP – não codificado em outra parte

Fonte: GDH's – ACSS/DGS 2013

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

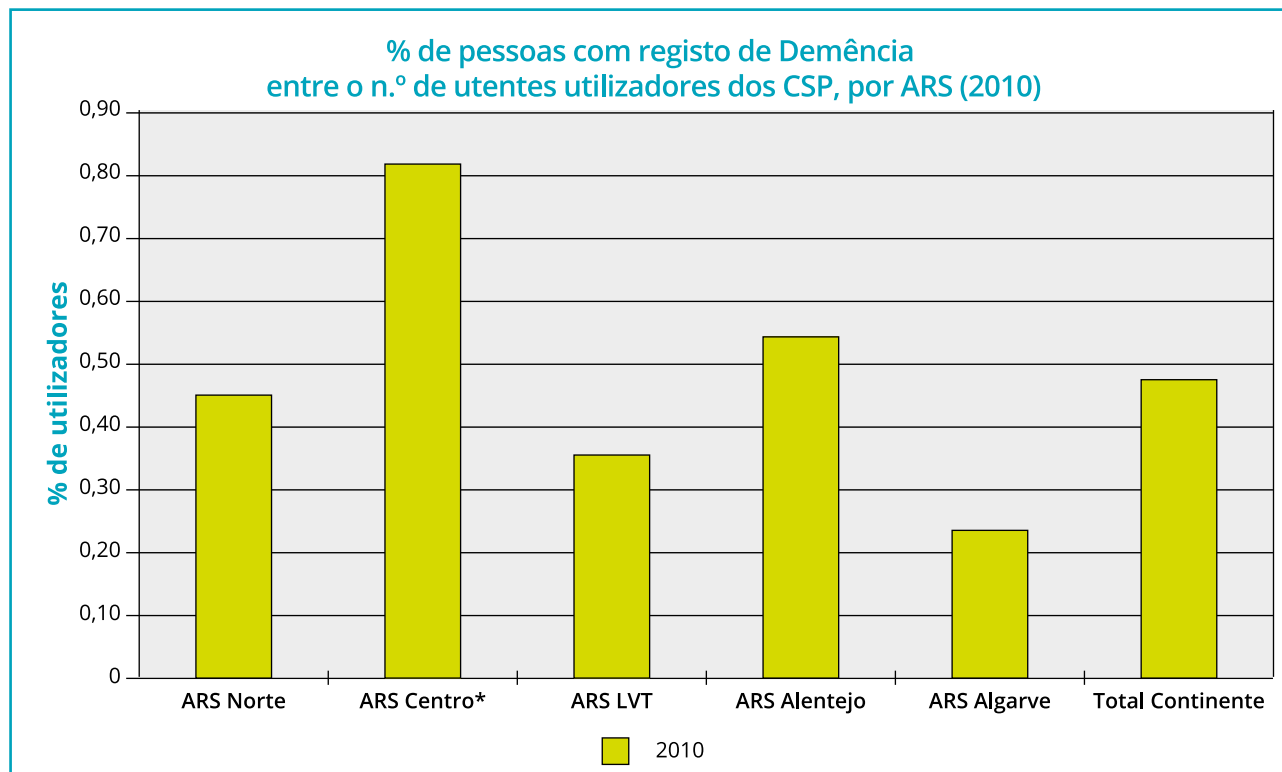
Dados a monitorizar por existir evidência de diferentes sensibilidades epidemiológicas que poderão influenciar a frequência do registo.

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



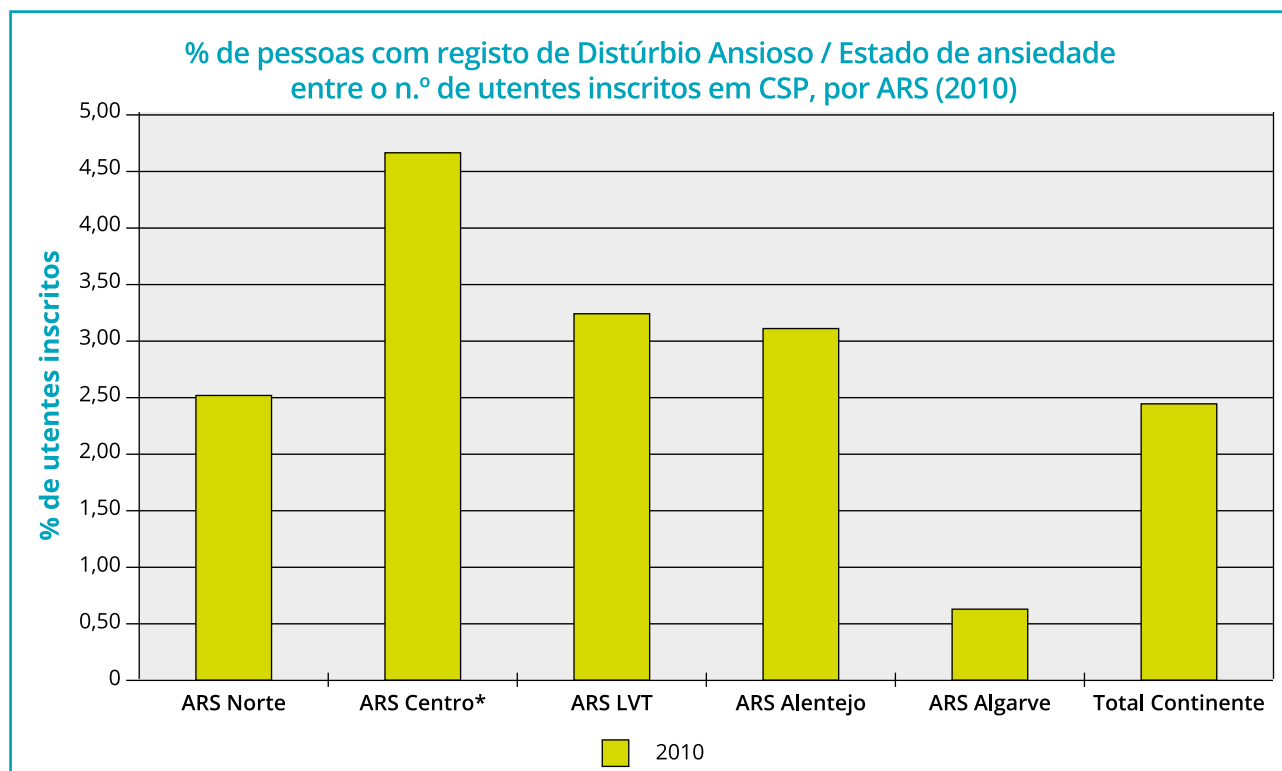
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

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



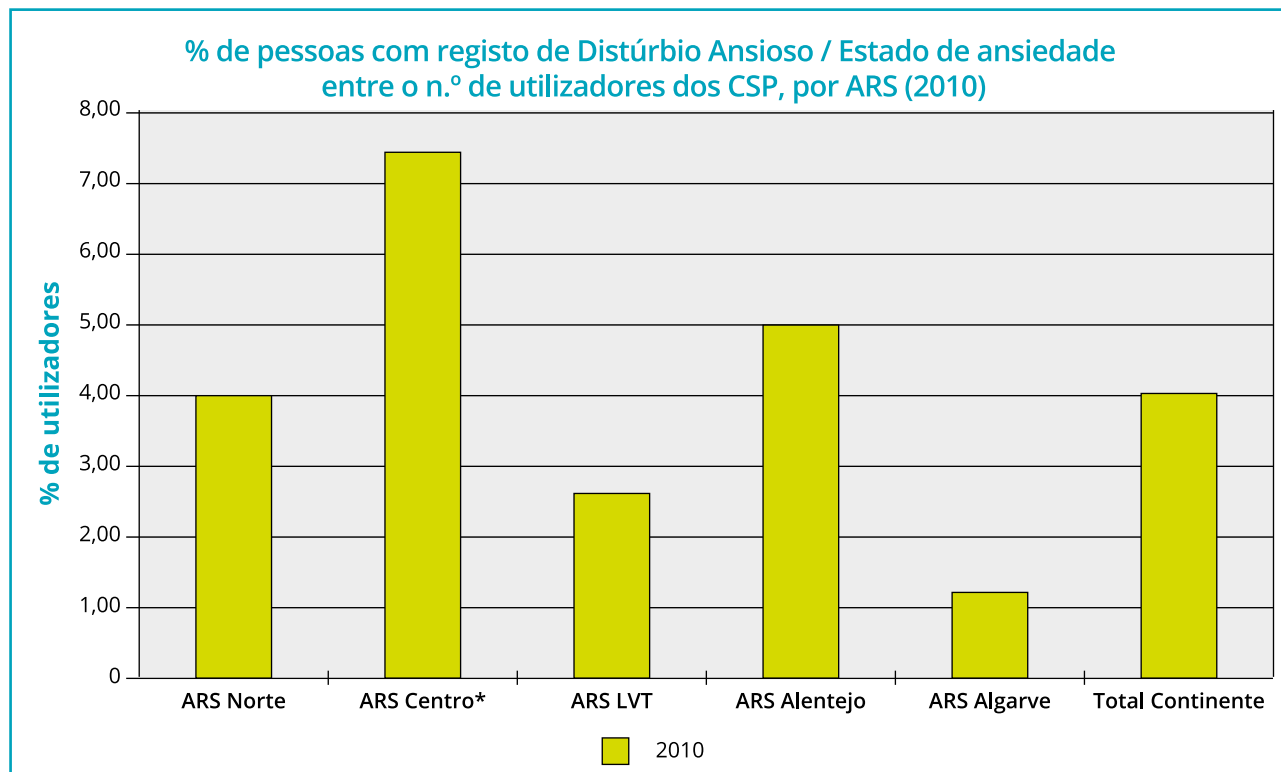
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

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



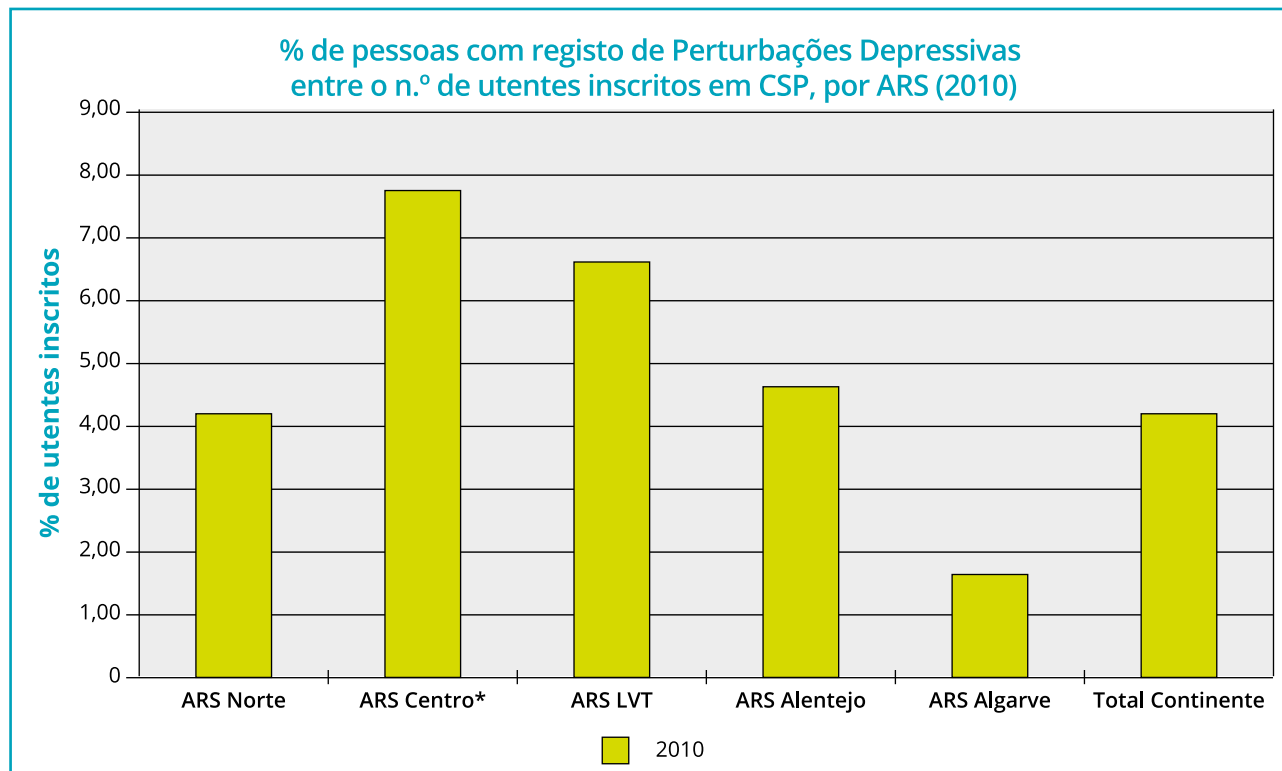
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

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



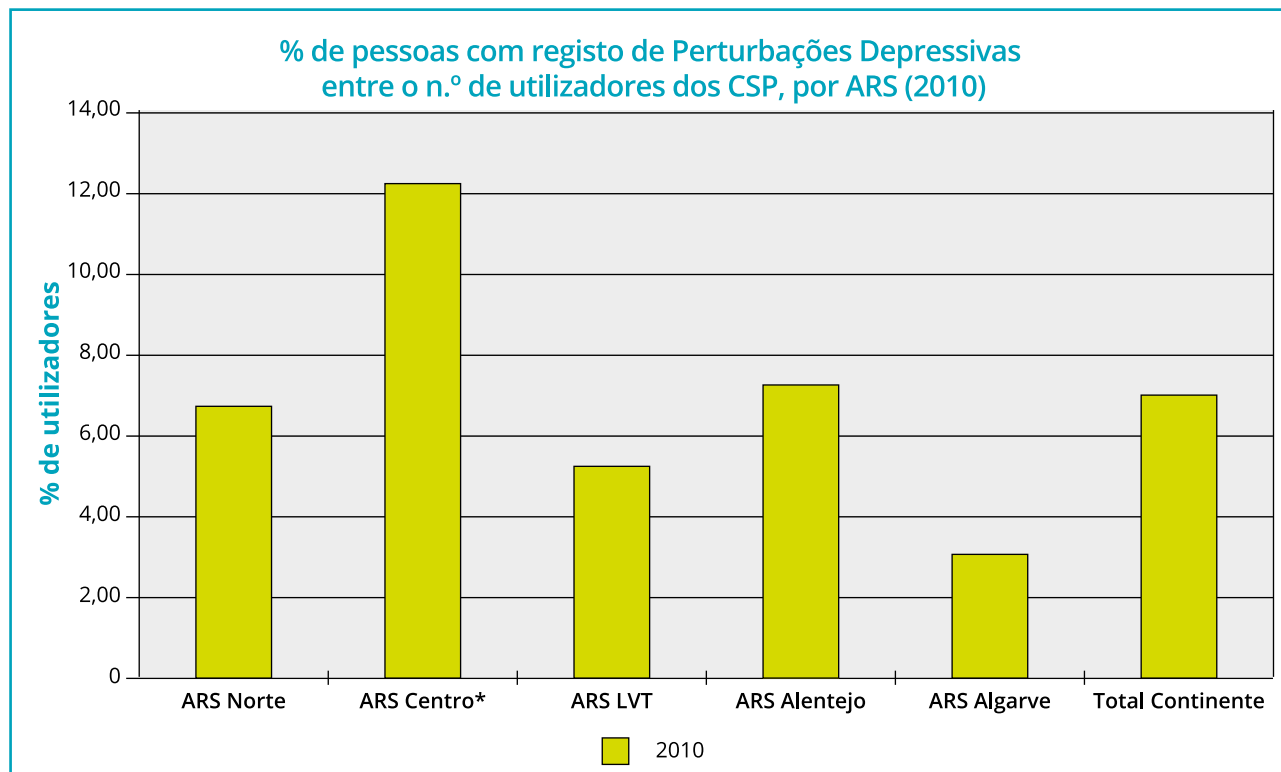
* Faltam dados dos ACES Beira Interior Sul e Pinhal Interior Sul da ULS Castelo Branco
Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

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

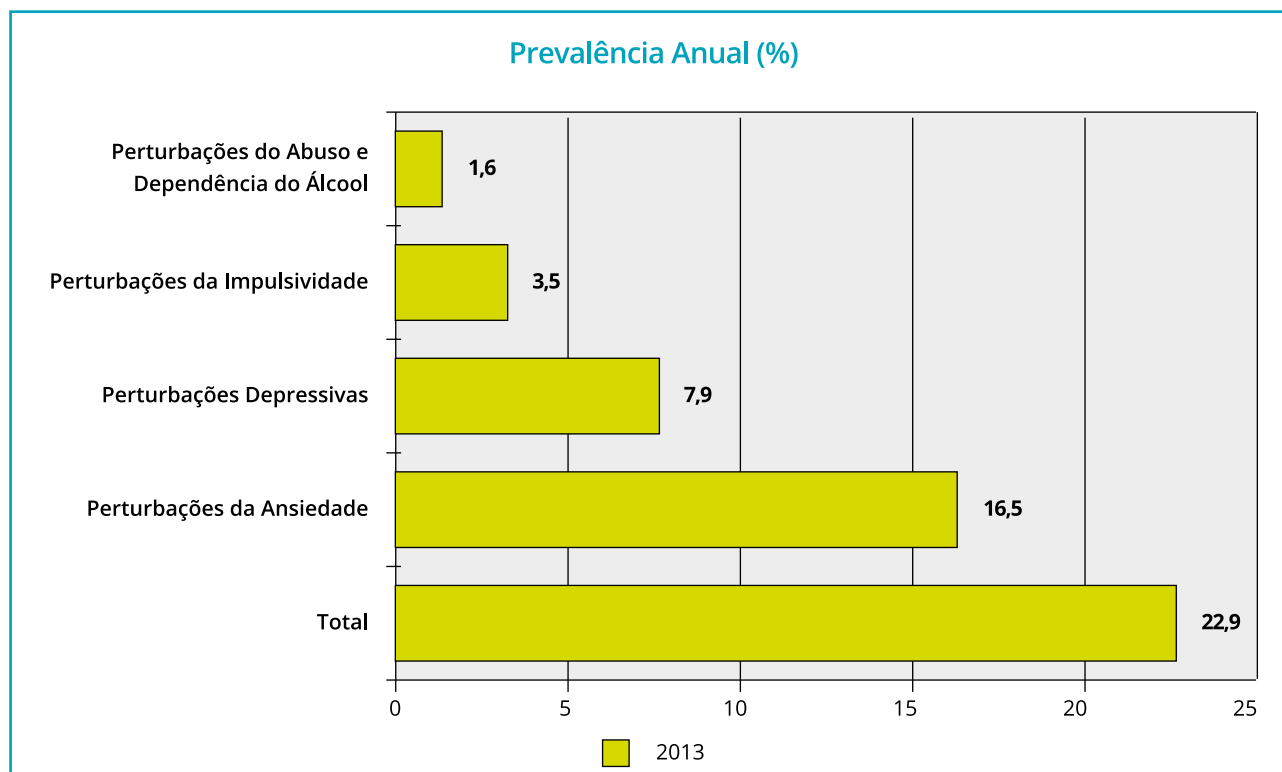
Figura 23. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)



* 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

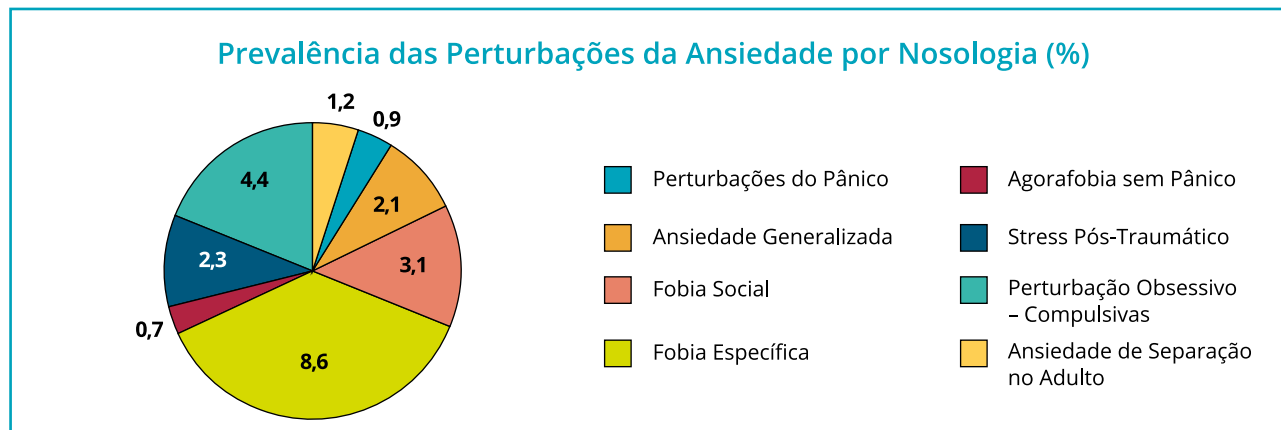
Figura 24. Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013)



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).

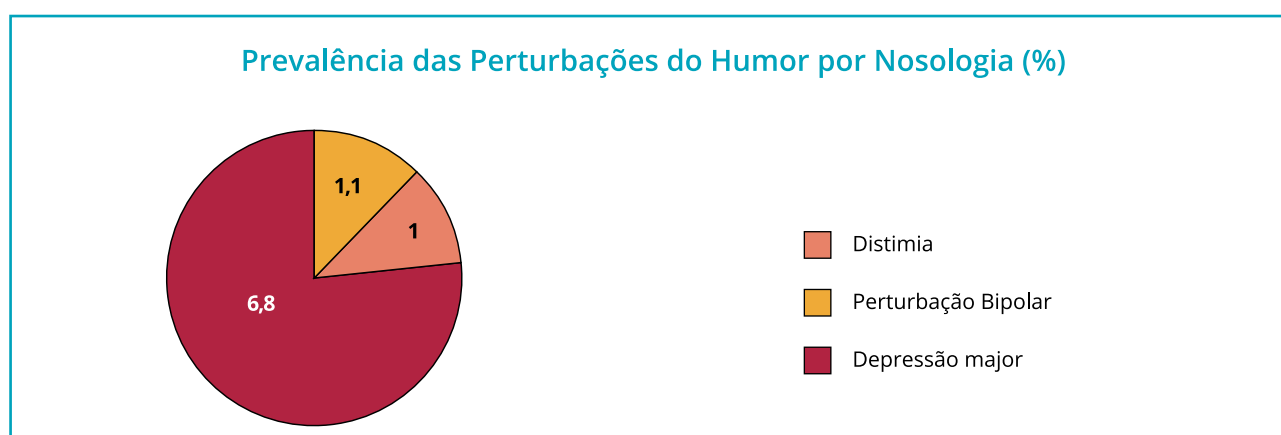
Figura 25. Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013)



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.

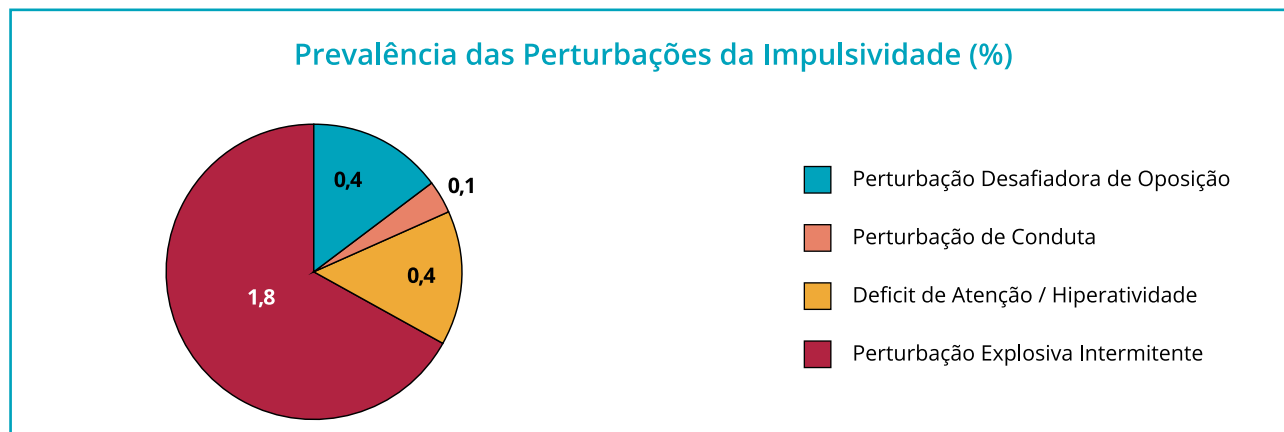
Figura 26. Prevalência das Perturbações do Humor por Nosologia, em Portugal (2013)



Fonte: EENSM, 2013

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 major.

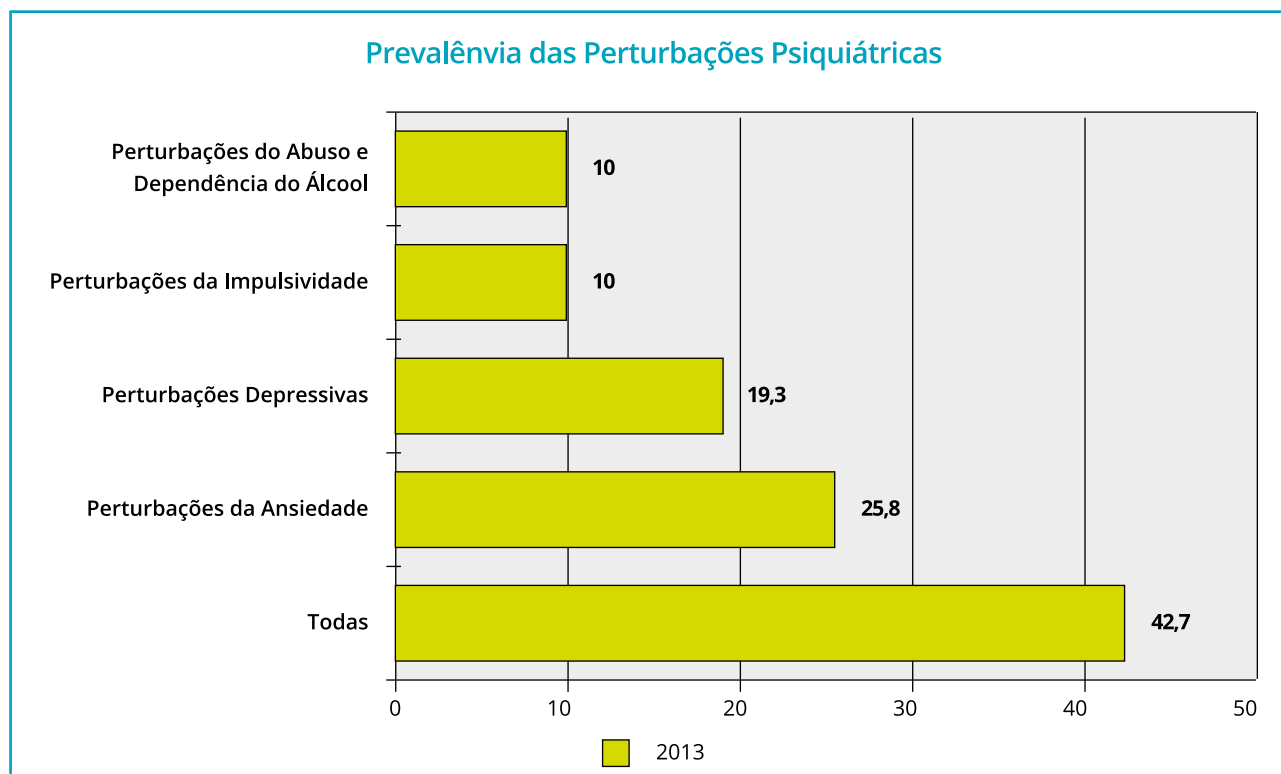
Figura 27. Prevalência das Perturbações da Impulsividade por Nosologia, em Portugal (2013)



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).

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.

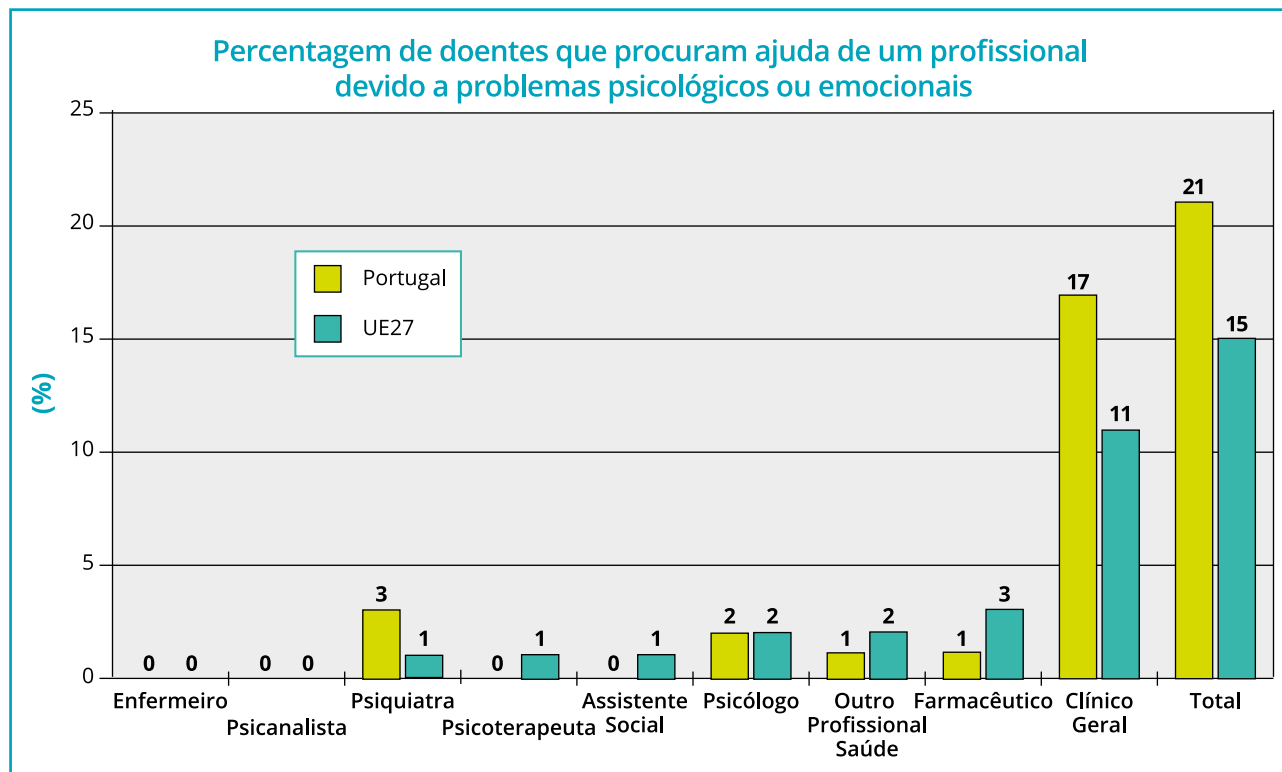
Quadro 37. Percentagem de Perturbações Psiquiátrica Graves que receberam Tratamento Mínimo adequado nos últimos 12 meses, em Portugal e alguns países da Europa (2011)

	% 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.

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.

5. Capacidade Instalada

Com a publicação da Lei de Saúde Mental em vigor (Lei 36/98) e entretanto com o desenvolvimento do Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016, verificou-se uma alteração do modelo assistencial de referência. Do modelo anteriormente centrado nos hospitais psiquiátricos passou-se para o comunitário, baseado em departamentos ou serviços de saúde mental de hospitais gerais, sucessores dos 20 Centros de Saúde Mental (CSM) criados sob a égide da Lei n.º 2118/63.

Na prática os CSM assistiam 60% da população mas com carácter subsidiário dos então 7 hospitais psiquiátricos, traduzível por os seus orçamentos serem apenas 40% do global para o setor. A saída do setor público do Hospital Conde Ferreira, no Porto (2002), o encerramento do Hospital Miguel Bombarda, em Lisboa (julho 2011) e, em maio e junho de 2012 no distrito de Coimbra, do Hospital do Lorvão e do Centro de Arnes, permitiram a redução das camas do setor público de 1386, no ano 2000, para 874 no final de 2012, mantendo-se estável o total das camas do setor social (Ordens Religiosas e Hospital Conde Ferreira), em perto de 3000.

Quadro 38. Distribuição dos Departamentos, Serviços e Equipas Comunitárias de Adultos nos Hospitais do SNS, por ARS (2012)

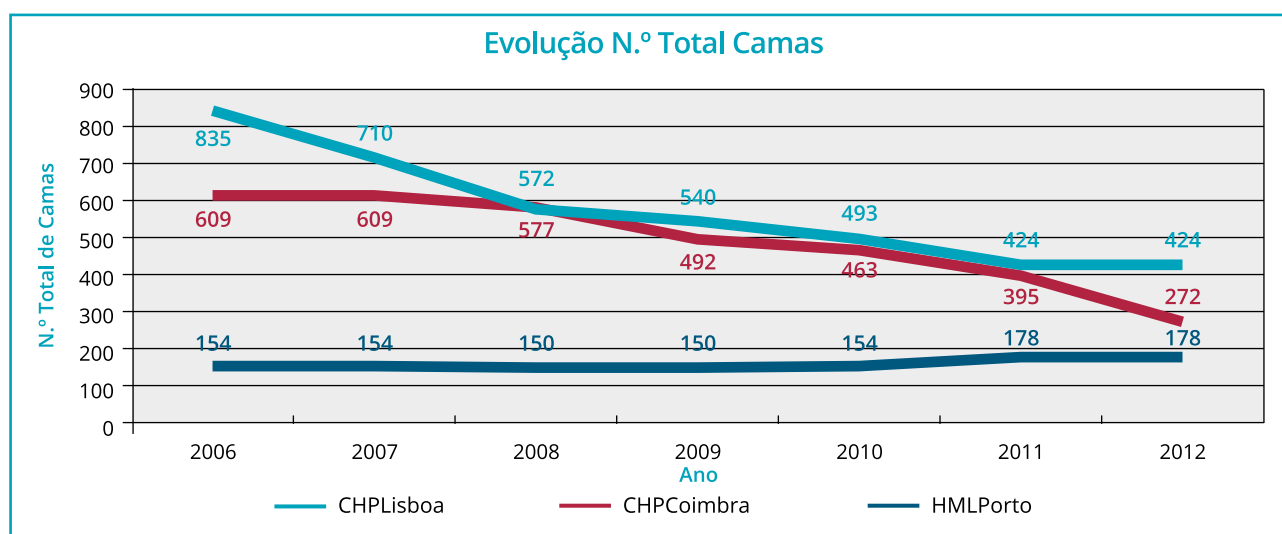
Capacidade Instalada Saúde Mental Adultos do SNS						
	Hospitais Psiquiátricos /Equipas Comunitárias	Departamento ou Serviço de Psiquiatria		Totais de Departamentos e Serviços	Psiquiatria no Serviço de Urgência	
		Com Internamento	Sem Internamento		24h	Diurnas
Norte	1	10	3	14	2	3
Centro	1/3	7	0	8	1	
LVT	1/5	12	0	13	2	7
Alentejo	0	3	1	4	2	
Algarve	0	2	0	2	1	
Total	3/8	34	4	41	8	10

Fonte: PNSM 2013

A descentralização de cuidados melhorou significativamente a acessibilidade aos mesmos. Este acompanhamento mais adequado foi complementado pelo aparecimento, na década de 70, dos neurolépticos de ação prolongada, e, mais tarde, dos antipsicóticos de última geração, com melhor adesão por parte das pessoas com doença mental.

Simultaneamente desenvolveu-se a reabilitação psicossocial, apoiada em estruturas hospitalares mas sobretudo em IPSS's vocacionadas para essa área, nomeadamente após a publicação do Despacho Conjunto dos Ministérios da Saúde e da Segurança Social n.º 407/98. Sendo o primeiro compromisso específico da Segurança Social para as pessoas com doença mental grave, permitiu reduzir significativamente os reinternamentos em porta rotativa e reinserir muitos dos utentes sócio-profissionalmente e evitar a clivagem familiar. Integrados sobretudo em programas de reabilitação psicossocial desenvolvidos em fóruns sócio-ocupacionais e em residências para os desinseridos familiarmente, a substituição destas respostas pelos Cuidados Continuados de Saúde Mental, tal como a criação de mais Equipas Comunitárias de Saúde Mental, que se articulem regularmente com os Cuidados de Saúde Primários, permitirão consolidar e aprofundar o patamar evolutivo já alcançado.

Figura 30. Evolução dos Internamentos em Hospitais Psiquiátricos entre 2006 e 2012 – N.º total de camas



Fonte: PNSM, 2013

As lotações atuais dos CHP de Lisboa e Coimbra resultam dos encerramentos do H. Miguel Bombarda/H. Lorvão /Centro de Arnes.

* A população abrangida em termos assistenciais de internamento pelo H. Magalhães de Lemos aumentou, em 2011, de 560.000 para 1.100.000 habitantes, em resultado de um reacerto nas NUTS.

Quadro 39. Distribuição dos Departamento, Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria nos Hospitais dos SNS, por ARS (2012)

Capacidade Instalada Pedopsiquiatria do SNS (2012)						
	Departamento	Serviço	Unidade	Consulta	Total Região	Urgência
Norte	1	2	5	2	10	1
Centro	1	2	5	2	10	1
LVT	1	2	6	1	10	1
Alentejo	0	1	1	1	3	0
Algarve	0	0	1	0	1	0
Total	3	7	18	6	34	3

Fonte: PNSM, 2013

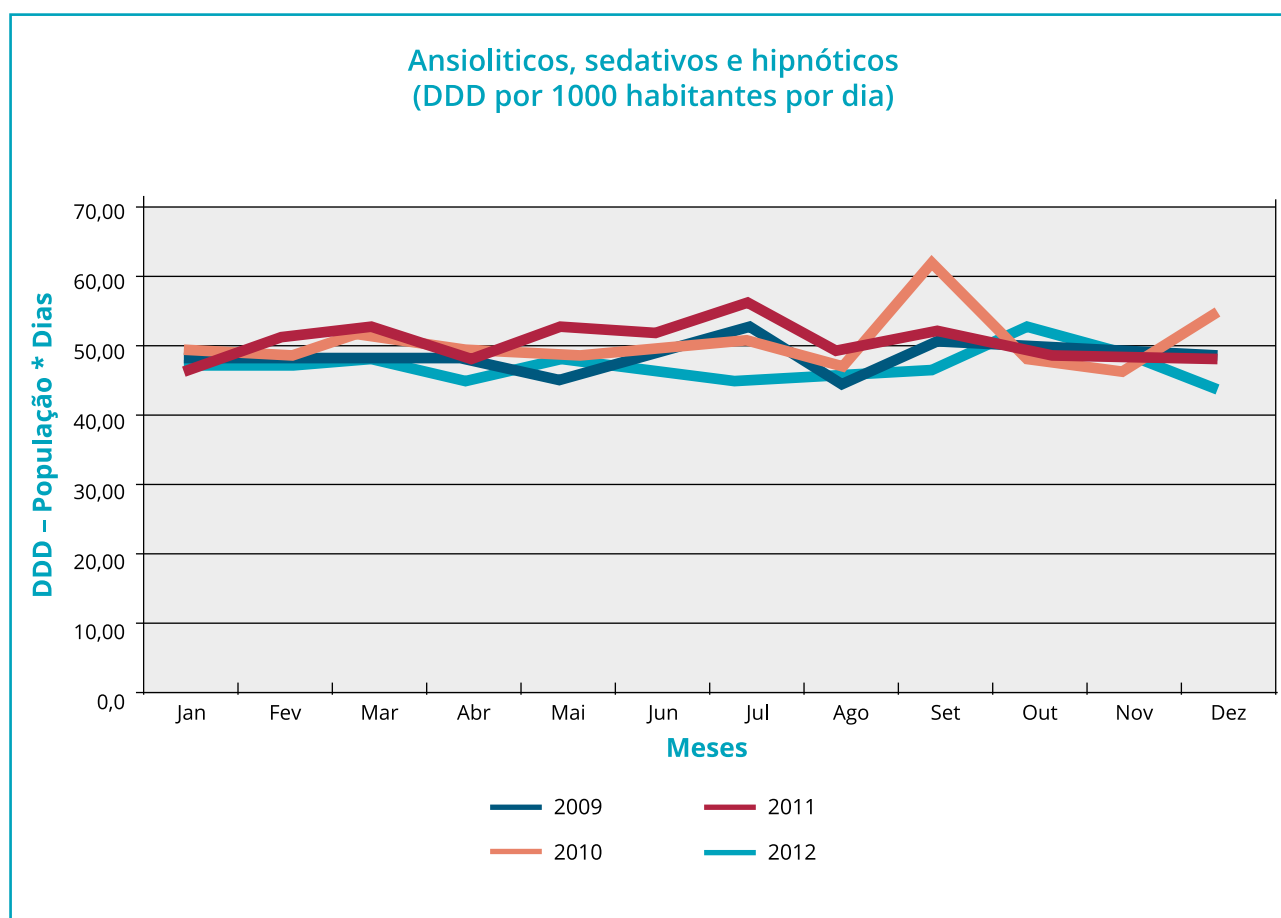
Na área da saúde mental da infância e da adolescência (SMIA) a alteração foi mais profunda ao ter-se evoluído de 3 Centros de Saúde Mental Infantis e Juvenis para, numa primeira fase, 3 Departamentos de Psiquiatria e Saúde Mental da Infância e Juventude integrados nos hospitais pediátricos de Lisboa, Coimbra e Porto, e 3 Pedopsiquiatras isolados nos Hospitais de Aveiro, Beja e Santarém, para 37 estruturas, como se ilustra no Quadro 3.3-43.

Contudo, quer a escassez de Psiquiatras da Infância e Adolescência (Pedopsiquiatras) quer a não menos grave carência de outros profissionais que viabilizem um trabalho em equipa, que extravasa necessariamente a indispensável intervenção no contexto extra-hospitalar (na família, na rede escolar, nas instituições para crianças e adolescentes, etc.), correm o risco de o investimento já concretizado soçobrar.

6. Dispensa de medicamentos

6.1. Consumo de medicamentos ansiolíticos, sedativos, hipnóticos e antidepressivos em ambulatório

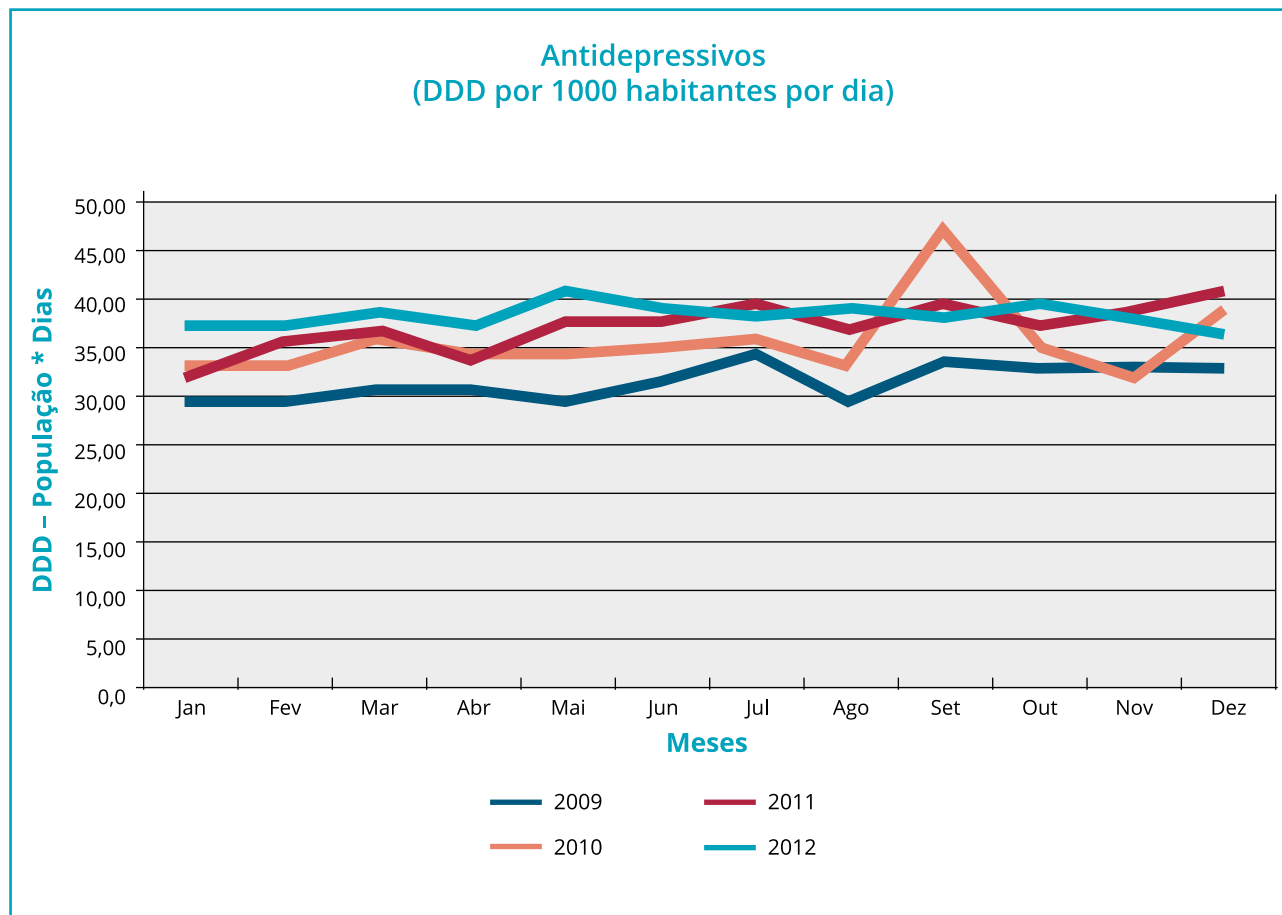
Figura 31. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012)



Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

Portugal figura, desde há muito, entre os países da Europa com maiores consumo por habitante destes fármacos, como se analisa com mais detalhe adiante.

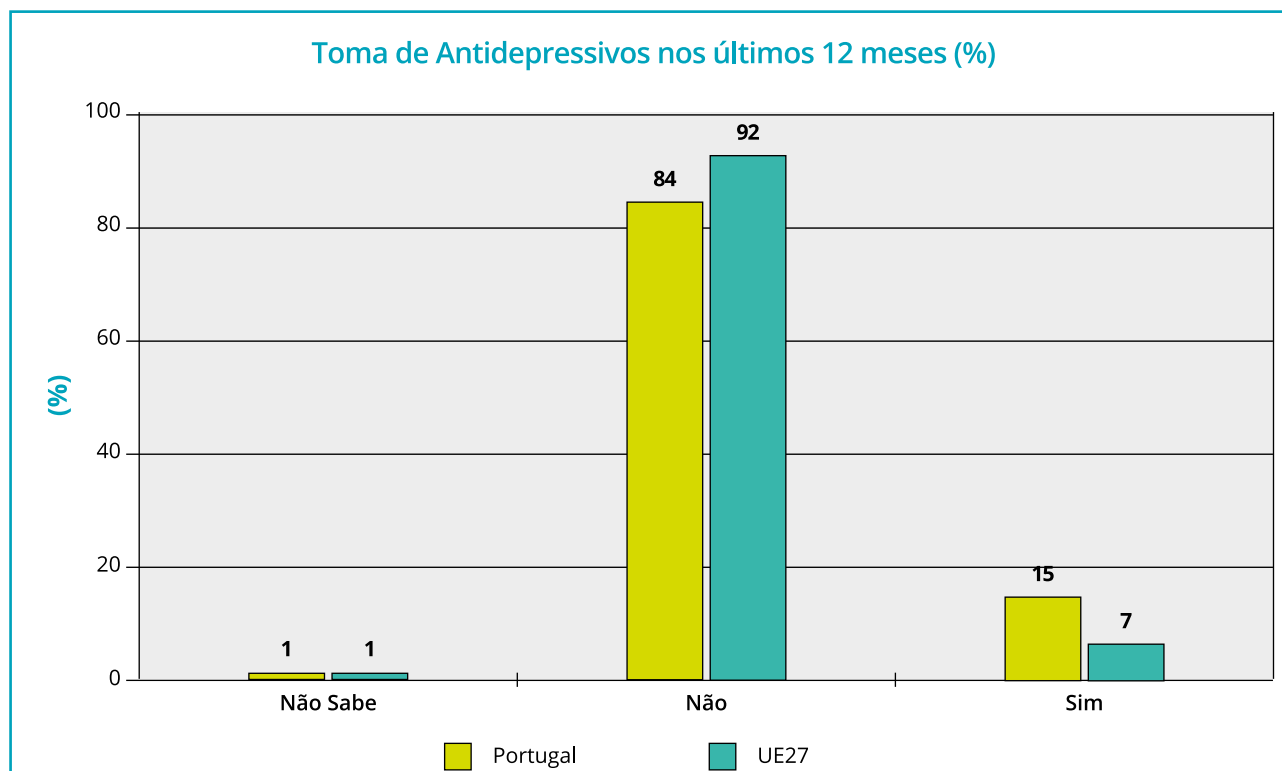
Figura 32. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos Antidepressivos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012)



Fonte: SIM@SNS/SIARS (ACSS) 2013

O padrão apresentado deve ser compaginado com o expresso na figura seguinte que, de acordo com o Eurobarómetro 345 (2010), mostra que Portugal tem um consumo destes fármacos duplo do da média da UE (15:7). Seria interessante verificar se o valor encontrado se mantinha se a pergunta exigisse a identificação do fármaco indicado; a prática clínica e a elevada iliteracia dos portugueses em relação à Saúde levam a admitir que muitos utentes referenciam como antidepressivos outros fármacos, nomeadamente ansiolíticos.

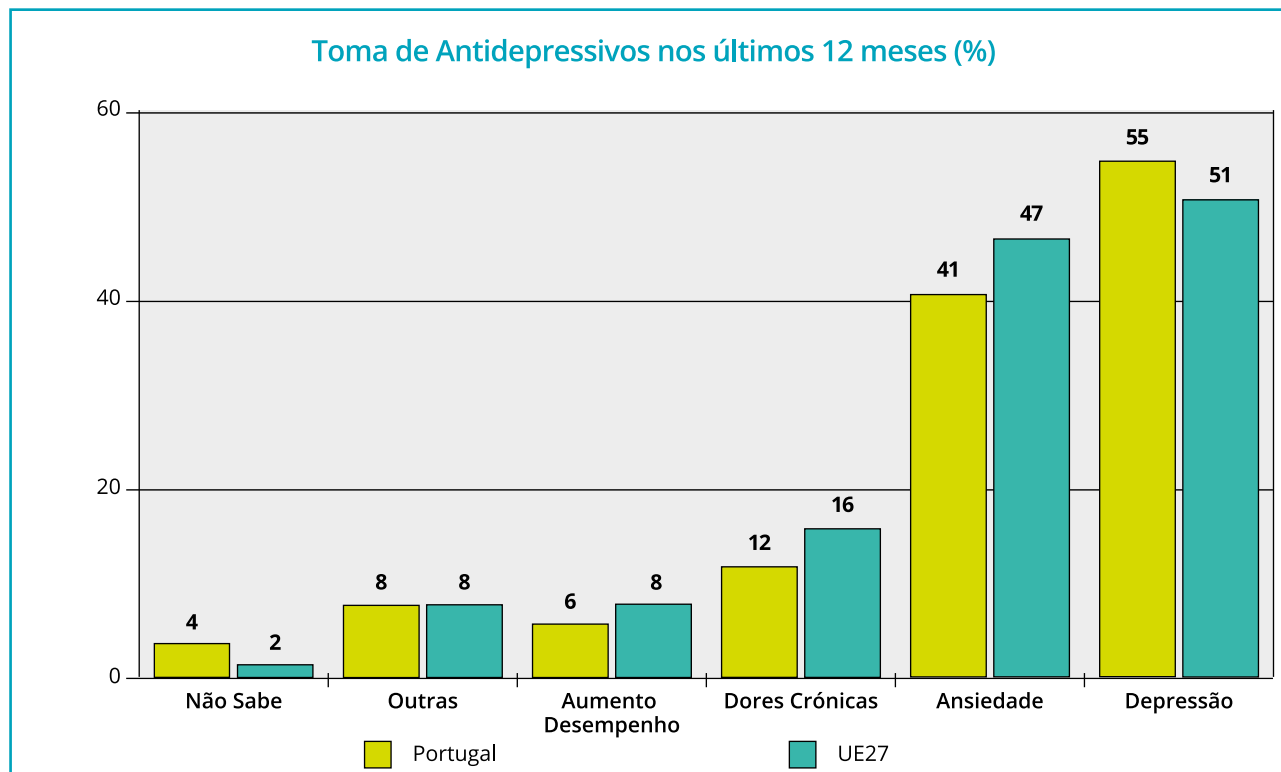
Figura 33. Comparação da percentagem de consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses entre Portugal e os países da UE27 (2010)



Fonte: Eurobarómetro 345, 2010

Ao contrário da média da UE, em Portugal a maioria das pessoas toma mais antidepressivos por perturbações depressivas (55:51) do que por perturbações ansiosas (41:47), quando as boas práticas recomendam que, a ser necessária prescrição medicamentosa, aqueles fármacos sejam utilizados em ambas as patologias.

Figura 34. Comparação dos Motivos de Consumo de Antidepressivos, em percentagem, entre Portugal e os países da UE27 (2010)



Fonte: Eurobarómetro 345, 2010

6.2. Terapêutica – Vendas de psicofármacos em Ambulatório no mercado nacional

Embora a evolução dos custos e número de embalagens vendidas seja muito relevante a nível económica, os dados disponibilizados não permitem a análise em termos de unidades consumidas e de boas práticas de prescrição, necessariamente baseadas em DDD.

Quadro 40. Prescrições de medicamentos no SNS (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)

PVP (Euros) dos Psicofármacos (2.9)				
2007	2008	2009	2010	2011
249.719.808	264.969.210	272.985.698	293.214.851	261.543.163
Encargos do SNS (Euros)				
2007	2008	2009	2010	2011
170.595.864	188.786.651	202.756.030	217.716.147	152.847.578

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento 2013

Quadro 41. Custo médio por embalagem (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)

Custo médio da embalagem dos Psicofármacos (2.9)									
PVP (Euro)					Encargos do SNS (Euro)				
2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
13,62	14,45	14,43	15,04	13,45	9,31	10,30	10,72	11,16	7,86

Fonte: INFARMED, Estatística do medicamento 2013

Quadro 42. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)

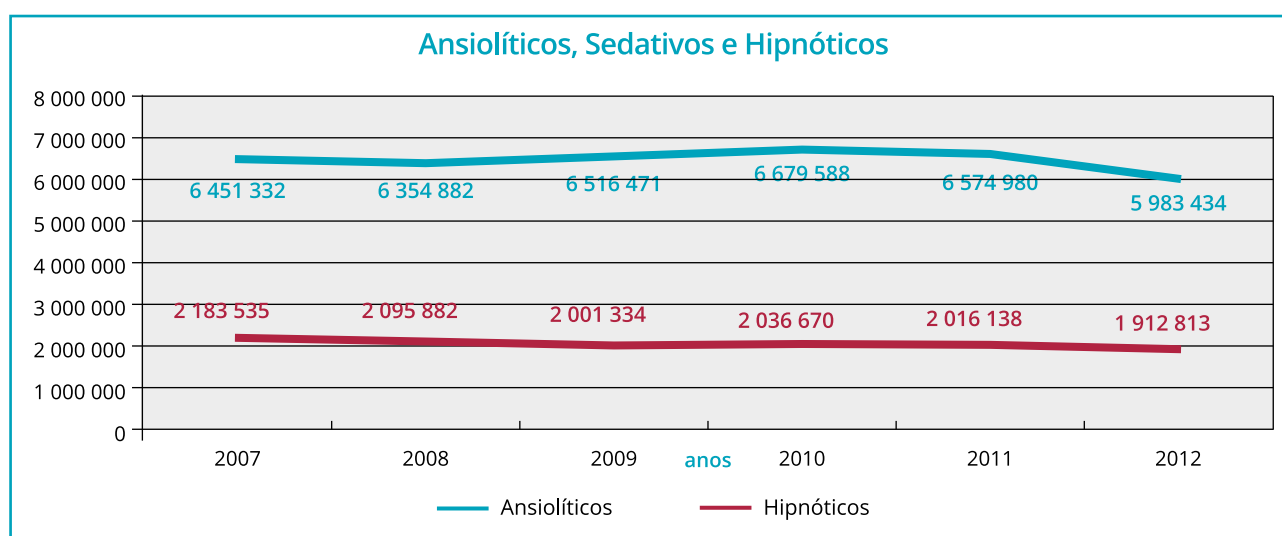
DCI	N.º Embalagens de Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos (2.9.1)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Alprazolam	2.208.290	2.179.887	2.280.686	2.394.980	2.384.299	2.201.035
Bromazepam	1.207.555	1.190.058	1.196.396	1.197.970	1.171.508	1.042.078
Brotizolam	402.743	389.923	454.427	438.038	423.640	384.682
Buspirona	83.026	82.478	81.147	73.441	73.820	69.591
Cetazolam	10.363	9.624	9.649	8.713	8.430	8.396
Clobazam	226.964	227.178	225.341	223.107	213.989	191.754
Clorazepato dipotássico	263.784	239.809	242.047	239.755	232.980	210.563
Clorodiazepóxido	8.461	6.954	6.517	6.457	5.589	5.347
Clozazolam	416.853	392.309	413.288	414.653	411.079	366.353
Diazepam	1.146.901	1.115.754	1.130.220	1.114.100	1.071.868	974.234
Doxilamina			1			
Estazolam	503.534	468.362	187.425	231.213	250.240	233.130
Flunitrazepam	8.350	7.350	6.339	4.444	16	5
Flurazepam	252.508	223.910	242.230	235.588	230.259	218.056
Halazepam	103.239	102.791	102.675	103.307	98.146	54.456
Loflazepato de etilo	341.414	363.010	361.846	403.436	426.400	419.136
Loprazolam	210.337	196.809	234.437	214.802	200.142	178.792
Lorazepam	1.888.586	1.869.183	1.909.169	1.972.538	1.947.305	1.766.087
Melatonina		4	6	4	11	4
Mexazolam	417.680	430.082	468.609	484.625	483.748	457.238
Midazolam	236.848	232.736	259.067	258.225	246.468	229.031
Nordazepam	566	174	1			
Oxazepam	290.477	273.936	239.162	180.344	221.321	215.510
Prazepam	4.792	4.613	4.441	4.658	4.300	4.051
Temazepam	73.197	66.137	68.533	62.128	58.163	52.030
Triazolam	176.813	161.132	160.816	151.254	102.830	91.992
Valeriana	366.866	330.408	309.474	126.312	1.095	132
Valeriana (raíz)	8	28	24	66	32	15
Zolpidem	980.308	974.065	1.078.175	1.096.842	1.089.029	1.053.804

Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo sofrer alterações.
Fonte: INFARMED 2013

Se bem que a unidade de referência seja enganosa para a presente análise (número de embalagens vendidas), há considerações que podem e devem ser feitas: (i) os fármacos em apreciação têm estrito efeito sintomático; (ii) os mais utilizados entre eles são os tranquilizantes, sobretudo como ansiolíticos, esmagadoramente benzodiazepinas, que são potenciais fármacos de abuso pelo risco de indução de tolerância e dependência, sendo internacionalmente recomendado que não sejam utilizados por períodos superiores a 4 semanas; (iii) não só esta orientação é tendencialmente ignorada em Portugal como as benzodiazepinas que mais são consumidas (alprazolam e lorazepam), pela sua potência ansiolítica e tempo de ação estão entre as de maior risco de indução de tolerância e dependência.

Também quanto aos indutores do sono e hipnóticos não se afigura comum a aplicação em Portugal da norma de boa prática internacional de não prescrição para além de 2-3 semanas. A circunstância de muitas das insónias de longa duração serem tendencialmente sintomas de síndromes depressivas, sugere que este padrão de consumo traduzirá sobremedicação ou modelo terapêutico mais sintomático do que etiotrópico.

Figura 35. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos mais vendidos, em Portugal Continental (2007 a 2012)



Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo sofrer alterações.
Fonte: INFARMED 2013

Quadro 43. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens)
por DCI – Antipsicóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)

n	N.º Embalagens de Antipsicóticos (2.9.2)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Amissulprida**	304.670	308.963	315.657	304.302	279.695	277.065
Aripiprazol***	1.271	19.542	37.158	54.564	62.106	73.527
Ciamemazina*	176.866	174.299	172.620	170.721	162.532	162.157
Cloropromazina*	35.658	35.777	35.381	34.334	34.226	35.535
Clozapina**	52.993	57.133	61.908	62.662	69.012	74.465
Flufenazina*	38.285	38.275	38.316	39.375	39.904	42.870
Flupentixol*	4.926	5.394	5.928	6.133	6.264	6.599
Haloperidol*	192.168	193.800	196.303	194.968	191.402	202.988
Levomepromazina*	52.457	51.368	50.462	49.215	45.437	46.006
Melperona*	158.889	159.740	158.015	155.480	147.027	142.528
Olanzapina***	231.075	271.963	291.237	308.130	298.793	326.291
Paliperidona***				27.174	37.142	45.314
Pimozida*	5.319	5.350	5.487	5.189	5.246	5.535
Quetiapina***	141.124	187.820	241.321	314.157	344.952	420.981
Risperidona***	411.201	446.858	480.878	503.445	460.386	479.457
Sertindol*			801	1.416	607	509
Sulpirida*	97.718	94.020	91.913	89.795	85.812	84.424
Tiaprida	117.504	114.611	111.903	112.405	114.219	115.987
Tioridazina*	4	1				
Veraliprida*	7.708	51	2			
Ziprasidona***	19.704	20.605	19.057	20.595	16.295	15.272
Zotepina***	1.403	5.382	8.537	9.091	9.931	12.917
Zuclopentixol*	10.456	10.625	13.094	15.668	17.161	19.225

Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.

*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***3.ª Geração

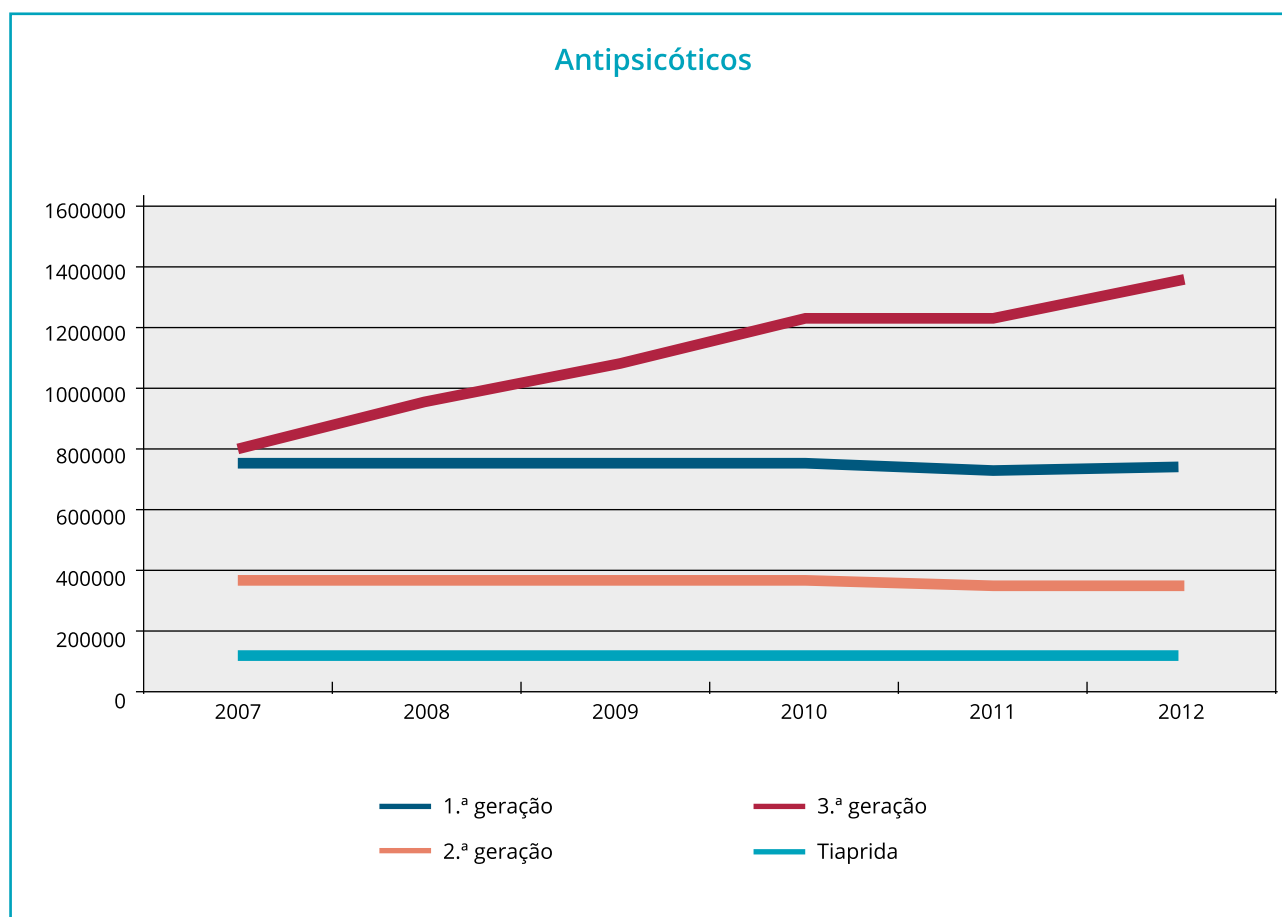
Fonte: INFARMED 2013

Embora a utilização principal seja em perturbações psicóticas (sobretudo doenças crónicas e psicossocialmente incapacitantes), têm vindo a alargar-se as indicações terapêuticas, em doses mais baixas e por períodos mais curtos, dos antipsicóticos de última geração, caracterizados sobretudo por terem menores efeitos secundários, logo melhor adesão por parte dos utentes.

A avaliação empírica mostra ainda que, por vezes, há práticas clínicas, com estes fármacos, sobretudo nas perturbações psicóticas mais graves que não respeitam a norma oficial, em particular quanto à prescrição de vários antipsicóticos em simultâneo.

Salienta-se que o Tiaprida tem como principal utilização clínica alterações psicopatológicas decorrentes do consumo abusivo de bebidas alcoólicas.

Figura 36. Evolução do Consumo de Antipsicóticos por grupos – 1.ª, 2.ª e 3.ª geração em Portugal Continental (2007 a 2012)



Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.
*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***3.ª Geração
Fonte: INFARMED 2013

Quadro 44. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens)
por DCI – Antidepressivos e lítio, em Portugal Continental (2007 a 2012)

DCI	N.º Embalagens de Antidepressivos (2.9.3)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Agomelatina				6.096	95.401	148.006
Amitriptilina*	234.217	245.792	243.985	262.186	267.229	273.466
Amitriptilina+Perfenazina*	25.662	84	63	45	14	16
Bupropiom**	3.201	53.695	106.730	142.773	153.930	164.824
Citalopram**	6.227	12.887	24.191	50.767	125.620	185.036
Clomipramina*	143.538	142.607	140.292	139.167	138.689	137.588
Dosulepina*	85.234	79.729	76.525	73.090	68.790	64.492
Duloxetina**	59.345	136.070	185.778	215.506	222.790	220.259
Escitalopram**	605.352	531.752	532.923	588.393	540.830	523.923
Fluoxetina**	671.204	678.481	708.266	770.581	777.425	800.107
Fluvoxamina**	96.871	97.765	103.402	109.070	112.700	115.576
Hipericão	26.175	23.961	14.846	11.144	7.302	189
Imipramina*	18.595	19.005	19.202	19.520	19.727	19.537
Maprotilina*	80.781	75.525	68.760	62.307	52.699	49.262
Mianserina*	60.270	59.577	59.140	58.337	54.240	53.297
Milnaciprano**	24.290	22.296	22.156	19.179	18.073	16.825
Mirtazapina**	266.228	297.906	337.487	380.322	404.703	456.057
Moclobemida***	23.305	21.342	20.156	19.402	18.012	17.210
Nortriptilina*	13.947	10.954	10.975	10.990	11.422	11.822
Paroxetina**	385.901	384.420	396.592	413.645	410.133	423.501
Pirlindol***	8.614	7.867	6.706	6.234	19.228	20.705
Reboxetina**	7.872	7.429	7.443	7.339	6.396	6.113
Sertralina**	551.892	573.605	630.785	706.864	743.332	824.306
Tianeptina*	93.621	86.044	80.459	76.665	69.695	64.684
Trazodona	358.267	397.605	439.630	489.004	530.257	581.784
Trimipramina*	19.812	19.308	18.641	18.223	18.067	18.458
Venlafaxina**	510.082	551.153	615.372	688.878	738.221	795.085
Viloxazina*	16					
Lítio	32.819	33.862	34.173	34.726	34.667	39.267

Nota: Os dados de 2012 ainda estão em validação, podendo ainda sofrer alterações.

*1.ª Geração; **2.ª Geração; ***RIMA

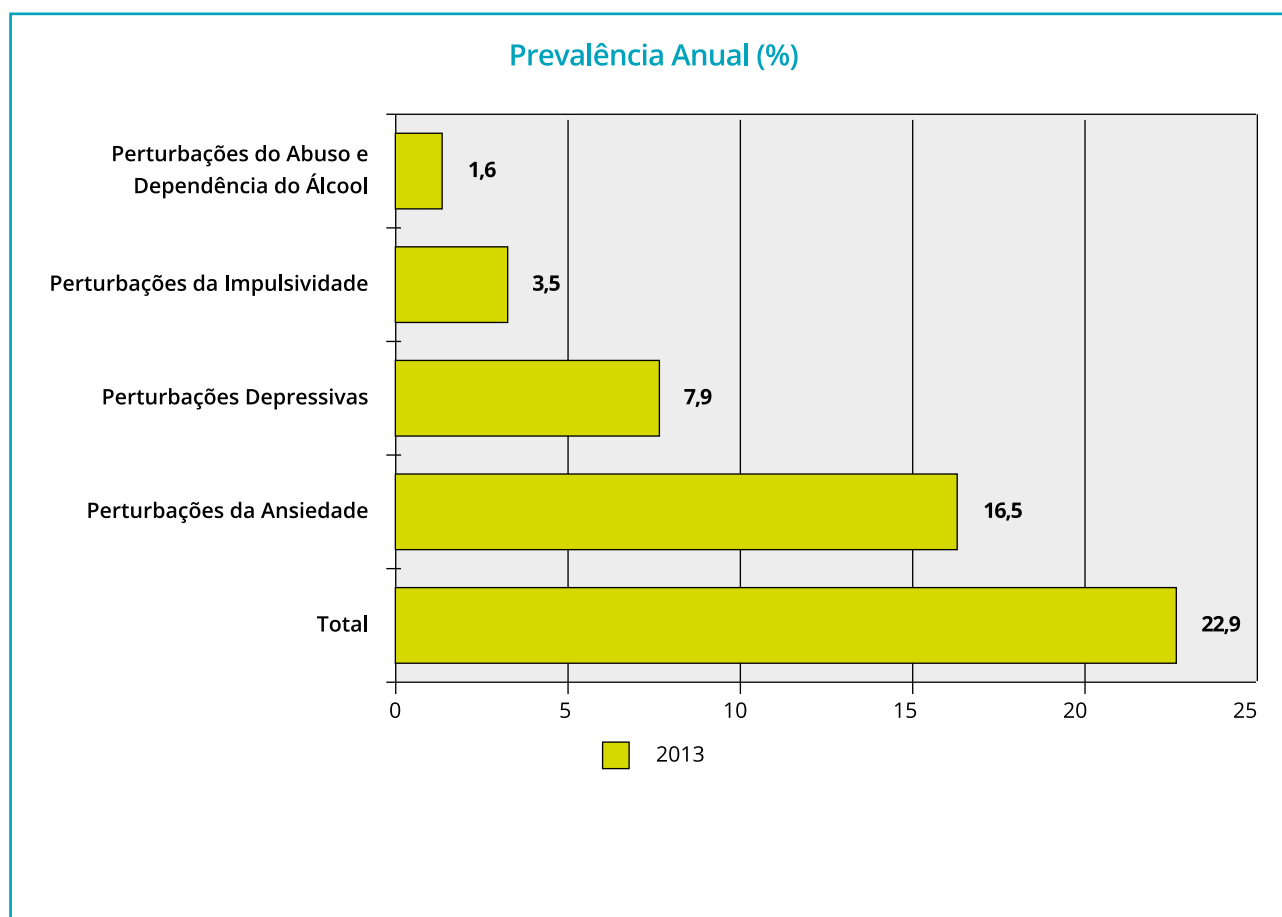
Fonte: INFARMED 2013

A manutenção dos níveis de consumo dos antidepressivos de 1.ª geração (maioritariamente integrado pelo grupo dos tricíclicos), provavelmente decorre da situação de crise económica que motiva que os utentes com maior carência financeira optem por fármacos com pelo menos igual eficácia e menor custo mas com mais efeitos secundários.

O crescimento dos de 2.ª geração poderá ter que ver com a introdução progressiva de mais moléculas genéricas.

A Trazodona é frequentemente utilizada como regularizador do sono.

Figura 37. Evolução das vendas por prescrição no SNS de psicofármacos – Antidepressivos – (número de embalagens) por DCI, em Portugal Continental (2007 a 2012)



Fonte: INFARMED 2013

7. Consumos de substâncias psicoativas não medicamentosas, lícitas e ilícitas e outros comportamentos de risco em crianças/adolescentes

Iremos considerar, de modo sumário, apenas 2 de vários estudos epidemiológicos portugueses relativos ao tema e grupo populacional considerados – o HBSC-2010 (Health Behaviour in School-aged Children) e o INME-2011 (Inquérito Nacional em Meio Escolar).

Sendo um fenómeno mais recente, as Novas Substâncias Psicoativas (NSP, também conhecidas por smartshops) não figuram ainda nos levantamentos epidemiológicos existentes.

A circunstância de também terem sido designadas como “drogas legais”, por serem comercializadas em estabelecimentos lícitos para fins comuns, que não o consumo humano (fertilizantes de plantas, sais de banho, incensos, etc.), de terem um preço significativamente mais baixo do que as formalmente ilícitas e fortes campanhas internacionais de marketing e comercialização, programadas para evitar a ilegalização das em uso (de onde a designação de smartshops) determinou a publicação recente do Decreto-Lei 54/2013 e da Portaria 154/2013 que regulamentam a prevenção e proteção contra a publicidade e o comércio das NSP.

7.1. Dados do inquérito HBSC 2010 – Álcool

Quadro 45. Experimentação de Álcool nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)

Idade de Experimentação de Bebidas Alcoólicas (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
≤ 11 Anos	26,4	31,5	21,6
12 - 13 Anos	41,9	40,4	43,3
≥ 14 Anos	31,7	28,1	35,1

Fonte: HBSC 2013

Quadro 46. Percentagem de casos em que a experimentação de álcool resultou em embriaguez nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)

Embriaguez (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
≤ 11 Anos	9,5	10,7	8,2
12 - 13 Anos	28,8	29,2	28,4
≥ 14 Anos	61,7	60,1	63,4

Fonte: HBSC 2013

Quadro 47. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias , por sexo, em Portugal (2010)

Consumo Álcool (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	64,7	63,9	65,5
1 - 2 vezes	22,5	20,2	24,7
3 ou mais vezes	12,7	15,9	9,9

Fonte: HBSC 2013

Quadro 48. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)

Consumo Álcool (%)			
	6.º Ano	8.º Ano	10.º Ano
Nunca	85,5	66,7	45,9
1 - 2 Vezes	10,5	22,5	32,3
3 Ou mais vezes	3,6	32,3	21,8

Fonte: HBSC 2013

Quadro 49. Frequência de embriaguez nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)

Embriaguez (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	91,1	89,2	92,8
1 - 2 vezes	6,7	7,5	6,0
3 ou mais vezes	2,2	3,3	1,2

Fonte: HBSC 2013

Nas últimas décadas verificou-se uma alteração significativa no padrão de consumos das bebidas alcoólicas. Do tendencialmente “mediterrânico” – diário, como facilitador relacional e/ou integrado na dieta, em volumes comuns muitas vezes elevados, sobretudo de vinho, por homens adultos, por vezes com intoxicações agudas (embriaguez) – para o designado “anglo-saxónico” – quase só nos finais de semana, muitas vezes com intenção de intoxicação aguda rápida (binge drinking), em idades cada vez mais precoces e progressivamente mais feminino.

Por motivos estritamente biológicos, o organismo humano só alcança capacidade para metabolizar satisfatoriamente o etanol na maioridade e no sexo masculino; no feminino, a comum menor superfície corporal, o maior índice de massa adiposa e os estrogénios até à menopausa, determinam que a OMS defina que os valores máximos de consumo diário sem risco sejam inferiores em 2/3 aos do sexo masculino (atualmente 1 medida padrão versus 3). Se o risco sério de malformações fetais interdita o uso na gravidez (tal como na amamentação), não é tão comum haver consciência cultural de que o etanol interfere com a maturidade neuronal, afetando a capacidade cognitiva e intelectual, e, no imediato ao consumo, reduz o controlo cortical, facilitando o descontrolo dos impulsos e a perda do discernimento e do sentido crítico.

Como psicoativo, o álcool etílico também induz tolerância e dependência e embora tenha ação ansiolítica rápida, mas transitória, o uso continuado provoca depressão, que eventualmente se adiciona a humor depressivo prévio que muitas vezes determina o consumo. A tolerância dos costumes e o primado do interesse económico sobre a saúde pública, direcionado sobretudo aos cidadãos menores, vem permitindo permissi-

vidade familiar e social dos consumos, que sendo em menores de idade são sempre de risco, independentemente do volume de álcool ingerido.

Várias investigações registam que o início de consumos se verifica em idades cada vez mais precoces e com aparente estrita intenção de fuga da realidade, procurando por vezes a intoxicação aguda quase instantânea, que justifica práticas como a instilação ocular ou a aplicação de tampões impregnados em bebidas alcoólicas destiladas no ânus ou na vagina, áreas anatómicas em que a riqueza vascular permite absorções muito rápidas.

7.2. Dados do inquérito HBSC 2010 – Drogas

Quadro 50. Frequência do consumo de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)

Consumo de Drogas (%)			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	93,9	92,0	95,6
1 Veiz	2,7	3,4	2,0
Mais que 1 vez	2,0	2,4	1,6
Consumo Regular	1,4	2,2	0,7

Fonte: HBSC 2013

Quadro 51. Experimentação de vários tipos de drogas ilícitas, por tipo de droga e sexo, em Portugal (2010)

Vários tipos de drogas				
	Rapazes		Raparigas	
	Sim	Não	Sim	Não
Haxixe	10,7	89,3	7,0	93,0
Estimulantes	4,7	95,3	2,1	97,9
LSD	3,0	97,0	1,1	98,9
Cocaína	2,5	97,5	1,4	98,6

Fonte: HBSC 2013

Se o consumo, não clínico, de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, é habitualmente a expressão de sofrimento mental ou de insegurança emocional, comum na adolescência, adultícia e em situações ansiogénicas, não é comum haver consciência que podem ocasionar, de modo variável com as pessoas, lesões neuronais, eventualmente irreversíveis. O conceito erróneo de considerar os cannabinoides (“erva”/haxixe/marijuana/liamba/pólen) como “drogas leves” (por não induzirem dependência física mas apenas emocional), ainda hoje tem consequências danosas, ao não se acrescentar que são das substâncias mais desorganizadoras mentais, responsáveis eventuais (mais do que as outras ilícitas), por quadros sobreponíveis aos das psicoses esquizofrénicas, independentemente da dose; muito provavelmente são mais lesivas na razão inversa da idade do consumidor, havendo, como já referido, fatores constitucionais, não previamente identificáveis, que determinam que alguns sejam mais suscetíveis do que a maioria ao efeito esquizofreniforme dos cannabinoides.

Quadro 52. Experimentação de vários tipos de drogas, por tipo de droga e ano de escolaridade, Portugal (2010)

Vários tipos de drogas						
	6.º Ano		8.º Ano		10.º Ano	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Haxixe	1,6	98,4	5,2	94,8	17,1	82,9
Estimulantes	2,1	97,9	4,2	95,8	3,7	96,3
LSD	1,6	98,4	2,4	97,6	1,9	98,1
Cocaína	1,6	98,4	2,4	97,6	1,7	98,3
Ectstasy	1,5	98,5	1,9	98,1	2,0	98,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 53. Frequência do consumo de cannabis, em Portugal (2010)

Consumo de cannabis			
	Nunca	1 -2 Vezes	3 ou mais vezes
Ao longo da vida	93,1	3,0	3,9
No último ano	93,9	2,8	3,3
No último mês	96,5	1,6	1,9

Fonte: HBSC 2013

7.3. Dados do inquérito HBSC 2010 – Violência

Quadro 54. Frequência de envolvimento em lutas, por sexo, em Portugal (2010)

Envolvimento em lutas			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	71,6	58,0	83,8
1 - 3 Vezes	22,7	32,2	14,1
4 Ou mais vezes	5,7	9,8	2,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 55. Frequência de porte de arma no último mês, por sexo, em Portugal (2010)

Porte de Arma			
	Total	Rapazes	Raparigas
Nunca	94,9	91,9	97,6
1 - 5 Dias	3,1	5,0	1,3
4 Ou mais dias	2,0	3,1	1,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 56. Frequência de porte de arma no último mês, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)

Porte de Arma			
	6.º Ano	8.º Ano	10.º Ano
Nunca	96,5	94,3	94,2
1 - 3 Vezes	2,8	3,7	2,1
4 Ou mais vezes	0,7	2,1	3,0

Fonte: HBSC 2013

Quadro 57. Frequência de Violência autoinfligida no último ano (8.º e 10.º anos), em Portugal (2010)

Violência autoinfligida	
Nunca	84,4
1 Vez	7,0
2 Vezes	3,3
3 Vezes	2,3
4 Ou mais vezes	3,0

Fonte: HBSC 2013

7.4 Dados dos inquéritos INME

Em meio escolar público têm sido desenvolvidos outros estudos relevantes, de responsabilidade do ex-IDT, sendo as versões mais recentes de 2011:

- o ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs), que abrange 35 países, repete-se a cada 4 anos, integrando Portugal desde a 1.ª edição, em 1995, tendo por base alunos do ensino secundário com 16 anos;
- o ECATD (Estudo do Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas), usando a mesma metodologia do anterior no registo de consumo de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, aplicado a alunos do ensino público com idades entre os 13 e os 18 anos (7.º ao 12.º anos);

- o INME (Inquérito Nacional em Meio Escolar), sobre que nos vamos debruçar sumariamente, aplicado separadamente a alunos do secundário e do 3.º ciclo.

Quadro 58. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Experimentação (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	67	91	60	87	67	93
Cerveja	54	80	51	79	57	85
Bebidas Destiladas	50	81	36	74	40	81
Vinho	38	65	34	64	39	69
Alcoopops	-	-	32	68	37	75
Binge Drinking	-	-	-	-	19	55
Embriaguez	-	-	14	34	13	42

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

As medidas padrão dos vários tipos de bebidas (vinho/cerveja/destiladas ou espirituosas) têm o mesmo volume de etanol, sendo a rapidez da absorção gástrica inversamente proporcional ao grau de repleção gástrica (maior em jejum).

Os “alcoopops” são a designação simplificada de “novas bebidas intencionalmente desenhadas”, uma criação da indústria de produção e do comércio de destiladas (ou “bebidas brancas”) na década de 90, com o intuito de conquistar consumidores até aí inacessíveis por razões culturais e biológicas: o género feminino e os menores. Ao “embrulharem” o etanol, biologicamente rejeitável por aqueles grupos, com xaropes fortemente adocicados e frutados, tentavam, apoiados em técnicas de marketing muito apuradas e agressivas, compensar a saturação do mercado tradicional – o género masculino, juvenil e adulto. É pois uma área em que a saúde pública, sobretudo das futuras gerações adultas, continua em perda face aos interesses económicos desenfreados.

Quadro 59. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de medicamentos, inalantes e esteróides, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Experimentação (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Medicamentos	11	14	5	7	4	7
Inalantes	5	4	7	4	5	4
Esteróides	-	-	3	2	2	2

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 60. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Consumo recente - últimos 12 meses (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	49	76	48	79	55	87
Cerveja	38	57	40	63	45	72
Bebidas Destiladas	38	67	30	67	33	74
Vinho	21	33	21	42	25	48
Alcoopops	-	-	27	61	30	68
Binge Drinking	-	-	-	-	17	50
Embriaguez	-	-	11	29	7	25

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

O total de alunos do secundário, com risco mais elevado por serem de menor idade, tem mantido consumos crescentes, para todos os tipos de bebidas e em particular nos consumos de maior risco.

Quadro 61. Prevalência nos últimos 30 dias (consumo atual) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)

Consumo atual – últimos 30 dias (%)						
	2001		2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Álcool	25	45	32	58	37	68
Cerveja	17	28	25	41	29	51
Bebidas Destiladas	20	35	19	44	20	50
Vinho	6	12	12	23	13	28
Alcoopops	-	-	17	39	18	44
Binge Drinking	-	-	-	-	7	21
Embriaguez	-	-	7	16	7	21

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 62. Prevalência da ocorrência de situações de embriaguez nos últimos 12 meses, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)

Embriaguez nos últimos 12 meses (%)				
	2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	11	29	7	25
Norte	7	23	5	18
Centro	12	32	8	29
LVT	11	28	6	24
Alentejo	23	47	15	43
Algarve	15	39	7	31

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Sendo o risco psicótico destas substâncias, como já sublinhado, potencialmente maior em idades mais jovens, o resultado é inquietante.

Quadro 63. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de cannabis, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)

Consumo cannabis nos últimos 12 meses (%)				
	2006		2011	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	5	15	8	23
Norte	5	13	7	22
Centro	5	15	7	23
LVT	11	15	6	26
Alentejo	23	18	15	25
Algarve	15	19	7	27

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Quadro 64. Frequência de consumo de cannabis entre consumidores – últimos 12 meses, por Região e ciclo de estudos (2011)

Frequência Consumo cannabis nos últimos 12 meses (%)						
	Todos dias/ Todas semanas		Muitas ou quase todas semanas		Uma vez por outra / Algumas semanas	
	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário	3.º Ciclo	Secundário
Total	12	11	12	14	76	75
Norte	12	10	11	14	77	76
Centro	10	9	13	13	77	78
LVT	13	13	13	16	74	71
Alentejo	15	11	8	9	77	80
Algarve	6	9	17	17	77	74
RAA	12	10	14	13	74	77
RAM	8	9	8	8	84	83

Fonte: INME 2013 (3.º Ciclo e Secundário)

Os valores apresentados são genericamente preocupantes, sobretudo em relação aos alunos do secundário, ao mostrarem um padrão de consumo mais ocasional, face à evidência científica atual de o risco psicótico estar sobretudo baseado em fatores constitucionais, não previamente identificáveis, e à menoridade, aparentemente independente da frequência. A preocupação apresenta um alerta reforçado quanto à Região Autónoma da Madeira.

8. Notas Finais

1. A Saúde Mental apresenta 5 patologias no top ten das entidades nosológicas responsáveis pela maior incapacidade para a atividade produtiva e psicossocial: a depressão major (em lugar cimeiro), os problemas ligados ao álcool, as perturbações esquizofrénicas, as doenças bipolares e as demências.
2. O suicídio frequentemente relacionado com perturbações mentais é mais preocupante na população com idade igual ou superior a 70 anos, na qual se registou 21,4 óbitos por 100 000 habitantes em Portugal Continental, em 2011.
3. O consumo de substâncias psicoativas como o canábis gera preocupação, sobretudo em relação aos valores elevados verificados nos alunos do secundário, face à evidência científica atual do risco psicótico também associado à menoridade.
4. As psicoses constituíram um dos principais motivos de internamento associado às perturbações mentais. No entanto com a criação de mais estruturas de reabilitação psicossocial, nomeadamente com a esperada implementação dos cuidados continuados de saúde mental prevê-se a redução do número de episódios de internamento por perturbações psicóticas.
5. O conhecimento de utentes com perturbações mentais em Cuidados de Saúde Primários carece de maior adesão ao registo informático, com conseqüente melhoria da informação disponível e do conhecimento da realidade nacional.
6. A manutenção dos níveis de consumo dos antidepressivos de 1.ª geração revela uma opção por terapêutica de igual eficácia e menor custo.

7. Os dados do 1.º estudo de prevalência de perturbações mentais colocam Portugal no lugar cimeiro entre os países europeus analisados (8) quanto à prevalência das doenças mentais (22,9%).
8. O consumo de mais antidepressivos por perturbações depressivas é superior à média da UE (55% em Portugal e 51% na UE). Por outro lado, o consumo de antidepressivos por perturbações ansiosas é na ordem dos 47% (41% na UE). Estes dados carecem de uma análise mais detalhada.
9. O atual modelo de intervenção em Saúde Mental baseado na integração dos serviços de saúde mental nos de saúde geral, suportado em equipas comunitárias multidisciplinares articuladas com os Cuidados de Saúde Primários é considerado pela UE e a OMS como o modelo com maior eficácia e mais económico.
10. O maior registo de casos de suicídio na região do Alentejo e do Algarve requer a intervenção de brigadas móveis em zonas de dispersão habitacional e menor densidade demográfica, como já se verifica.

Recomendações

- Prevenir o suicídio através da melhoria da capacitação diagnóstica e terapêutica das perturbações depressivas, nomeadamente nos CSP;
- Detetar precocemente e acompanhar a depressão e demências nomeadamente nas pessoas idosas;
- Prevenir e reduzir a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, tanto lícitas (psicofármacos, álcool) como ilícitas, em particular nos jovens;
- Prevenir, detetar e acompanhar os comportamentos de risco nos vários grupos etários, em articulação com os demais Programas Prioritários e outras estruturas da Sistema de Saúde.

9. Notas metodológicas

Quadro 65. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH

Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH	
CÓD.	Descrição
426	Neuroses depressivas
427	Neuroses excepto as depressivas
428	Perturbações da personalidade e do controlo dos impulsos
430	Psicoses
431	Perturbações mentais da infância

Quadro 66. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC

Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC	
290	Demências
295	Psicoses Esquizofrénicas
296	Perturbações Episódicas do Humor
297	Perturbações Delirantes
298	Psicoses não orgânicas NCOP
300	Perturbações da Ansiedade, Dissociativas e Somatoformes
307.1	Anorexia Nervosa
307.51	Bulimia Nervosa
312	Distúrbio de Comportamento NCOP

NCOP – não codificado em outra parte

Bibliografia consultada

DGS (2012). Programa Nacional para a Saúde Mental. Orientações programáticas. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017668.pdf>

Xavier, M et al (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal – rationale, design and fieldwork procedures. *International Journal of Mental Health Systems* 2013, 7:19. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.ijmhs.com/content/7/1/19>

Coordenação Nacional para a Saúde Mental (2008). Plano Nacional da Saúde Mental 2007-2013. Acedido em julho 2013, disponível em http://www.saudemental.pt/wp-content/uploads/2011/03/resumo-executivo_PNSM_2007-2016.pdf

WHO (2008). mhGAP – Mental Health Gap Action Programme. Acedido em julho 2013. Disponível em http://www.who.int/mental_health/evidence/mhGAP/en/

European Commission (2013). Joint Action on Mental Health and Well-being. Acedido em julho 2013. Disponível em <http://ec.europa.eu/eahc/news/news216.html>

Gulbenkian Global Mental Health Platform (2013). Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.gulbenkianmhplatform.com/platform>

Harvard School of Medicine (2005). World Mental Health (WMH) Surveys Initiative (WMHSI). Acedido em julho 2013. Disponível em <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmh/>

Wilkinson, R and Pickett, K (2009). The Spirit Level. Why Equality is better for Everyone acedido em julho 2013. Disponível em <https://www.dur.ac.uk/resources/wolfson.institute/events/Wilkinson372010.pdf>

Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório, Lisboa

European Comission (2010, a). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/

European Comission (2010, b). Eurobarometers. Mental Health. Eurobarometer 73.2. Special Eurobarometer 345. Country factsheets.: Acedido em julho de 2013. Disponível em http://ec.europa.eu/health/mental_health/eurobarometers/

DGS (2012). SICO (Sistema de Informação dos Certificados de Óbito). Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.dgs.pt/> através de SICO.

DGS (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017. Acedido em julho de 2013. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A->

9CB/0/i018789.pdf

Matos. MG et al (2010). A Saúde dos Adolescentes Portugueses. Relatório do estudo HBSC 2010. Edição Aventura Social, projeto Aventura Social & Saúde. Acedido em julho de 2013. Disponível em http://aventurasocial.com/arquivo/1303144700_Relatorio_HBSC_adolescentes.pdf

SICAD (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), 2011– Secundário. Consumo de Drogas e outras Substâncias Psicoativas. Acedido em julho 2013. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_secundario_rev.pdf

SICAD (2012). Inquérito Nacional em Meio Escolar (INME), 2011 – 3.º ciclo, acedido em julho 2013. Disponível em http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Documents/2012/INME2011_3ciclo_rev.pdf

WHO (1996). The Global Burden of Diseases: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020, Murray C. and Lopez A. (Eds.). Boston: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and World Bank

Índice de Quadros

Página

Quadro 1. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), em Portugal Continental (2007 a 2011)	14
Quadro 2. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	18
Quadro 3. Indicadores de mortalidade relativos a perturbações mentais e comportamentais devidas ao uso de álcool, em Portugal Continental (2007 a 2011)	20
Quadro 4. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Norte (2007 a 2011)	22
Quadro 5. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Centro (2007 a 2011)	23
Quadro 6. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Lisboa e Vale do Tejo (2007 a 2011)	24
Quadro 7. Indicadores de mortalidade relativos a lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Alentejo (2007 a 2011)	25
Quadro 8. Indicadores de mortalidade relativos a Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por sexo, na ARS Algarve (2007 a 2011)	26
Quadro 9. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), Estados Membros da UE, (2007 a 2011)	27
Quadro 10. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)	28
Quadro 11. Taxas de Mortalidade Padronizada – Lesões autoprovocadas intencionalmente, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)	29
Quadro 12. Taxas de Mortalidade Padronizada – Perturbações mentais e comportamentais, Estados Membros da UE, (2007 a 2011)	30
Quadro 13. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011)	31
Quadro 14. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses, em Portugal Continental (2007 a 2011)	32
Quadro 15. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011)	33
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) . . .	34

Quadro 17. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	35
Quadro 18. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	36
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).....	37
Quadro 20. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)	37
Quadro 21. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses excepto as depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011)	38
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).....	39
Quadro 23. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	40
Quadro 24. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Anorexia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011).....	41
Quadro 25. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Bulimia Nervosa, em Portugal Continental (2007 a 2011)	42
Quadro 26. Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011)	42
Quadro 27. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Esquizofrénicas*, por ARS (2011).....	44
Quadro 28. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor*, por ARS (2011)	45
Quadro 29. Caracterização dos episódios de internamento associados a Perturbações Delirantes*, por ARS (2011)	46
Quadro 30. Caracterização dos episódios de internamento associados a Psicoses não orgânicas NCOP*, por ARS (2011)	47
Quadro 31. Prevalência das Perturbações Psiquiátricas nos Adultos (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013).....	58
Quadro 32. Distribuição do tipo de Tratamento (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), por gravidade, em Portugal (2013).....	58

Quadro 33. Percentagem de casos que iniciam tratamento no ano de início das queixas e mediana do atraso de tratamento, em Portugal (2013)	59
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)	60
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)	61
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)	62
Quadro 37. Percentagem de Perturbações Psiquiátricas Graves que receberam Tratamento Mínimo adequado nos últimos 12 meses, em Portugal e alguns países da Europa (2011)	63
Quadro 38. Distribuição dos Departamentos, Serviços e Equipas Comunitárias de Adultos nos Hospitais do SNS, por ARS (2012)	65
Quadro 39. Distribuição dos Departamento, Serviços e Unidades de Pedopsiquiatria nos Hospitais dos SNS, por ARS (2012)	67
Quadro 40. Prescrições de medicamentos no SNS (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)	72
Quadro 41. Custo médio por embalagem (PVP, Encargos do SNS) – Subgrupos selecionados do Grupo Farmacoterapêutico Sistema Nervoso Central, em Portugal Continental (2007 a 2011)	72
Quadro 42. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)	73
Quadro 43. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Antipsicóticos, em Portugal Continental (2007 a 2012)	75
Quadro 44. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Antidepressivos e lítio, em Portugal Continental (2007 a 2012)	77
Quadro 45. Experimentação de Álcool nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)	79
Quadro 46. Percentagem de casos em que a experimentação de álcool resultou em embriaguez nos Adolescentes, por idade e sexo, em Portugal (2010)	80
Quadro 47. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias , por sexo, em Portugal (2010)	80
Quadro 48. Frequência do consumo de álcool nos últimos 30 dias, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)	80

PORTUGAL

SAÚDE MENTAL EM NÚMEROS – 2013

Quadro 49. Frequência de embriaguez nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)	81
Quadro 50. Frequência do consumo de drogas ilícitas nos últimos 30 dias, por sexo, em Portugal (2010)	82
Quadro 51. Experimentação de vários tipos de drogas ilícitas, por tipo de droga e sexo, em Portugal (2010)	83
Quadro 52. Experimentação de vários tipos de drogas, por tipo de droga e ano de escolaridade, Portugal (2010)	83
Quadro 53. Frequência do consumo de cannabis, em Portugal (2010)	84
Quadro 54. Frequência de envolvimento em lutas, por sexo, em Portugal (2010).	84
Quadro 55. Frequência de porte de arma no último mês, por sexo, em Portugal (2010)	84
Quadro 56. Frequência de porte de arma no último mês, por ano de escolaridade, em Portugal (2010)	85
Quadro 57. Frequência de Violência autoinfligida no último ano (8.º e 10.º anos), em Portugal (2010).	85
Quadro 58. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011).	86
Quadro 59. Prevalência ao longo da vida (experiência de consumo) de medicamentos, inalantes e esteróides, por ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011).	87
Quadro 60. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)	87
Quadro 61. Prevalência nos últimos 30 dias (consumo atual) de álcool, por tipo de bebida e ciclo de estudos, em Portugal (2001, 2006 e 2011)	88
Quadro 62. Prevalência da ocorrência de situações de embriaguez nos últimos 12 meses, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011)	88
Quadro 63. Prevalência nos últimos 12 meses (consumo recente) de cannabis, por ARS e ciclo de estudos (2006 e 2011).	89
Quadro 64. Frequência de consumo de cannabis entre consumidores – últimos 12 meses, por Região e ciclo de estudos (2011)	89
Quadro 65. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos dos GDH	92
Quadro 66. Lista de doenças relativas à Saúde Mental e respetivos códigos CID9MC	92

Índice de Figuras

Página

Figura 1. Prevalência da Doença Mental versus Iniquidades, entre países	9
Figura 2. Prevalência dos Problemas Sociais e de Saúde versus Iniquidades, entre países	10
Figura 3. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	15
Figura 4. Taxa de mortalidade padronizada por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio), por 100000 habitantes, por sexo e local de residência (NUTS – 2002), (2010)	16
Figura 5. Anos potenciais de vida perdidos por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por sexo e local de residência (NUTS – 2002), (2006 a 2010)	17
Figura 6. Evolução das Taxas de Mortalidade Bruta e Padronizada por doenças atribuíveis ao álcool, por 100000 habitantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	19
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).	21
Figura 8. Evolução da produção hospitalar relativa a Demências, em Portugal Continental (2007 a 2011).	32
Figura 9. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Esquizofrénicas, em Portugal Continental (2007 a 2011).	33
Figura 10. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses Afetivas e Perturbações Episódicas do Humor, em Portugal Continental (2007 a 2011).	34
Figura 11. Evolução da produção hospitalar relativa a Perturbações Delirantes, em Portugal Continental (2007 a 2011)	35
Figura 12. Evolução da produção hospitalar relativa a Psicoses não orgânicas NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011)	36
Figura 13. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Neuroses depressivas, em Portugal Continental (2007 a 2011).	38
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).	39
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).	40
Figura 16. Evolução da produção hospitalar relativa a Distúrbio de Comportamento NCOP, em Portugal Continental (2007 a 2011).	41

Figura 17. Evolução da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a Perturbações mentais da infância, em Portugal Continental (2007 a 2011).	43
Figura 18. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010)	48
Figura 19. % de pessoas com registo de Demência entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)	49
Figura 20. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/Estado de ansiedade entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010).	50
Figura 21. % de pessoas com registo de Distúrbio Ansioso/ Estado de Ansiedade entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010).	51
Figura 22. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utentes inscritos em CSP, por ARS (2010)	52
Figura 23. % de pessoas com registo de Perturbações Depressivas entre o n.º de utilizadores dos CSP, por ARS (2010)	53
Figura 24. Prevalência anual das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013).	54
Figura 25. Prevalência das Perturbações da Ansiedade por Nosologia, em Portugal (2013)	55
Figura 26. Prevalência das Perturbações do Humor por Nosologia, em Portugal (2013)	55
Figura 27. Prevalência das Perturbações da Impulsividade por Nosologia, em Portugal (2013)	56
Figura 28. Prevalência de vida das Perturbações Psiquiátricas (exceto perturbações psicóticas esquizofreniformes e delirantes), em Portugal (2013).	57
Figura 29. Percentagem de doentes que procuram ajuda de um profissional devido a problemas psicológicos ou emocionais, Portugal e UE27 (2010).	64
Figura 30. Evolução dos Internamentos em Hospitais Psiquiátricos entre 2006 e 2012 – N.º total de camas	66
Figura 31. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012).	68
Figura 32. DDD por 1000 Habitantes, associada a medicamentos Antidepressivos, por mês, em Portugal Continental (2009 a 2012).	69
Figura 33. Comparação da percentagem de consumo de antidepressivos nos últimos 12 meses entre Portugal e os países da UE27 (2010).	70
Figura 34. Comparação dos Motivos de Consumo de Antidepressivos, em percentagem, entre Portugal e os países da UE27 (2010)	71

Figura 35. Prescrições no SNS de psicofármacos (número de embalagens) por DCI – Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos mais vendidos, em Portugal Continental (2007 a 2012)..	74
Figura 36. Evolução do Consumo de Antipsicóticos por grupos – 1.ª, 2.ª e 3.ª geração em Portugal Continental (2007 a 2012)..	76
Figura 37. Evolução das vendas por prescrição no SNS de psicofármacos – Antidepressivos – (número de embalagens) por DCI, em Portugal Continental (2007 a 2012)..	78

Quadro – SIGLAS

SIGLAS	Designação
ACES	Agrupamentos de Centros de Saúde
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
CESOP	Centro de Estudos e Sondagens de Opinião (da Universidade Católica Portuguesa)
CH	Centro Hospitalar
CHLC	Centro Hospitalar Lisboa Central
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CHPC	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra
CHPL	Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa
CID-9-MC	Classificação Internacional de Doenças (da OMS)-9.ª revisão- Modificação Clínica
CID-10	Classificação Internacional de Doenças (da OMS), 10.ª revisão
DC	Day Case
DCI	Designação Comum Internacional (medicamentos)
DDD	Dose Diária Definida ou Defined Daily Dose
DGS	Direção Geral da Saúde
ECATD	Estudo do Consumo de Álcool, Tabaco e Drogas
EENSM	Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental
ESPAD	European School Survey Projected on Alcohol and other Drugs
GDH	Grupos de Diagnósticos Homogéneos
H	Hospital
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
HDE	Hospital D. Estefânia
HFA Database	Health For All Database
HML	Hospital Magalhães de Lemos (hospital psiquiátrico do Porto)
IDT	Instituto da Droga e Toxicoddependência
INE	Instituto Nacional de Estatística
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
INME	Inquérito Nacional em Meio Escolar
IP	Instituto Público
IPSS	Instituições particulares de solidariedade social
LVT	Lisboa e Vale do Tejo
MGF	Medicina Geral e Familiar
NCOP	Não Classificada em Outra Parte (nas classificações de entidades nosológicas)
NSP	Novas Substâncias Psicoativas
NUTS	Nomenclaturas de Unidades Territoriais (para fins estatísticos)

SIGLAS	Designação
OMS	Organização Mundial da Saúde
PLA	Problemas Ligados ao Álcool
PVP	Preço de Venda ao Público
RAA	Região Autónoma dos Açores
RAM	Região Autónoma da Madeira
RIMA	Reversible Inhibitors of Monoamine Oxidase (classe de antidepressivos)
SICO	Sistema Informatizado dos Certificados de Óbito
SIARS	Sistema de Informação de ARS (por)
SIM@SNS	Sistema de Informação e Monitorização do Serviço Nacional de Saúde
SLSM	Serviço Local de Saúde Mental
SMIA	Saúde Mental da Infância e Adolescência
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UE	União Europeia
UE 27	União Europeia com 27 países
UNL	Universidade Nova de Lisboa
WHO	World Health Organization (OMS na sigla latina)
WHO/Euro	idem para a Região Europa
WMH	World Mental Health (de Survey Initiative)
WMHSI	World Mental Health Surveys Initiative



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