

Instituto **Nacional de Saúde**  
Doutor Ricardo Jorge



**Relatório**

**2016**

A doença  
mental comum  
em números a  
nível local e  
regional em  
Portugal:

Ansiedade, Demência,  
Depressão e Suicídio

---

Denise Capela dos Santos  
Mafalda Sousa Uva  
Carlos Dias Matias

Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge

Departamento de Epidemiologia

## **RELATÓRIO**

### **A DOENÇA MENTAL COMUM EM NÚMEROS A NÍVEL LOCAL E REGIONAL EM PORTUGAL: ANSIEDADE, DEMÊNCIA, DEPRESSÃO E SUICÍDIO**

Denise Capela dos Santos;  
Mafalda Sousa Uva;  
Carlos Matias Dias

Lisboa, Outubro de 2016

## **RESUMO**

A doença mental comum, nomeadamente a ansiedade, a demência, a depressão e comportamentos suicidas, apresentam, a nível mundial, uma das maiores taxas de incapacidade psicossocial, estando associadas a elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

As necessidades populacionais em saúde mental devem estar salvaguardadas através da adequação dos recursos dos cuidados primários (e secundários) à realidade de cada localidade e de cada região do país. Para isso, é preciso haver uma monitorização sustentada de dados de indicadores de base populacional e de indicadores de prestação de serviços de saúde associados a estas patologias, a nível local, pelos ACES e ULS. Estes dados, depois de agregados, devem proporcionar informação fidedigna a nível regional (a ser tratada pelas ARS) e, posteriormente, a nível nacional (tratada pela ACSS e INE).

Este estudo tem como objetivos: 1) a análise dos ACES, ULS e ARS que identificam as patologias associadas à doença mental comum como uma das principais necessidades das respetivas populações; 2) a avaliação dos indicadores que estão a ser monitorizados; 3) a identificação das fontes utilizadas para recolha de dados; 4) a avaliação da capacidade da informação atualmente recolhida ser suficiente para o bom planeamento e implementação de ações nos ACES para obtenção de ganhos em saúde mental pela população envolvente; e 5) Identificação dos perfis de risco por patologia.

Fez-se pesquisa documental *online*. Avaliaram-se documentos nacionais com dados de doença mental comum a nível regional, assim como todos os planos regionais e locais de saúde, e perfis regionais e locais de saúde, que se encontraram disponíveis na internet.

Os resultados indicam que a saúde mental é considerada prioritária em termos de necessidades populacionais em todas as regiões do país, e a nível local pelos ACES pertencentes principalmente às ARS do Norte e Centro (com predominância do foco na depressão).

Detalharam-se os indicadores em monitorização por região e por local e averiguou-se que há uma grande heterogeneidade de dados a serem recolhidos simultaneamente nos ACES, ULS e ARS, com exceção das taxas de mortalidade padronizada por suicídio em idade prematura e da % de utentes com registo de perturbações depressivas e de demência nos cuidados primários. As fontes de dados mais usadas são o SIARS, GDH/ACSS e DGS para a morbilidade, e INE para a mortalidade. Os perfis de grupos de risco foram identificados predominantemente no Alentejo. Concluiu-se que os dados recolhidos a nível local e regional são insuficientes para o bom planeamento de atividades/ serviços nos ACES em virtude de ganhos em saúde mental das populações e sugeriram-se indicadores a monitorizar de forma sustentada. É preciso apostar rapidamente em indicadores de base populacional e homogeneizar a recolha de dados de indicadores de base organizacional, que devem compilar dados de cuidados primários, secundários e terciários nos setores públicos e privado.

### **Palavras-chave:**

Doença Mental Comum, Ansiedade, Demência, Depressão, Suicídio, Nível local e regional

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	6
Objetivos.....	7
METODOLOGIA.....	8
RESULTADOS.....	9
1. Identificação da doença mental comum como principal necessidade da população a nível local e regional .....	9
2. Indicadores de mortalidade a nível regional e local.....	10
2.1. Depressão.....	10
2.2. Suicídio e lesões auto-infligidas.....	11
3. Indicadores de morbilidade a nível regional e local.....	12
3.1. Ansiedade.....	12
3.2. Demência.....	13
3.3. Depressão.....	13
3.4. Suicídio e lesões auto-infligidas.....	16
3.5. Doença Mental não discriminada.....	16
DISCUSSÃO.....	17
LIMITAÇÕES AO ESTUDO.....	22
PERSPETIVAS FUTURAS.....	23
CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
ANEXO 1: Identificação da doença mental comum como principal necessidade da população a nível local e regional	
ANEXO 2: Dados de mortalidade por doença mental comum região, local e por género	
ANEXO 3: Dados de mortalidade por suicídio região, género e por grupo etário	
ANEXO 4: Dados de morbilidade de doença mental comum por região, local e por género	
ANEXO 5: Dados de morbilidade de doença mental comum por região, género e por grupo etário	

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

ACES – Agrupamento dos Centros de Saúde  
ACSS – Administração Central dos Sistema de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
AVPP – Anos de Vida Potenciais Perdidos  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
CTH – Consulta a Tempo e Horas  
DALY – *Disability Adjusted Life Year*  
DGS – Direção Geral de Saúde  
DMC – Doença mental comum  
DSP – Departamento de Saúde Pública  
ECOS – Estudo Em Casa Observamos Saúde  
GDH – Grupos de Diagnóstico Homogéneo  
GHQ -28 - *General Health Questionnaire – versão 28*  
INE – Instituto Nacional de Estatística  
INS – Inquérito Nacional de Saúde  
INSA – Instituto Doutor Ricardo Jorge  
LVT – Lisboa e Vale do Tejo  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ORS – Observatório Regional de Saúde  
PHQ-8 – *Patient Health Questionnaire – versão 8*  
SRASRAM – Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira  
SRSRAA – Secretaria Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores  
ULS – Unidade Local de Saúde  
USF – Unidade de Saúde Familiar  
YLD – *Years of Life with Disability*  
YLL – *Years of Life Lost*

## INTRODUÇÃO

As doenças mentais representam transtornos mentais que compreendem uma vasta gama de patologias, com diferentes sintomas específicos associados. Na generalidade, todas se caracterizam pela combinação de pensamentos anormais, emoções, comportamentos e relações com os outros (OMS, 2016a). Exemplos disso incluem a depressão; ansiedade; transtorno afetivo bipolar; esquizofrenia; demência; deficiência intelectual; transtornos do desenvolvimento, incluindo o autismo; e transtornos devido ao abuso de drogas (OMS, 2016a).

A nível mundial, estas doenças apresentam uma das maiores taxas de incapacidade psicossocial e elevadas taxas de morbilidade e mortalidade, sobretudo devido ao suicídio, que representa a segunda causa de morte no grupo etário dos 15 aos 29 anos (OMS, 2016b). A doença mental assume-se mundialmente como uma prioridade, por ser reconhecida como fundamental para a redução da mortalidade prematura (ocorrida em idade menor ou igual a 70 anos) e por contribuir para o aumento da esperança de vida saudável aos 65 anos de idade. Estas representam duas das quatro metas definidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a serem atingidas até 2020 (DGS, 2015a).

Em Portugal, dados do Relatório da Saúde Mental em Números, de 2014, revelam uma prevalência anual de perturbações psiquiátricas de 22,9%, correspondente a aproximadamente um quinto da população portuguesa (Carvalho *et al.*, 2014). Dessas perturbações, as mais frequentes são as de ansiedade (16,5%) e as depressivas (7,9%) (Caldas de Almeida *et al.*, 2013). Cerca de 43% da população portuguesa já experienciou uma dessas condições ao longo da vida (Caldas de Almeida *et al.*, 2013). Dados do Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2014/15 revelam que a prevalência de sintomas depressivos, medidos segundo a escala *Patient Health Questionnaire Depression* (PHQ-8), é de 25,4% (INE. INSA, 2015). Em Portugal verifica-se uma das mais elevadas prevalências de doença mental da Europa (DGS, 2015b).

Em termos de morbilidade, as perturbações mentais e do comportamento mantêm um peso significativo no total de anos de vida saudável perdidos pelos portugueses, com uma taxa de 11,75% comparativamente a 10,38% das doenças oncológicas (Carvalho *et al.*, 2016). Simultaneamente, as perturbações mentais representam 20,55% do total de anos vividos com incapacidade (Carvalho *et al.*, 2016).

Quanto à taxa de mortalidade padronizada por suicídio em Portugal, estima-se em 8,9/100 000 habitantes em Portugal (Carvalho *et al.*, 2016). Esta taxa é substancialmente inferior à média da União Europeia (10,2/10<sup>5</sup>) (Carvalho *et al.*, 2016). No entanto, quando consideramos apenas o grupo etário dos 65 e mais anos, verificamos que a taxa de suicídio em Portugal (36,1/10<sup>5</sup>) é superior à média Europeia, para ambos os sexos (Carvalho *et al.*, 2016).

Nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), que representam a prestação de cuidados de saúde a nível local, em Portugal, as proporções mais elevadas de registos são atribuíveis às perturbações de ansiedade (16,5%) e depressivas (8%) e à demência (Carvalho *et al.*, 2016), sendo estas as patologias que compõem o conceito de *Doença Mental Comum*.

Dados da Rede Médicos Sentinela, de 2014, revelam que a taxa de incidência de consultas relacionadas com a depressão nos cuidados de saúde primários foi 6645,6/10<sup>5</sup> utentes em 2013, sendo a taxa de incidência de tentativas de suicídio 34,5/10<sup>5</sup> utentes (INSA, 2014).

Os dados epidemiológicos supracitados referem-se ao panorama nacional em doença mental e refletem a eminente necessidade de ação sobre esta patologia em Portugal.

Verifica-se, porém, alguma incerteza quanto à existência e disponibilidade de indicadores de base populacional de saúde mental, a nível local, monitorizados por parte dos Departamentos de Saúde Pública (DSP) dos Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) e Unidades Locais de Saúde (ULS), assim como pelos Observatórios Regionais de Saúde (ORS) das respetivas Administrações Regionais de Saúde (ARS). Estes dados, depois de agregados, devem proporcionar informação fidedigna a nível nacional (pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) e pelo Instituto Nacional de Estatística (INE)).

De notar que a recolha de dados a nível local é a base da estratégia local de saúde em cada município e em cada região. Esta recolha é o principal instrumento para a realização dos grandes objetivos do Plano Nacional de Saúde, a nível local, e para a sua implementação em todo o território (Sakellarides, Gonçalves e Santos, 2010). Só trabalhando a nível local será possível apostar na adequação dos serviços às necessidades específicas de prevenção, de diagnóstico e de tratamento das populações, considerando as características da população envolvente e recursos disponíveis por ACES/ ULS.

Os objetivos deste relatório são:

1. avaliar se as diferentes patologias associadas à doença mental comum (ansiedade, demência, depressão, suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente) são entendidas como uma das principais necessidades da população, por local e por região;
2. analisar que indicadores estão a ser monitorizados pelos ACES, ULSs e ARSs;
3. avaliar quais as fontes utilizadas para recolha de dados;
4. perceber se os dados recolhidos são suficientes para o bom planeamento de atividades/serviços para obtenção de ganhos em saúde por parte da população envolvente;
5. definir o perfil da população em risco associado a cada patologia.

## **METODOLOGIA**

Para dar resposta aos objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica das medidas epidemiológicas de frequência nacionais, regionais, e locais, disponíveis no âmbito da saúde mental.

Esta pesquisa foi realizada em Março e Abril de 2016 e incluiu como fontes de informação o Google e a B-on.

As palavras-chave utilizadas incluíram: Doença mental, Planos Regionais de Saúde, Plano Nacional de Saúde, Perfis Regionais de Saúde, Planos Locais de Saúde, Perfis Locais de Saúde, ACES Norte, ACES Centro, ACES LVT, ACES Alentejo, ACES Algarve, Secretaria Regional de Saúde dos Açores, Secretaria Regional de Saúde da Madeira e Infarmed.

Optou-se por avaliar, primeiramente, dados regionais e locais em documentos de cariz nacional, sendo posteriormente investigados dados relativos a medidas epidemiológicas de frequência de saúde mental em Planos Regionais de Saúde, disponíveis na internet (usando o motor de busca Google).

Nos casos de impossibilidade de acesso aos Planos Regionais de Saúde, consultaram-se os Perfis Regionais de Saúde.

Após a análise da informação disponível a nível regional, analisaram-se os Planos Locais de Saúde. Pesquisaram-se ainda todos os Perfis Locais de Saúde por ACES, pelo mesmo motor de busca.

Foi também considerada informação epidemiológica interna, disponível no Departamento de Epidemiologia do Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (INSA), de que os autores privilegiam.

Os resultados que se apresentam constam, portanto, de um resumo da informação recolhida após consulta de documentos de âmbito nacional, regional e local sobre o tema.



## **RESULTADOS**

### **1. Identificação da doença mental comum como principal necessidade da população a nível local e regional**

Os resultados que se apresentam neste capítulo encontram-se discriminados no Anexo 1 deste documento.

A nível regional, a saúde mental é considerada uma prioridade pela ARS Centro (2015), ARS do Alentejo (2013), Secretaria Regional dos Assuntos Sociais da Região Autónoma da Madeira (SRASRAM) (2011) e Secretaria Regional de Saúde da Região Autónoma dos Açores (SRSRAA) (2014).

A SRASRAM (2011) associa a doença mental ao consumo de álcool e a SRSRAA (2014) ao stresse, abuso de substâncias ilícitas e de álcool, reconhecendo que o tratamento destes comportamentos é determinante para a saúde mental.

A ARS do Norte (2014) considera apenas como prioridade as perturbações depressivas (que associa à obesidade e ao consumo de álcool), e a ARS do Algarve (2011), as perturbações depressivas e a ansiedade (identificando como determinante o combate às perturbações do sono).

A nível local, os ACES Gerês/Cabreira (2014), ACES Alto Tâmega e Barroso (2014), ACES Marão e Douro Norte (2014), ACES Douro Sul (2014), ACES Alto Ave (2014), ACES Famalicão (2014), ACES Braga (2014), ACES Baixo Tâmega (2014), ACES Vale Sousa Sul (2014), ACES Vale Sousa Norte (2014), ACES Sto. Tirso/ Trofa (2014), ACES Gondomar (2014), ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2014), ACES Feira/Arouca (2014), ULS Matosinhos (2014), ULS Nordeste (2014), ULS Alto Minho (2014), pertencentes à ARS do Norte; os ACES Baixo Mondego (2014), ACES Baixo Vouga (2014), ACES Beira Interior Sul (2014), ACES Cova da Beira (2014), ACES Dão Lafões (2014), ACES Pinhal Interior Norte (2014), ACES Pinhal Interior Sul (2014), ACES Pinhal Litoral (2014), ULS Guarda (2014), pertencentes à ARS do Centro; e o ACES de Sintra (2015), pertencente à ARS LVT, consideram como prioridade atuar a nível das perturbações depressivas.

De todos estes, só o ACES de Sintra (2015) associa a depressão a vários determinantes da saúde mental, como descrito no Anexo 1.

O ACES da Maia (2011), também considera uma prioridade atuar sobre a depressão, mas apenas no sexo feminino. Este ACES apresenta determinantes de risco e determinantes protetores para as perturbações depressivas, conforme Anexo 1.

Os ACES da Amadora (2014) e Oeste Norte (2014), pertencentes à ARS de Lisboa e Vale do Tejo (LVT), indicam a saúde mental como prioridade a nível local mas não especificam nenhuma

patologia. O ACES Oeste Norte (2014) indica como determinante para a saúde mental o contexto socio-económico, os recursos humanos, as estratégias de intervenção e o combate ao isolamento de idosos.

O ACES Porto Oriental (2011) e o ACES Barcelos/Esposende (2015) consideram atuar prioritariamente sobre o suicídio. O ACES Porto Oriental (2011) associa determinantes de risco e determinantes protetores do suicídio, como base de atuação estratégica para combater o risco de suicídio, como consta no Anexo 1.

O consumo exagerado de álcool foi o fator mais citado em associação à doença mental comum.

Não se encontrou mais nenhuma informação relevante a este nível nos outros documentos analisados a nível nacional, regional e local.

## 2. Indicadores de Mortalidade a nível regional e local

Os indicadores de mortalidade para a ansiedade, demência, depressão, suicídio e doença mental não discriminada, medidos em cada local (ACES e ULS) e região (ARS) estão detalhados nos Anexos 2 e 3 deste relatório. O texto que se segue tem por base a informação ali presente.

Não se encontrou informação epidemiológica sobre a mortalidade associada à ansiedade e à demência.

Os indicadores de mortalidade encontrados e que se descrevem a seguir têm como fonte o INE e PORDATA, maioritariamente.

### 2.1. Depressão

Para todas as regiões de Portugal Continental encontrou-se disponível informação quanto ao “Nº de Óbitos e Taxa de Letalidade associados a perturbação depressiva major, episódio simples ou recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico” (Carvalho *et al.*, 2016). Os dados provêm dos Grupos de Diagnóstico Homogéneo (GDH) - ACSS/ Direção Geral de Saúde (DGS), de 2014 e 2013.

Os resultados alcançados não demonstram uma relação positiva entre a depressão e a mortalidade.

A nível local não se encontrou informação nos ACES e ULS quanto a indicadores de mortalidade por depressão, à semelhança do que se passou nas regiões Autónomas.

## 2.2. Suicídio e lesões autoinfligidas

Verificaram-se disponíveis, para todas as regiões de Portugal, dados de 2014 sobre o “N.º de Óbitos”, a “Taxa de Mortalidade Bruta” e a “Taxa de mortalidade padronizada, por 100.000 habitantes, por lesões autoprovocadas intencionalmente”, com desagregação por sexo e grupo etário (Carvalho *et al.*, 2016), com base no INE (maioritariamente), DSP (ARS Norte, LVT, Algarve, e Açores) e DGS (para a Região Autónoma da Madeira)

Atendendo à diferença de dimensão territorial e demográfica entre as regiões, entende-se que, para efeitos de comparabilidade, se devem considerar apenas a taxa de mortalidade bruta e padronizada por 100.000 habitantes. Estas taxas revelaram-se consideravelmente maiores no Alentejo (Carvalho *et al.*, 2016), em ambos os sexos e na faixa etária dos 75 e mais anos.

Note-se que, nos documentos encontrados, a ARS Algarve (2011) só monitorizou a taxa de mortalidade padronizada por suicídio e lesões autoprovocadas no sexo masculino e que os Açores e a Madeira não desagregaram este indicador por sexo (Carvalho *et al.*, 2016).

Por outro lado, a desagregação da taxa de mortalidade padronizada por grupo etário, não é homogénea, sendo apenas as faixas etárias <65 anos e ≥65 anos comparáveis em todas as regiões do país.

A ARS Norte (2014) avalia também a “Mortalidade proporcional (%), em todas as idades e em idade prematura (<65 anos), por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente.”

A ARS LVT (2015) monitoriza ainda o “Número de óbitos” e a “Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes, por lesões provocadas intencionalmente”, discriminados por local de residência (em RLVT, Oeste, Médio Tejo, Grande Lisboa, Península de Setúbal, Lezíria do Tejo, e outro).

A ARS Centro (2015) é a única que apresenta indicadores de mortalidade por doença mental, sem discriminação da patologia inerente.

A nível local, contrariamente aos indicadores monitorizados a nível regional, encontrou-se disponível informação sobre a “Taxa de mortalidade padronizada por suicídio <75 anos por 100.000 habitantes” para todos os ACES da região Norte, Centro e Algarve, desagregada por género, no triénio de 2010-2012, com base no INE.

Neste caso, o ACES Baixo Tâmega (2014) é o que apresenta maior taxa de mortalidade da região norte em ambos os sexos e no sexo masculino; o sexo feminino apresenta maior taxa de mortalidade padronizada por suicídio <75 anos na ULS do Alto Minho (2014).

Quanto à região centro, o ACES Pinhal Interior Sul (2014) é o que apresenta maior taxa de mortalidade da região em ambos os sexos e no sexo masculino; o sexo feminino apresenta maior taxa de mortalidade padronizada <75 anos no ACES Beira Interior Sul (2014).

Já no Algarve, a maior taxa de mortalidade em ambos os sexos pertence ao ACES Sotavento (2014). Este é o ACES com maior taxa de mortalidade padronizada por suicídio <75 anos por 100.000 habitantes de todas as regiões com dados disponíveis (ARS Norte, Centro e Algarve).

Em qualquer ACES ou região, os homens apresentam taxas de mortalidade muito mais elevadas que as mulheres. A nível local, não há desagregação dos dados por faixa etária.

O ACES Amadora (2014) considera apenas a “Taxa de mortalidade padronizada <65 anos por 100.000 habitantes”, e o ACES Sintra (2015), a “% de óbitos por lesões provocadas intencionalmente”, não permitindo a comparabilidade destes dados com os outros ACES do país.

Quanto às regiões autónomas, não há segmentação da informação por ilha/ local, tendo-se encontrado apenas informação regional.

### **3. Indicadores de Morbilidade a nível regional e local**

Os indicadores de mortalidade para a ansiedade, demência, depressão, suicídio e doença mental indiscriminada, medidos em cada local (ACES e ULS) e região (ARS) estão detalhados nos Anexos 4 e 5 deste relatório.

#### **3.1. Ansiedade**

Relativamente à ansiedade, encontraram-se disponíveis dados, de 2014, sobre a “Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) ( % )”, com base no Sistema de Informação das ARS (SIARS), ao nível das regiões apenas do Continente (Carvalho *et. al.*, 2016).

A SRSRAA (2014) é a única entidade que apresenta dados sobre “a prevalência da ansiedade cónica (%)”, desagregada por sexo, com base no INS 2005-2006.

Não se encontraram dados sobre a ansiedade na Região Autónoma da Madeira.

Após análise destes resultados, verifica-se que há uma maior prevalência da ansiedade no Alentejo, no sexo feminino.

Ao nível local, encontraram-se somente dados sobre o mesmo indicador no ACES Oeste Norte (2014), originados pela aplicação do *General Health Questionnaire* – versão 28 (GHQ-28).

### 3.2. Demência

Sobre demência, encontraram-se disponíveis dados, de 2014, sobre a “Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos dos CSP (%)” ao nível das regiões do Continente, com base no SIARS (Carvalho *et al.*, 2016). Não se encontraram dados para os Açores e Madeira.

Considerando estes dados, a região com maior prevalência de demência é o Alentejo.

O estudo “Em Casa Observamos Saúde” (ECOS), do Departamento de Epidemiologia do INSA, também disponibiliza dados trienais sobre prevalência auto-reportada de demência, por região de saúde (ECOS, 2010), tendo sido a última amostra ECOS constituída em 2013.

Ao nível local, encontrou-se também disponível informação sobre a “Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos dos CSP (%)”, por sexo, em 2014, com base no SIARS, para todos os ACES das regiões Norte, Centro e Algarve.

Não se encontraram dados de ACES pertencentes às regiões de LVT e Alentejo, nem das Regiões Autónomas a nível local.

Relativamente aos ACES do Norte, existe maior prevalência de demência no ACES Douro Sul (2014); no Centro, há maior prevalência no ACES do Pinhal Interior Sul (2014), e no Algarve, no ACES Sotavento (2014). Entre estes, o ACES do Pinhal Interior Sul é o que apresenta maior prevalência de demência em ambos os sexos. Em todos os casos, o sexo feminino apresenta uma prevalência de demência bastante superior ao sexo masculino.

Não se encontrou desagregação de dados por faixa etária.

### 3.3. Depressão

Quanto à depressão, o INS 2014/2015 e o Estudo ECOS (ECOS, 2010) providenciam informação sobre a “Prevalência de depressão auto-reportada”, nas diferentes regiões em Portugal e em Portugal Continental, respetivamente. O INS 2014/2015 dispõe ainda de dados sobre a “Prevalência de depressão medida” pela aplicação do instrumento PHQ-8 (INE. INSA, 2015).

Contudo, os dados destes estudos não foram ainda encontrados em nenhum documento oficial de ACES, ULS ou ARS.

Encontraram-se dados regionais sobre a “Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos nos CSP (%)”, em 2014, apenas ao nível das regiões do Continente, desagregados por sexo, com base no SIARS (Carvalho *et al.*, 2016).

Também se verificou informação sobre o “Número total de indivíduos com um ou mais internamentos, número de episódios de internamento ou número de episódios subsequentes de internamento, associados a perturbação depressiva major, episódios simples ou recorrentes, severos, com menção de comportamento psicótico”, em 2014 ou 2013, em todas as regiões de saúde de Portugal Continental, com base nos GDH, atribuídos nos hospitais na altura da alta dos pacientes e disponíveis a partir da ACSS/DGS (Carvalho *et al.*, 2016).

Verificou-se que a região Norte (2014) representou a única região do País onde se encontrou o indicador “N.º de DALY (disability adjusted life year) de episódios depressivos (unipolar) e respetivo peso no total (% no total de DALY)”, bem como a “Contribuição (%) das componentes YLL (years of life lost) e YLD (years of life with disability) para os DALY”. Contudo, nenhuma fonte de dados foi identificada.

A ARS Norte (2014) apresenta, ainda, contrariamente às outras ARS, a “proporção de inscritos adultos (com mais de 18 anos) com diagnóstico de depressão a realizar terapêutica antidepressiva”, com base no SIARS.

A ARS LVT (2015) apresenta em exclusivo o “N.º e % de residentes que tem ou já teve depressão”, em simultâneo, com base no Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006), desagregados por género e por faixa etária.

A SRSRAA (2014) apresenta dados sobre a “Prevalência da Depressão”, com base no INS (2005-2006), desagregada por sexo.

A ARS do Algarve (2011) monitoriza também a “Prevalência da depressão, segundo a ocupação e a escolaridade (%)”, com base no mesmo inquérito, também desagregada por género e faixa etária.

Não se encontraram dados epidemiológicos sobre a morbilidade associada à depressão na Região Autónoma da Madeira.

Ao nível local encontrou-se disponível informação sobre a “Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos CSP (%)”, em 2014, com base no SIARS, desagregados por sexo, para todos os ACES das regiões Norte, Centro e Algarve (e no ACES Oeste Norte (2014), pela aplicação do GHQ-28).

O ACES Barcelos/Esposende (2015), apresenta como indicador a “Frequência de depressão na população (%)”, mas com o SIARS como fonte de informação, sugerindo que este indicador não apresenta base populacional mas organizacional.

Encontraram-se, ainda, dados sobre o “Número de utentes com registo de perturbações depressivas” no ACES Sintra (2015), embora este indicador se considere de difícil comparabilidade com os outros ACES do país.

Outro indicador que só este ACES monitoriza é a “Proporção de Unidades de Saúde Familiares (USF) com acesso e utilização plena dos sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e que referenciem através da Consulta a Tempo e Horas (CTH)”.

Note-se, que o ACES Sintra (2015) prevê ter, em 2017, dados sobre: o “N.º de protocolos aprovados de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando referenciação, formação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico”, e o “N.º de projetos implementados, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão”.

De forma a comparar dados para avaliar qual a região/ localidade e género com maior prevalência de depressão, recorreu-se à análise ao único indicador partilhado a nível local e regional: a “Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos nos CSP (%)” (embora este indicador tenha evidentes limitações, referidas no capítulo da Discussão).

Alcançaram-se os seguintes resultados: Ao nível da região norte, o ACES Douro Sul (2014) é o que apresenta mais utentes com registo de depressão. Na região centro, é o ACES Baixo Mondego (2014), e no Algarve, o ACES Sotavento (2014). Destes, o que apresenta maiores valores é o ACES Douro Sul (2014). Em todos os ACES e regiões, as mulheres representam uma proporção de utentes, com depressão diagnosticada e inscritas nos CSP, bastante superior à dos homens.

É necessário ainda indicar que se considerarmos apenas os indicadores regionais, a região com maior proporção de utentes com depressão é o Centro (embora o ACES Douro Sul pertença à ARS Norte).

Se tentarmos perceber a faixa etária associada a maior prevalência de depressão, temos de analisar os dados referentes às ARS LVT (2015) e ARS Algarve (2011), com base no INS 2005-2006 (Anexo 3). Ambos os documentos confirmam que a faixa etária mais depressiva é a dos 45 aos 64 anos (sexo feminino), embora não haja uma homogeneidade dos intervalos das faixas etárias considerados nas duas ARS.

Os dados provenientes da ARS do Algarve (2011) indicam-nos ainda a prevalência da depressão de acordo com a ocupação e com a escolaridade, novamente com base no INS (2005-2006). São as domésticas, com escolaridade inferior a 5 anos, que maior risco de depressão têm.

### 3.4. Suicídio e lesões autoinfligidas

As ARSs do Norte (2014), Centro (2015), LVT (2015) e Alentejo (2013) apresentam informação sobre a “Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) /100 000 habitantes por suicídio e lesões auto-infligidas”, com base em dados do INE, em diferentes triénios. Esta diferença temporal aumenta a probabilidade de viés quando se pretendem comparar dados, contudo podemos inferir que o Alentejo é a região com maior AVPP por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente.

A ARS do Alentejo (2013) apresenta ainda o “Número de episódios de Internamento, a taxa bruta de internamento e a taxa padronizada de internamento por tentativa de suicídio e lesões autoinfligidas.”

Não se encontrou monitorização destes indicadores na ARS do Algarve, nas Regiões Autónomas, nem a nível local.

### 3.5. Doença Mental não discriminada

A nível regional, a ARS Centro (2015), a ARS LVT (2015), a ARS do Alentejo (2013), a ARS do Algarve (2011), a SRSRAA (2014) e a SRASRAM (2011) já monitorizam ou expressaram a intenção de monitorizar, a partir de 2017, indicadores de doença mental tratada como um todo.

O mesmo se verifica para o ACES Porto Oriental (2011) e ACES Douro e Vouga II/ Aveiro Norte (2011), a nível local, embora a ARS do Norte (2014) trate a doença mental de forma discriminada.

Como este relatório que se refere apenas à doença mental comum, nomeadamente às patologias ansiedade, demência, depressão e suicídio, não se irá realizar aqui uma análise detalhada dos indicadores analisados em cada região, nem dos resultados alcançados para a doença mental não discriminada, embora esta informação esteja disponível no Anexo 4.



## **DISCUSSÃO**

De uma forma geral, verificou-se que há identificação da saúde mental, nomeadamente da depressão (ou do suicídio), como suscetíveis de ação prioritária atendendo às necessidades identificadas da população, quer a nível regional (em todas as ARS), quer a nível local (principalmente pelos ACES do Norte e Centro). Este facto indica que a saúde mental é reconhecidamente um tema de elevada importância para a população Portuguesa.

As ARS do Norte e do Algarve, e as Secretarias Regionais dos Açores e da Madeira, assim como alguns ACES (Maia, Porto Oriental, Sintra e Oeste Norte) associam à doença mental determinantes de risco e protetores do seu desenvolvimento. Estes determinantes podem ser considerados fatores base de planeamento e de atuação estratégica para combate desta patologia da forma mais adequada aos recursos e necessidades reais de cada local ou região. O fator mais citado como determinante da doença mental foi o consumo exagerado de álcool, sugerindo que é necessário avaliar e agir sobre este fator, de forma a criar barreiras a este tipo de comportamento o mais rapidamente possível.

Quanto aos dados de mortalidade recolhidos, de uma forma expectável, o suicídio tem maior disponibilidade de dados em todas as regiões do país. Encontraram-se ainda dados referentes à mortalidade por depressão (embora sempre zero, indicando uma correlação desprezível entre a depressão e a morte, que poderá ser alvo de estudos futuros). Esta informação verifica-se ausente para a demência e ansiedade. Entende-se que a associação entre a morte e a ansiedade aguda ou crónica, a demência ou a depressão major seja difícil de realizar, considerando que estas patologias podem desencadear comportamentos suicidas, enfartes do miocárdio, etc., que levam à morte e que mascaram o problema original, levando facilmente os médicos legistas a descrever o motivo último que levou ao óbito sem considerar as patologias (muitas vezes crónicas) que o desencadearam. Para evitar esta questão, é importante que haja uma avaliação do historial clínico dos pacientes em matéria de saúde mental por parte dos médicos, assim como o acesso generalizado e comum, aos profissionais de saúde, de uma base de dados que contemple uma ficha de doente por indivíduo que contenha reunida toda a informação proveniente do serviço de saúde público e privado (que se espera que venha a existir em Portugal num futuro muito próximo).

Os dados de mortalidade analisados indicam que a região com maior taxa de suicídio e que requer uma ação prioritária é o Alentejo, nomeadamente em indivíduos do sexo masculino, na faixa etária dos 75 e mais anos. Este é o grupo de risco a considerar. É preciso avaliar o motivo desta situação e agir junto deste grupo populacional.

Curiosamente, o Alentejo é uma das regiões com menos dados disponíveis online. De facto, não se encontraram dados de nenhuma ACES ou ULS desta região e o documento mais recente da

ARS do Alentejo encontrado, remonta a 2013, sugerindo uma necessidade de mudança de procedimentos.

Dos dados disponíveis a nível local, o ACES que requer maior atenção e intervenção em termos de comportamentos suicidas é o ACES do Sotavento, no Algarve, em pacientes do sexo masculino. A informação dos ACES não está desagregada por faixa etária, dificultando a definição do grupo de risco a nível local e a comparabilidade dos dados com os regionais, situação que deverá ser ultrapassada.

Quanto aos indicadores de morbilidade, constatou-se que a informação disponível para a ansiedade (a mais frequente quando consideramos o conceito de doença mental comum) é praticamente inexistente, quer a nível regional, quer a nível local, e que a que existe se reporta apenas ao âmbito dos utentes inscritos nos CSP (com exceção da Região Autónoma dos Açores, que monitorizou a Prevalência da Ansiedade Crónica, com base no INS 2005-2006, desagregada por sexo). Este facto leva-nos a questionar a representatividade dos dados baseados em utentes dos CSP, a nível da população. É preciso atender à proporção da população com ansiedade que não acede aos serviços de saúde e aos que se dirigem à MGF, a psicólogos e a psiquiatras, no sector privado.

Contudo, pela interpretação dos dados disponíveis, determinou-se que o grupo de risco são as mulheres na região do Alentejo, suscitando a urgência de estudos para determinem os fatores associados a esta situação e de uma necessidade de intervenção integrada nesta região.

Relativamente à demência, a informação encontrada relaciona-se mais uma vez predominantemente com os utentes inscritos nos CSP, embora o ACES Barcelos/Esposende use o indicador “Frequência na população (%)”, mas com base no SIARS, sugerindo que o indicador usado diz também respeito aos indivíduos que acederam aos CSP e não propriamente à realidade populacional.

A demência conta com dados provenientes dos ACES do Norte, Centro e Algarve, embora não se tenha encontrado informação das Regiões Autónomas.

Neste âmbito, é necessária uma intervenção ao nível do sexo feminino no Alentejo e, nomeadamente, nas mulheres pertencentes ao ACES do Pinhal Interior Sul.

A Depressão parece constituir a patologia com maior informação epidemiológica disponível para consulta. Espera-se que num futuro muito próximo, os ACES, ULS e ARS, utilizem dados “Prevalência de depressão medida” pela aplicação do PHQ-8, com base no INS 2014/2015 (INE. INSA, 2015), nos respetivos planos e perfis regionais e locais de saúde (à semelhança do desejável para as outras patologias que compõem a DMC, baseados em inquéritos e escalas internacionais e específicas por patologia).

Este indicador, de base populacional, desagregado em diversos fatores demográficos, sociais, económicos e ambientais, por vai ser de elevada importância para a caracterização da doença a nível local e regional, permitindo a comparabilidade entre o território, a avaliação dos perfis de risco da população por local e região, e eliminando o viés associado a indicadores de base

organizacional (condicionados pelo acesso aos CSP e hospitais) que se usam numa tentativa de avaliar a prevalência da doença.

Este tipo de indicadores são particularmente importantes a nível do planeamento e gestão orçamental das unidades de saúde, sob a perspetiva da alta direção de ACES, hospitais e do Ministro da Saúde, embora não o sejam numa perspetiva epidemiológica.

Considera-se, no entanto, que atendendo aos dados encontrados a nível local e regional atualmente nos ACES, ULS e ARS, os indicadores de base organizacional são os únicos que permitem alguma comparabilidade a nível regional e local. Contudo, há que atender ao facto dos indicadores “Número total de indivíduos com um ou mais internamentos, Número de episódios de internamento ou Número de episódios subsequentes de internamento”, induzirem facilmente em erro por não salvaguardarem as diferenças de densidade populacional por região e por não se encontrarem dados por hospitais pertencentes ao território dividido conforme o padrão definido de cobertura territorial por ACES (de forma a compararmos dados comparáveis). Seria determinante que os dados dos cuidados secundários e terciários, divididos de acordo com os critérios de divisão dos ACES, produzissem dados que fossem tratados pelas ORS por local e por região. De notar ainda que não se encontraram dados ao nível dos cuidados terciários associados a nenhuma das patologias aqui estudadas.

Considerou-se de grande importância a avaliação do “N.º de DALY de episódios depressivos (unipolar) e respetivo peso no total (% total de DALY)”, bem como a “Contribuição (%) das componentes YLL e YLD para os DALY”, pela ARS Norte (2014), como indicador de grande relevância para a caracterização da morbilidade associada à patologia.

Já o indicador “Proporção de inscritos adultos (com mais de 18 anos) com diagnóstico de depressão a realizar terapêutica antidepressiva” é importante para avaliar o grau de adesão à terapêutica. No entanto, atendendo ao reduzido preço da generalidade dos antidepressivos e à taxa de comparticipação deste grupo homogéneo de medicamentos pelo Estado, face ao preço de referência (de 37%) (Infarmed, 2016), espera-se uma taxa de adesão muito razoável associada a este tipo de terapêutica farmacológica, para quem acede aos cuidados e tem vontade de se tratar. Considera-se bastante mais importante avaliar não os utentes diagnosticados a realizar terapêutica antidepressiva, mas os que têm depressão, que não acedem aos cuidados e que não estão a realizar a terapêutica, por local e por região. Para isso, é preciso realizar censos à população.

A ARS LVT (2015) apresenta o “N.º e % de residentes que tem ou já teve depressão”. Considera-se mais importante o foco apenas na “% de residentes que tem depressão” e na “% de residentes que teve depressão, sem reincidência, e sem tratamento farmacológico associado à pelo menos 10 anos”, este último para monitorização dos casos de sucesso no tratamento da patologia a nível local e regional.

De referir ainda a monitorização e a intenção de avaliação dos indicadores “Proporção de UF com acesso e utilização plena dos sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC-2 e que referenciem através da Consulta a Tempo e Horas (CTH)”, o “N.º de protocolos aprovados de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando referenciação, formação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico”, e o “N.º de projetos implementados, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão”, pelo ACES Sintra (2015). Embora sem grande relevância em termos epidemiológicos, consideram-se fundamentais para a boa gestão por parte da Direção Executiva dos ACES e para controlo e avaliação da implementação de ações que o Governo (na linha de conduta da OMS e após avaliação e comparação entre a situação desejável e a realidade do Serviço Nacional de Saúde), indica como prioritárias no Plano Nacional de Saúde, e que devem ser implementadas de forma transversal a nível local e em todo o território Nacional, com responsabilização da direção de ACES e ARS pelos resultados alcançado.

Focando-nos no entanto no interesse da população, sugere-se a medição do número de pacientes com doença mental comum diagnosticada referenciados pela Medicina Geral e Familiar (MGF) através da CTH, a avaliação da % de grávidas encaminhadas pela obstetrícia e saúde materna, a % de crianças e adolescentes encaminhados para os centros de saúde e hospitais por parte da psicologia a nível escolar e pelos pediatras, a % de alunos universitários encaminhados pelos psicólogos das universidades, a % de adultos com atividade laboral encaminhados pela medicina no trabalho, a % de indivíduos encaminhados pelas farmácias comunitárias, a % de idosos encaminhados pelos médicos das Casas do povo, IPSS e lares privados, a % de sem abrigo encaminhados pelos médicos das autarquias, a % de presos encaminhados pelos médicos das prisões para os hospitais, a % de indivíduos encaminhados pelo serviço saúde 24, e a % de indivíduos encaminhados internamente através do acesso às urgências do hospital. Sugere-se ainda que se avalie a capacidade de resposta por parte do SNS a esta referenciação e encaminhamento, por medição do tempo entre o acto de referenciação/ encaminhamento e a primeira consulta, mas também o intervalo de consultas agendadas por gravidade da patologia diagnosticada após a primeira consulta, por local e por região.

Ainda referente à depressão, os dados analisados indicam-nos que o perfil de risco de depressão está associado a mulheres pertencentes ao ACES Douro Sul, entre os 45 e os 65 anos, domésticas e com escolaridade inferior a 5 anos, sendo este o grupo a que nos devemos dirigir preferencialmente para reduzir o impacto desta patologia no país.

Quando se analisa a morbilidade associada ao suicídio e lesões autoinfligidas, percebe-se que o Alentejo é a região que apresenta maior taxa de AVPP por este motivo. Este resultado era expectável, considerando a maior taxa de mortalidade por suicídio nesta região.

Embora não seja este o âmbito deste documento, fica a referência de que existem dados não discriminados de doença mental a serem recolhidos e tratados como um todo a nível regional e a nível local em dois ACES. Aconselha-se a sua discriminação por patologia.

## **LIMITAÇÕES AO ESTUDO**

Não se encontrou informação epidemiológica sobre taxas de incidência de doença mental ao nível regional e local. Tal constitui uma lacuna de conhecimento que deverá ser colmatada de futuro, uma vez que a taxa de incidência representa uma medida epidemiológica de frequência de extrema importância, dado que permite verificar a rapidez com que ocorrem novos casos de doença nas populações, bem como possibilitar associá-los ao longo do tempo com fatores de risco ao nível regional ou local, no sentido de serem reunidos esforços para diminuir o risco de doença mental.

No decorrer do processo de pesquisa de informação epidemiológica sobre indicadores de saúde mental, constatou-se que ainda não existe um sistema de informação em saúde integrado, em Portugal. Os dados disponíveis sobre morbilidade por doença mental encontram-se dispersos em várias bases de dados e/ou, micro sistemas de informação, o que dificulta a recolha de dados.

Por outro lado, as informações sobre a prevalência dos diferentes distúrbios de saúde mental, descritas na secção dos resultados, baseiam-se principalmente em informação disponível no SIARS, de indivíduos que acederam aos CSP. De acordo com o estudo de O'Reilly, Wong e Chen (2015), cerca de 50% dos Europeus com sintomatologia associada a patologia mental não procuraram ainda ajuda profissional (O'Reilly, Wong e Chen, 2015). A SRSRAA (2015) afirma que uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves em Portugal, permanece sem acesso a cuidados de saúde mental. Estes factos revelam a necessidade de serem realizados censos à população portuguesa, por forma a avaliar o seu estado de saúde mental ao nível regional e, principalmente, a nível local. É urgente desenvolver inquéritos, a realizar pelos ACES e ULSs, que pretendam avaliar o estado de saúde mental da população envolvente.

Salienta-se o facto de terem sido considerados maioritariamente documentos encontrados em motores de busca na internet. Tal não invalida, o facto de se poder verificar a existência de informação documental arquivada, a nível organizacional, nos diferentes ACES, ULS ou ARS, sobre indicadores de saúde mental, que foi aqui considerada ausente. No entanto, ainda que esta possa representar uma importante limitação, considera-se que a realidade não é muito diferente da que se apresentou e que, portanto, os ACES, ULSs e ARSs não realizam inquéritos à população a nível local e que não monitorizam maioritariamente indicadores de saúde mental de base populacional.

## **PERSPETIVAS FUTURAS**

A forma de operacionalizar a monitorização de indicadores de saúde mental a nível local e a sua integração, para obtenção de ganhos em saúde mental no país, é um tema determinante que está longe de estar esgotado.

Considera-se urgente estudar a integração dos indicadores de base populacional e organizacional de doença mental, com o planeamento de atividades de promoção da saúde e de prevenção e tratamento da doença mental. Por outro lado, de forma a combater a heterogeneidade de dados e de tornar possível a sua comparabilidade, há que definir criteriosamente os indicadores que todos os ACES, ULS e ARS devem monitorizar.

Sugere-se assim a recolha de dados locais (por ACES e ULS no Continente e por ilha nas regiões autónomas) de:

- A) Determinantes da saúde mental específicos, por local;
- B) Identificação de fatores de risco e de fatores protetores locais para a ansiedade, demência, depressão e suicídio;
- C) Monitorização de indicadores de mortalidade:
  1. Taxa de mortalidade específica (por ansiedade, demência, depressão e suicídio) por 100.000 habitantes, desagregada por género e idade;
  2. Taxa de mortalidade padronizada em idade prematura (<75 anos) por 100.000 habitantes por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente, depressão, ansiedade e demência, usando a população europeia como padrão, desagregada por sexo. Este indicador já foi monitorizados por todos os ACES e ULS em 2014. Só necessita de ser o eleito pelas ARS e INE;
  3. Taxa de letalidade e taxa de letalidade associada a internamento hospitalar (por ansiedade, demência, depressão e suicídio) (%), desagregadas por sexo e faixa etária.
- D) Monitorização de indicadores de morbilidade:
  1. Prevalência (ansiedade crónica, ataques de pânico; demência leve, moderada e grave; depressão minor e major simples e recorrente, episódios de lesões autoinfligidas intencionalmente) (%), desagregada por indicadores demográficos, sociais, económicos e culturais;
  2. Incidência (ansiedade crónica, ataques de pânico; demência leve, moderada e grave; depressão minor e major simples e recorrente, episódios de lesões autoinfligidas intencionalmente) (%), desagregada por indicadores demográficos, sociais, económicos e culturais;
  3. N.º de AVPP associados à ansiedade, demência, depressão e suicídio;
  4. N.º de DALY associados à ansiedade, demência, depressão e suicídio, bem como a Contribuição (%) das componentes YLL e YLD para os DALY;
  5. % de residentes que teve ansiedade, demência, depressão e comportamentos suicidas, sem reincidência e sem tratamento farmacológico associado à pelo menos 10 anos;

6. % de grávidas, crianças, adolescentes, alunos universitários, adultos com atividade laboral, idosos, sem abrigo e presos com ansiedade, demência, depressão e comportamentos suicidas, encaminhados pela psicologia (escolas, por exemplo), medicina laboral, farmácias, Casas do Povo, IPSS, Autarquias, prisões, MGF, pediatria, obstetrícia, urgências e saúde 24; tempo entre a referenciação/ encaminhamento e a primeira consulta; e intervalo de consultas agendadas por gravidade da patologia diagnosticada, na psicologia, pedopsiquiatria e psiquiatria;
7. Prevalência de sofrimento psicológico por ansiedade, depressão, demência e comportamentos suicidas, desagregada por indicadores demográficos, sociais, económicos e culturais;
8. % da população integrada em atividades de educação e literacia para a saúde mental por região e local;
9. Proporção entre o número de internamentos (e de reinternamentos) com episódios agudos de ansiedade, demência, depressão e comportamentos suicidas, e o número de doentes na população envolvente;
10. Número de doentes com ordem de internamento por episódios agudos de ansiedade, demência, depressão e comportamentos suicidas a serem transferidos por motivo de ausência de camas vagas.
11. % da população com ansiedade, demência, depressão que acede à MGF no sector público e no sector privado.



## **CONCLUSÕES**

Os resultados indicam que a saúde mental, nomeadamente as perturbações depressivas, são consideradas prioritárias em termos de necessidades populacionais em todas as regiões do país, e a nível local pelos ACES pertencentes principalmente às ARS do Norte e Centro.

Detalharam-se os indicadores de mortalidade e de morbilidade em monitorização por local e por região, associados às respetivas fontes de informação (predominantemente INE, SIARS e GDH/ ACSS). Averiguou-se que há uma grande heterogeneidade de dados a serem recolhidos, com exceção das taxas de mortalidade padronizada por suicídio em idade prematura e da % de utentes com registo de perturbações depressivas e de demência nos cuidados primários. Estes indicadores foram incluídos em todos os perfis locais de saúde, de todos os ACES e ULS do país. Neste caso, usaram-se as mesmas fontes de dados, o que permite um maior grau de comparabilidade entre diferentes locais do território.

Na generalidade, os ACES e ULS pertencentes às ARS Norte, Centro e Algarve parecem apresentar mais informação e de forma mais organizada e homogénea, a nível local.

Identificaram-se os perfis de risco por patologia, tendo o suicídio uma maior prevalência nos homens, no Alentejo, na faixa etária dos 75 e mais anos; a ansiedade, nas mulheres, no Alentejo; a demência, nas mulheres no Alentejo e ACES do Pinhal Interior Sul; e a depressão, nas mulheres, pertencentes ao ACES Douro Sul, entre os 45 e os 65 anos, domésticas e com escolaridade inferior a 5 anos.

Concluiu-se que os dados recolhidos a nível local e regional são insuficientes para o bom planeamento de atividades/ serviços nos ACES em virtude de ganhos em saúde mental das populações. É preciso apostar rapidamente em indicadores de base populacional (que não estão a ser devidamente estudados) e homogeneizar a recolha de dados de indicadores de serviços ou de base organizacional, compilando dados de cuidados primários, secundários e terciários, públicos e privados. Propôs-se a monitorização específica de 3 indicadores de mortalidade e de 11 de morbilidade em todos os ACES, ULS e ARS, de forma sistemática, para colmatar esta lacuna. Sugeriu-se ainda a avaliação de determinantes da saúde mental específicos a nível local, assim como a identificação de fatores de risco e de fatores protetores locais para a ansiedade, demência, depressão e suicídio, refletindo a necessidade de serem conduzidos censos à população para avaliação de indicadores de base populacional.

Acredita-se que as ações propostas levarão ao bom planeamento de atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e respetivo tratamento, essenciais a ambicionados ganhos em saúde mental comum da população portuguesa, a nível local e logo, a nível regional e nacional.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Caldas de Almeida J. M. *et al.*, Estudo epidemiológico nacional de saúde mental. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, 2013. [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2).

Carvalho A. *et al.*, Portugal - Saúde mental em números 2014: Programa nacional para a saúde mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2015. <https://www.google.pt/?ion=1&espv=2#q=DGS+SA%C3%9ADE+MENTAL+EM+ N%C3%9AMEROS>.

Carvalho A. *et al.*, Portugal - Saúde mental em números 2015: Programa nacional para a saúde mental. Lisboa: Direção Geral de Saúde, 2016. [http://www.apah.pt/media/publicacoes\\_tecnicas\\_sector\\_saude\\_2/Saude\\_Mental.pdf](http://www.apah.pt/media/publicacoes_tecnicas_sector_saude_2/Saude_Mental.pdf).

Dezetter A. *et al.*, "Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec." *The Canadian Journal of Psychiatry*. 60:6 (2015) 284-293.

DGS, Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: DGS, 2015a. <http://pns.dgs.pt/pns-revisao-e-extensao-a-2020/>.

DGS, A Saúde dos Portugueses - perspetiva-2015. Lisboa: DGS, 2015b. <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/a-saude-dos-portugueses-perspetiva-2015.aspx>.

Grassi S. *et al.*, "Setting up suicide prevention plans at the local level: The methodology of focus groups with stakeholders." *Journal of Community Psychology*. 39:6 (2011) 755-760.

INE. INSA, Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa: INE. INSA, 2015. <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Novembro/11INS2014>.

INFARMED, Prontuário terapêutico online. Lisboa: INFARMED, 2016. <http://www.infarmed.pt/prontuario/framepesactivos.php?palavra=venlafaxina&x=0&y=0&rb1=0>.

INSA, Em Casa, pelo telefone, Observamos Saúde. Descrição e avaliação de uma metodologia. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Departamento de Epidemiologia, 2010.

INSA, Médicos-Sentinela: O que se fez em 2013. Lisboa: INSA, 2014. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/2389>.

Lingam R. *et al.*, "The feasibility of using local general practice data to estimate the prevalence of childhood disabling conditions." *Child: care, health and development*. 39:1 (2012) 55-60.

O'reilly C., Wong E., and Chen T., "A feasibility study of community pharmacists performing depression screening services." *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 11 (2015) 364-381.

OMS, Fact sheet Mental Disorders. OMS, Geneva, 2016a. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.

OMS, Fact sheet Suicide. OMS, Geneva, 2016b. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/en/>.

Purtle J. *et al.*, "Prevalence and correlates of local health department activities to address mental health in the United States." *Preventive Medicine*. 82 (2016) 20-27.

Sakellarides C., Gonçalves C. E., and Santos A., Plano Nacional de Saúde e as Estratégias Locais de Saúde. Lisboa: ENSP, 2010. <https://www.google.pt/#q=SAKELLARIDES%2C+C.%2C+GON%2C%87ALVES%2C+C.+E+SANTOS%2C+A.+%282010%29.+Plano+Nacional+de+Sa%C3%BAde+e+as+Estrat%C3%A9gias+Locais+de+Sa%C3%BAde>.

Secretaria Regional de Saúde - Região Autónoma dos Açores (SRSRAA), Plano Regional de Saúde 2014-2016. Angra do Heroísmo: SRS, 2014. <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/E3D6A7A1-B7F7-408C-B871-5E3494B1389A/744122/PRS20142016>.

## **Bibliografia**

ACES Alto Ave, Perfil local de saúde 2015. Guimarães: ARS Norte. ACES Alto Ave, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70CB6ED02F526116E040140A11027374>.

ACES Alto Tâmega e Barroso, Perfil local de saúde 2015. Chaves: ARS Norte. ACES Alto Tâmega e Barroso, 2014. Disponível em <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Alto%20T%C3%A2mega%20e%20Barroso>.

ACES Amadora, Plano local de saúde 2014-2016. Amadora: ARS LVT. ACES Amadora, 2014. [http://www.cmamadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano\\_local\\_saude](http://www.cmamadora.pt/images/artigos/saudavel/noticias/pdf/2014/plano_local_saude).

ACES Baixo Mondego, Perfil local de saúde 2015. Coimbra: ARS Centro. ACES Baixo Mondego, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A25\\_BM](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A25_BM).

ACES Baixo Tâmega, Perfil local de saúde 2015. Amarante: ARS Norte. ACES Baixo Tâmega, 2014. <http://portal.arsnorte.minsaude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20>

P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Baixo%20T%C3%A2mega.

ACES Baixo Vouga, Perfil local de saúde 2015. Aveiro: ARS Centro. ACES Baixo Vouga, 2014. [http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A23\\_BV](http://www.arscentro.minsaude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A23_BV).

ACES Barcelos/Esposende, Plano local de saúde 2015. Barcelos: ARS Norte. ACES Barcelos/Esposende, 2015. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70767DD3042C02D9E040140A11026757>.

ACES Barlamento, Perfil local de saúde 2015. Portimão: ARS Algarve. ACES Barlamento, 2014. [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfilsaude/PLS2015\\_A51](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfilsaude/PLS2015_A51).

ACES Beira Interior Sul, Perfil local de saúde 2015. Castelo Branco: ARS Centro. ACES Beira Interior Sul, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A29\\_BIS](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A29_BIS).

Aces Braga, Perfil local de saúde 2015. Braga: ARS Norte. ACES Braga, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Braga>.

ACES Central, Perfil local de saúde 2015. Faro: ARS Algarve. ACES Central, 2014. [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfil%20saude/PLS2015\\_A50](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfil%20saude/PLS2015_A50).

ACES Cova da Beira - Perfil local de Saúde 2015. Covilhã: ARS Centro ACES. Cova da Beira, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A24\\_CB](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A24_CB).

ACES Dão Lafões, Perfil local de saúde 2015. Viseu: ARS Centro. ACES Dão Lafões, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A28\\_DL](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A28_DL).

ACES Douro Sul, Perfil local de saúde 2015. Lamego: ARS Norte. ACES Douro Sul, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Douro%20Sul>.

ACES entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte, Plano local de saúde 2011-2016. Aveiro: ARS Norte. ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte, 2011. [http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-do-vouga/plano\\_local\\_de\\_saude\\_aces\\_aveiro\\_norte\\_2011\\_2016/fr/metadata/files/0/file/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20%20Aveiro%20Norte](http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/document/usf-vale-do-vouga/plano_local_de_saude_aces_aveiro_norte_2011_2016/fr/metadata/files/0/file/Plano%20Local%20de%20Sa%C3%BAde%20%20Aveiro%20Norte).

ACES Famalicão, Perfil local de saúde 2015. Vila Nova de Famalicão: ARS Norte. ACES Famalicão, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Famalic%C3%A3o>.

ACES Feira/Arouca, Perfil local de saúde 2015. Sta Maria da Feira: ARS Norte. ACES Feira/Arouca, 2014. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2015/PLS\\_2015\\_A18\\_FeiraArouca.htm](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS_2015_A18_FeiraArouca.htm).

ACES Gaia e Espinho, Plano local de saúde 2011-2016. Gaia: ARS Norte ACES Gaia e Espinho, 2016. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70CB6ED0337C63E7E040140A11027471>.

ACES Gerês/Cabreira, Perfil local de saúde 2015. Póvoa de Lanhoso: ARS Norte, ACES Gerês/Cabreira, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70763227D8E4AD0BE040140A1102484A>.

ACES Gondomar, Perfil local de saúde 2015. Gondomar: ARS Norte. ACES Gondomar, 2014. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2015/PLS2015\\_A13\\_Gondomar](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A13_Gondomar).

ACES Grande Porto IV Maia, Plano Local de saúde 2011-2016. Maia: ARS Norte. ACES Grande Porto IV Maia, 2011. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/ACES\\_Maia\\_PLS\\_2011\\_2016](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Documentos/ACES_Maia_PLS_2011_2016).

ACES Grande Porto VIII Gaia, Plano Local de saúde 2011-2016. Gaia: ARS Norte. ACES GRANDE Porto VIII Gaia. <https://www.google.pt/?ion=1&espv=2#q=ACES+Grande+Porto+VIII+Gaia>.

ACES Marão e Douro Norte, Perfil local de saúde 2015. Vila Real: ARS Norte, ACES Marão e Douro Norte, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Mar%C3%A3o%20e%20Douro%20Norte>.

ACES Oeste Norte, Plano Local de Saúde 2014-2016. Caldas da Rainha: ARS LVT. ACES Oeste Norte, 2014. [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/1034/Plano\\_Local\\_Sa\\_de\\_v4-\\_Vers\\_o\\_Final](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1034/Plano_Local_Sa_de_v4-_Vers_o_Final).

ACES Pinhal Interior Litoral, Perfil local de saúde 2015. Leiria: ARS Centro. ACES Pinhal Interior Litoral, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A26\\_PIN](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A26_PIN).

ACES Pinhal Interior Norte, Perfil local de saúde 2015. Lousã: ARS Centro. ACES Pinhal Interior Norte, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A26\\_PIN](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A26_PIN).

ACES Pinhal Interior Sul, Perfil local de saúde 2015. Sertão: ARS Centro. ACES Pinhal Interior Sul, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015\\_A30\\_PIS](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS2015_A30_PIS).

ACES Porto Oriental, Plano Local de Saúde 2011-2016. Porto: ARS Norte. ACES Porto Oriental, 2011. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Porto%20\(Ocidental%20e%20Oriental\)](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Porto%20(Ocidental%20e%20Oriental)).

ACES Porto Oriental e Porto Ocidental, Perfil local de saúde. Porto: ARS Norte. ACES Porto Oriental e Porto Ocidental, 2015. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2014/PLS2014\\_A16\\_Porto.htm](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2014/PLS2014_A16_Porto.htm).

ACES Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, Perfil local de saúde 2015. Póvoa de Varzim: ARS Norte. ACES Póvoa de Varzim/ Vila do Conde, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70CB6ED0335763E7E040140A11027471>.

ACES Santo Tirso/ Trofa, Perfil local de saúde 2015. Santo Tirso: ARS Norte. ACES Santo Tirso/ Trofa, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/70CB6ED02F616116E040140A11027374>.

ACES SINTRA, Plano Local de Saúde 2015-2017. Sintra: ARS LVT. ACES Sintra, 2015. [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer\\_file/document/2192/Plano\\_Local\\_de\\_Saude\\_de\\_Sintra](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/2192/Plano_Local_de_Saude_de_Sintra).

ACES Sotavento, Perfil local de saúde 2015. Vila Real de Santo António: ARS Algarve. ACES Sotavento, 2014. [http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfilsaude/PLS2015\\_A52](http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/sites/default/files//images/centrodocs/perfilsaude/PLS2015_A52).

ACES Vale Sousa Norte, Perfil local de saúde 2015. Passos de Ferreira: ARS Norte. ACES Vale Sousa Norte, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Vale%20do%20Sousa%20Norte>.

ACES Vale Sousa Sul, Perfil local de saúde 2015. Penafiel: ARS Norte. ACES Vale Sousa Sul, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ACES%20Vale%20do%20Sousa%20Sul>.

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Perfil de saúde e seus determinantes da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Vols. 1 e 2. Lisboa: ARS LVT. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 2015. <https://www.google.pt/#q=Administra%C3%A7%C3%A3o+Regional+de+Sa%C3%BAde+de+Lisboa+e+Vale+do+Tejo+-+Perfil+de+sa%C3%BAde+e+seus+determinantes+da+Regi%C3%A3o+de+Lisboa+e+Vale+do+Tejo>.

Administração Regional de Saúde do Alentejo, Perfil Regional de Saúde. Évora: ARS Alentejo. Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2013. [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil\\_Regional\\_Saude](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/PlaneamentoEstrategico/Documents/Perfil_Regional_Saude).

Administração Regional de Saúde do Alentejo, Plano Regional de Saúde do Alentejo. Évora: ARS Alentejo. Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2016. [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/novidades/paginas/planoregional\\_saude.aspx](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/novidades/paginas/planoregional_saude.aspx).

Administração Regional de Saúde do Alentejo, Reorganização dos serviços de Saúde do Alentejo Central. Newsletter. Évora: ARS Alentejo. Administração Regional de Saúde do Alentejo, 2012. [http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Lists/Lista%20Newsletter/Attachments/13/newsletter\\_12](http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/Lists/Lista%20Newsletter/Attachments/13/newsletter_12).

Administração Regional de Saúde do Algarve, Perfil Regional de Saúde. Faro: ARS Algarve. Disponível em Administração Regional de Saúde do Algarve, 2011. <http://www.arsalgarve.min-saude.pt/portal/?q=node/3642>.

Administração Regional de Saúde do Centro, Plano Regional de Saúde do Centro 2015-2016. Coimbra: ARS Centro. Administração Regional de Saúde do Centro, 2015. <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Plano%20Regional%20Saude%20ARS%20Centro%202015-2016>.

Administração Regional de Saúde do Norte, Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016. Porto: ARS Norte. Administração Regional de Saúde do Norte, 2014.

[http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PlanoRegionalSaudeNorte\\_2014\\_2016](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PlanoRegionalSaudeNorte_2014_2016).

Secretaria Regional de Saúde, Região Autónoma dos Açores, Plano Regional de Saúde 2014-2016. Angra do Heroísmo: SRS, 2014. <https://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/C1434B21-DOC0-4B26-9A3B-17254892AD0F/0/PRS20142016>.

Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, Região Autónoma da Madeira, Plano Estratégico do Sistema Regional de Saúde: 2011-2016. Funchal: SRAS. Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, 2011. <http://iasaude.sras.gov-madeira.pt/documentos/WEB/Anexos/plano1>.

Unidade Local de Saúde da Guarda, Perfil local de saúde 2015. Guarda: ARS Centro. Unidade Local de Saúde da Guarda, 2014. [http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS\\_2015\\_A31\\_ULSG](http://www.arscentro.min-saude.pt/SaudePublica/PlaneamentoSaude/Documents/perfis%20de%20saude/2015/PLS_2015_A31_ULSG).

Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Perfil local de saúde 2015. Matosinhos: ARS Norte. Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2014. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2015/PLS2015\\_A20\\_Matosinhos](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A20_Matosinhos).

Unidade Local de Saúde do Alto Minho, Perfil local de saúde 2015. Viana do Castelo: ARS Norte. Unidade Local de Saúde do Alto Minho, 2014. <http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica/Planeamento%20em%20Sa%C3%BAde/Perfis%20de%20Sa%C3%BAde/PLS/ULS%20Alto%20Minho>.

Unidade Local de Saúde do Nordeste, Perfil local de saúde 2015. Bragança: ARS Norte. Unidade Local de Saúde do Nordeste, 2014. [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS\\_2015/PLS2015\\_A22\\_Nordeste](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/ARSNorte/dsp/PLS_2015/PLS2015_A22_Nordeste).



ANEXO 1: IDENTIFICAÇÃO DA DOENÇA MENTAL COMUM COMO PRINCIPAL NECESSIDADE POPULACIONAL A NÍVEL REGIONAL E LOCAL

Região	Patologia	Ano	Associação a determinantes de saúde	Fonte de informação	Referências
Norte	As Perturbações Mentais devido à depressão (mulheres)	2011	<p><b>Depressão: 1. Determinantes de risco:</b> História familiar de alcoolismo; Ambiente sociocultural propenso ao consumo de álcool (festas, reuniões sociais, etc.); Situações imprevisíveis de rotura na vida quotidiana; Distúrbios emocionais – pessoas deprimidas ou ansiosas; Conflitos entre os pais, divórcio, separação ou abandono, de um ou de ambos os progenitores; Dificuldades de adaptação à escola; Dificuldades de aprendizagem</p> <p><b>2. Determinantes protetores:</b> Apoio social, Controlo adequado dos distúrbios emocionais.</p>	SIARS, DSP ARS Norte, IP	ACES Maia (2011)
	Suicídio antes dos 65 anos	2011	<p><b>Fatores de risco:</b> Desemprego, Alcoolismo, Dependências de drogas fumadas ou injectadas, Pobreza, Isolamento Social, Perturbação psiquiátrica ou da personalidade, Stress, Factores biológicos, Acessibilidade aos serviços de saúde mental; <b>Fatores protetores:</b> Exercício Físico, Integração Social, Equipa multidisciplinar, Acessibilidade aos serviços</p>	x	ACES Porto Oriental (2011)
	Suicídio	2015	x	x	ACES Barcelos/Esposende (2015)
	Perturbações depressivas	2014	Obesidade e consumo de álcool, x (todos os ACES e ULS)	x	ARS Norte (2014), ACES Gerês/Cabreira (2014), ACES Alto Tâmega e Barroso (2014), ACES Marão e Douro Norte (2014), ACES Douro Sul (2014), ACES Alto Ave (2014), ACES Famalicão (2014), ACES Braga (2014), ACES Baixo Tâmega (2014), ACES Vale Sousa Sul (2014), ACES Vale Sousa Norte (2014), ACES Sto Tirso/ Trofa (2014), ACES Gondomar (2014), ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2014), ACES Feira/Arouca (2014), ULS Matosinhos (2014), ULS Nordeste (2014), ULS Alto Minho (2014)

**ANEXO 2: DADOS DE MORTALIDADE DE DOENÇA MENTAL COMUM POR REGIÃO, LOCAL E POR GÉNERO**

Mortalidade							
Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
<b>Ansiedade</b>							
x	x	x	x	x	x	x	x
Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)							
Mortalidade							
Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
<b>Demência</b>							
x	x	x	x	x	x	x	x
Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)							
Mortalidade							
Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
<b>Depressão</b>							
Norte	Óbitos associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Letalidade de internamento hospitalar associada a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Óbitos associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Letalidade de internamento hospitalar associada a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

### ANEXO 3: DADOS DE MORTALIDADE POR SUICÍDIO POR REGIÃO, GÉNERO E GRUPO

Tabela 1:

#### EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO NORTE (2010-2014<sup>(a)</sup>)

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	9	4	13
25 - 34	14	6	20
35 - 44	45	9	54
45 - 54	51	29	80
55 - 64	50	18	68
65 - 74	41	13	54
75 e +	32	11	43

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 2:

#### EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO CENTRO (2010-2014 <sup>(a)</sup>)

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	8	0	8
25 - 34	16	2	18
35 - 44	29	5	34
45 - 54	44	13	57
55 - 64	39	16	55
65 - 74	32	13	45
75 e +	56	10	66

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 3:

**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, ÁREA METROPOLITANA DE LISBOA (2010-2014 <sup>(a)</sup>)**

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	4	3	7
25 - 34	18	8	26
35 - 44	34	12	46
45 - 54	31	14	45
55 - 64	32	16	48
65 - 74	35	11	46
75 e +	63	19	82

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 4:

**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO ALENTEJO (2010-2014 <sup>(a)</sup>)**

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	0	1	1
25 - 34	6	4	10
35 - 44	9	2	11
45 - 54	12	3	15
55 - 64	16	3	19
65 - 74	15	7	22
75 e +	63	20	83

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 5:

**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO ALGARVE (2010-2014 <sup>(a)</sup>)**

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	0	0	0
25 - 34	5	0	5
35 - 44	7	1	8
45 - 54	9	2	11
55 - 64	10	4	14
65 - 74	4	2	6
75 e +	25	7	32

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 6:

**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES (2010-2014 <sup>(a)</sup>)**

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	5	0	5
25 - 34	4	0	4
35 - 44	7	2	9
45 - 54	5	1	6
55 - 64	4	0	4
65 - 74	3	2	5
75 e +	2	0	2

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Tabela 7:

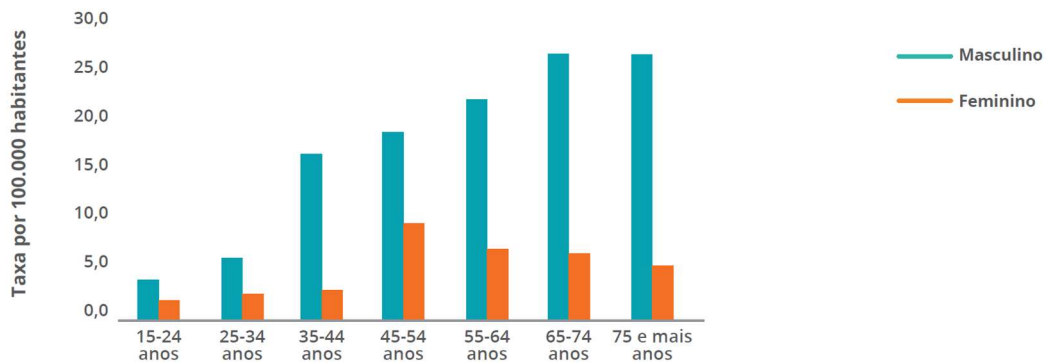
**EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE ÓBITOS POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO) POR SEXO E GRUPO ETÁRIO, REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA (2010-2014 <sup>(a)</sup>)**

	2014 <sup>(a)</sup>		
	H	M	HM
15 - 24	2	0	2
25 - 34	1	0	1
35 - 44	10	1	11
45 - 54	2	1	3
55 - 64	4	0	4
65 - 74	2	0	2
75 e +	3	0	3

Fonte: Adaptado de Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 1:

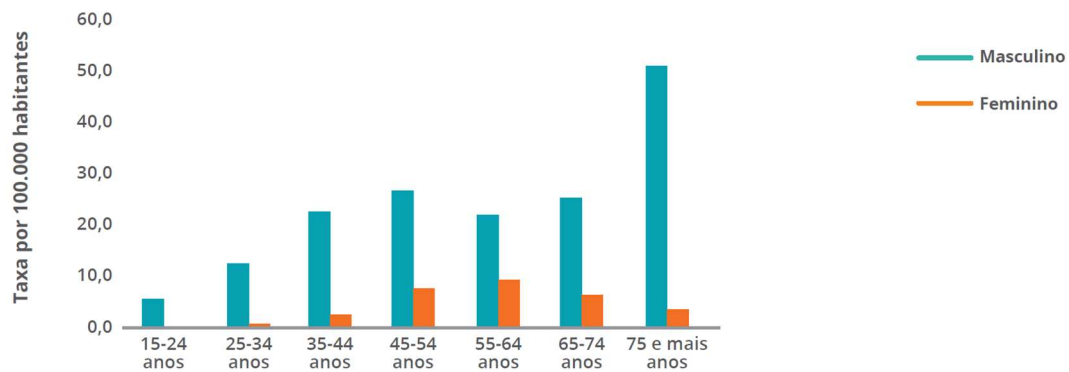
**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO NORTE, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 2:

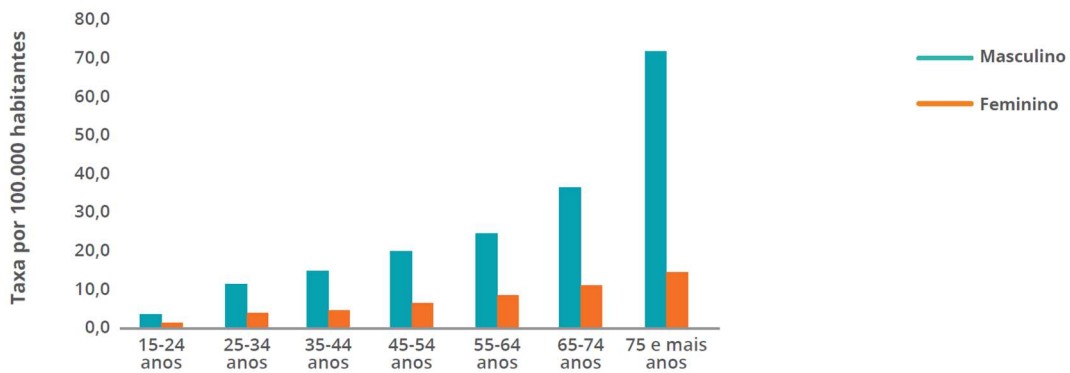
**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO CENTRO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 3:

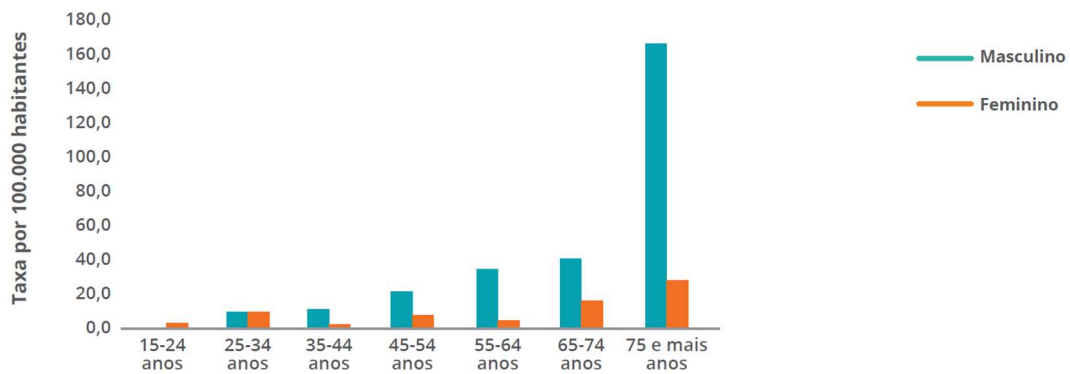
**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 4:

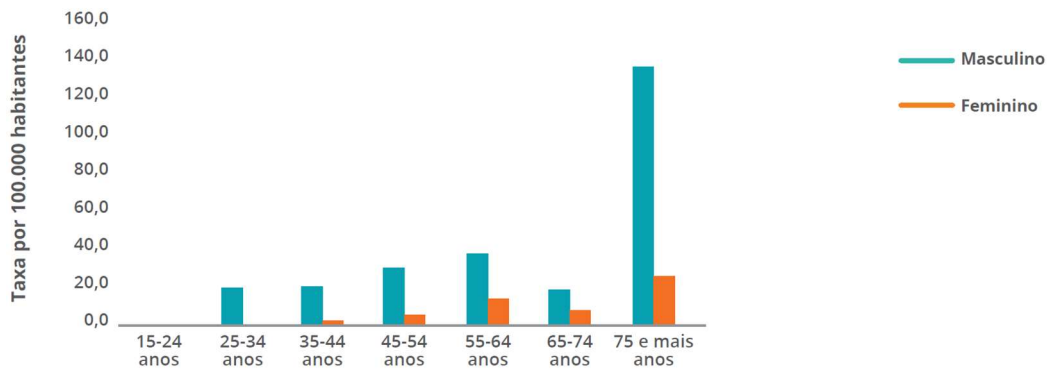
**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO ALENTEJO, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 5:

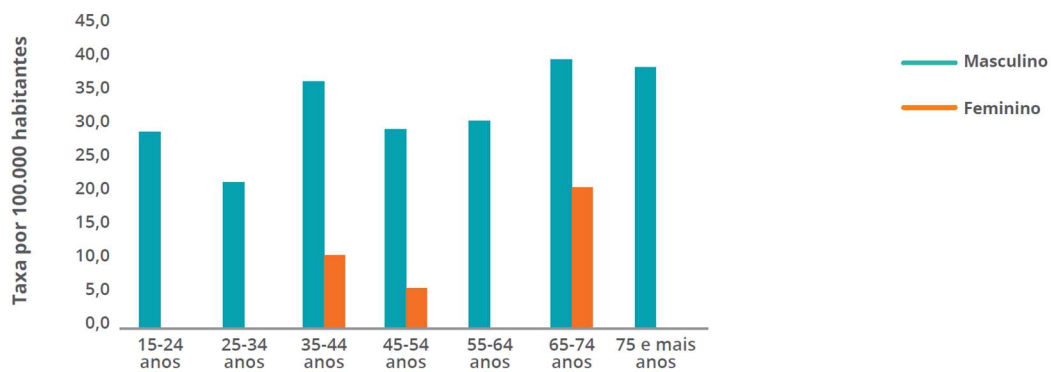
**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO DE SAÚDE DO ALGARVE, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Gráfico 6:

**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO AUTÓNOMA DOS AÇORES, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**

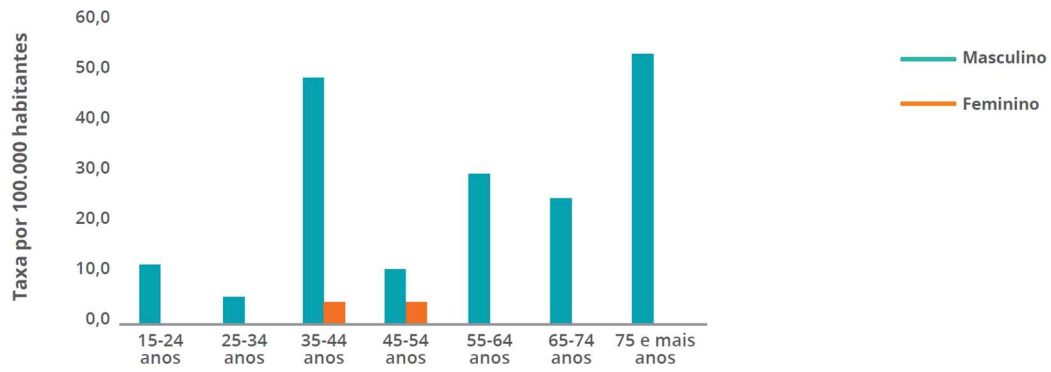


Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)



Gráfico 7:

**TAXA BRUTA DE MORTALIDADE POR LESÕES AUTOPROVOCADAS INTENCIONALMENTE (SUICÍDIO), POR 100.000 HABITANTES, REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA, POR GRUPO ETÁRIO E SEXO (2014<sup>(a)</sup>)**



Fonte: Carvalho, Mateus e Xavier (2016)



Mortalidade							
Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
<b>Suicídio</b>							
	Número de óbitos por lesões autoprovocadas intencionalmente	2014	332	H:242; M: 90	<a href="#">Anexo 3,</a> <a href="#">Tabela 1</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa bruta de mortalidade antes dos 65 anos por 1000 hab.	2009	6,1	x	x	ACS	ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte (2011)
		2009	0,02	x	x	Diagnóstico de Situação da USP Porto Oriental	ACES Porto Oriental (2011)
	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes	2014	x	H: 14; M: 4,7	<a href="#">Anexo 3,</a> <a href="#">Gráfico 1</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2011	4,2	x	x	INE	ACES Barcelos/ Esposende (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes	2014	x	H: 11,8; M: 3,9	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2007-2009	2,7	H: 4,6; M:1	x	DSP/INE	ACES Gaia (2011)
	Taxa de mortalidade padronizada <65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 10,1; M: 3,6	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 26,4; M: 6,5	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 10,7; M: 3,8	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos por 100.000 habitantes	2013	x	H: 26,4; M: 5,8	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2007-2009	2,3	H: 3,6; M:1,1	x	DSP/INE	ACES Gaia (2011)
		2010-2012	7	H: 12,2; M: 2,2	x	INE	ACES Aveiro Norte (2014)
		2010-2012	2,2	H: 3,4; M: 1,1	x	INE	ACES Porto Ocidental e Porto Oriental (2014)
		2009-2011	7,7	H: 12; M: 3,9	x	INE	ACES Gerês/Cabreira (2014)
		2010-2012	4,1	H: 7,2; M: 1,5	x	INE	ACES Alto Tâmega e Barroso (2014)
		2010-2012	4,9	H: 6,6; M: 3,2	x	INE	ACES Marão e Douro Norte (2014)

Norte	Taxa de mortalidade padronizada <75 anos por 100.000 habitantes	2010-2012	5,6	H: 9,8; M: 1,6	x	INE	ACES Douro Sul (2014)	
		2010-2012	3,5	H: 6; M: 1,2	x	INE	ACES Alto Ave (2014)	
		2010-2012	3,8	H: 6,5; M: 1,3	x	INE	ACES Famalicão (2014)	
		2010-2012	5,5	H: 6,3; M: 4,7	x	INE	ACES Braga (2014)	
		2010-2012	3,9	H: 6,5; M: 1,4	x	INE	ACES Barcelos/Esposende (2014)	
		2010-2012	8,1	H: 12,8; M: 3,6	x	INE	ACES Baixo Tâmega (2014)	
		2010-2012	5,5	H: 8,5; M: 2,7	x	INE	ACES Vale Sousa Sul (2014)	
		2010-2012	6,2	H: 11,5; M: 1,2	x	INE	ACES Vale Sousa Norte (2014)	
		2010-2012	3	H: 5,1; M: 1,1	x	INE	ACES Sto Tirso/Trofa (2014)	
		2010-2012	3,5	H: 5,8; M: 1,4	x	INE	ACES Gondomar (2014)	
		2010-2012	2,8	H: 4,3; M: 1,6	x	INE	ACES Maia/Valongo (2014)	
		2010-2012	2,2	H: 3,8; M:0,8	x	INE	ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2014)	
		2010-2012	3,4	H: 3,8; M:3	x	INE	ACES Gaia e Espinho/Gaia (2014)	
		2010-2012	2,4	H: 3,5; M:1,5	x	INE	ACES Feira/Arouca (2014)	
		2010-2012	3,4	H: 5,4; M: 1,5	x	INE	ULS Matosinhos (2014)	
		2010-2012	6,4	H: 10,7; M: 2,2	x	INE	ULS Nordeste (2014)	
		2010-2012	7,7	H: 11,9; M: 3,9	x	INE	ULS Alto Minho (2014)	
		Mortalidade proporcional (%) por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente, em todas as idades	2008-2010	x	H: 0,9; M: 0,3	x	INE/DSP	ARS Norte (2014)
		Mortalidade proporcional (%) por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente, <65anos	2008-2011	x	H: 2,4; M:1,7	x	INE/DSP	ARS Norte (2014)

Centro	Número de óbitos por lesões provocadas intencionalmente	2014	284	H:224; M: 60	<a href="#">Anexo 3, Tabela 2</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes	2014	x	H: 20; M: 4,2	<a href="#">Anexo 3, Gráfico 2</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes	2014	x	H: 15,6; M: 3,4	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada prematura <65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 13,4; M: 3	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2012	5,9	x	x	INE	ARS Centro (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 33,5; M: 6	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 13,9; M: 3,4	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 37,6; M: 3,1	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <75 anos por 100.000 habitantes	2010-2012	6,8	H: 11,6 M: 2,4	x	INE	ACES Baixo Mondego (2014)
			6	H: 9,2 M: 3,1	x	INE	ACES Baixo Vouga (2014)
			10,8	H: 16,8 M: 5,1	x	INE	ACES Beira Interior Sul
			6,4	H: 8,5 M: 4,3	x	INE	ACES Cova da Beira (2014)
			5,4	H: 8,6 M: 2,5	x	INE	ACES Dão Lafões (2014)
			9,3	H: 14,9 M: 3,8	x	INE	ACES Pinhal Interior Norte (2014)
11,3			H: 20,8 M: 2,1	x	INE	ACES Pinhal Interior Sul (2014)	
8,3			H: 13,3 M: 3,8	x	INE	ACES Pinhal Litoral (2014)	
8,1	H: 12 M: 4,7	x	INE	ULS Guarda (2014)			

LVT	Número de óbitos por lesões provocadas intencionalmente	2014	301	H: 217; M: 84	<a href="#">Anexo 3, Tabela 3</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2011	RLVT - 386; Oeste -50; Médio Tejo - 32; Grande Lisboa - 185; Península de Setúbal - 82; Lezíria do Tejo - 37; Outro -5	x	x	PORDATA e DSP/ARSLVT, IP	ARS LVT (2015)
	% Óbitos por suicídio	2012	1,1	x	x	PORDATA, INE	ACES Sintra (2015)
	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes (discriminado por local de residência)	2014	x	H: 18,6; M: 6,1	<a href="#">Anexo 3, Gráfico 3</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2011	RLVT - 10,5; Oeste - 13,8; Médio Tejo- 14,1; Grande Lisboa- 9,1; Península de Setúbal - 10,5; Lezíria do Tejo - 14,6	x	x	PORDATA e DSP/ARSLVT, IP	ARS LVT (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes	2014	x	H: 14,6; M: 4,7	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 11; M: 4	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2009	5,7	x	x	SIARS/INE	ACES Amadora (2014)
		2006	6,6	x	x	ACS	ARS LVT (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 44,2; M: 10,6	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Taxa de mortalidade padronizada <70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 11,3; M: 4	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 58,9; M: 13,3	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	

Alentejo	Número de óbitos por lesões provocadas intencionalmente	2014	161	H: 121; M: 40	<a href="#">Anexo 3, Tabela 4</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes	2014	x	H: 34,4; M:10,6	<a href="#">Anexo 3, Gráfico 4</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes	2014	x	H: 19,2; M: 6,8	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 11,2; M: 5	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 84; M: 22,1	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 11,7; M: 5,6	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <75 anos por 100.000 habitantes	2009-2011	23,5	H: 36; M: 11	x	DSIA/ INE	ULS Litoral Alentejano (2014)
			12	H: 19,5; M: 4,9	x	DSIA/ INE	ACES Alentejo Central (2014)
			15,4	H: 24,7; M: 6,5	x	DSIA/ INE	ARS Alentejo (2013)
Taxa de mortalidade padronizada ≥70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 118,9; M: 23,5	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Algarve	Número de óbitos por lesões provocadas intencionalmente	2014	76	H:60; M:16	<a href="#">Anexo 3, Tabela 5</a>	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade por 100.000 habitantes	2014	x	<a href="#">Anexo 3, Gráfico 5</a>		DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada por 100.000 habitantes	2014	x	H: 20,7; M: x	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 15,6; M: x	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2009	8,2	H: 12,5; M: 3,7	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve	ARS Algarve (2011)
	Taxa de mortalidade padronizada ≥65 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 61,5; M: x	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Taxa de mortalidade padronizada <70 anos por 100.000 habitantes	2014	x	H: 15,7; M: x	x	DSIA/ INE	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
			7,3	H: 12,3; M: 2,5	x	INE	ACES Barlavento (2014)





Mortalidade							
Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
Doença mental não desagregada							
Centro	Mortalidade proporcional (%) por doenças do sistema nervoso	2010-2012	2,9	x	x	INE	ARS Centro (2015)
	Mortalidade proporcional (%) prematura (<65 anos) por doenças do sistema nervoso	2010-2012	2,6	x	x	INE	ARS Centro (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) por doenças do sistema nervoso	2010-2012	15,3	x	x	INE	ARS Centro (2015)
	Taxa de mortalidade padronizada pela idade (/100 000 habitantes) em idades <65 anos por doenças do sistema nervoso	2010-2012	4,6	x	x	INE	ARS Centro (2015)
Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)							

Centro	Perturbações depressivas	2014	x	x	ACES Baixo Mondego (2014), ACES Baixo Vouga (2014), ACES Beira Interior Sul (2014), ACES Cova da Beira (2014), ACES Dão Lafões (2014), ACES Pinhal Interior Norte (2014), ACES Pinhal Interior Sul (2014), ACES Pinhal Litoral (2014), ULS Guarda (2014)
	Saúde Mental	x	x	x	ARS Centro (2015)
LVT	Perturbações depressivas	2012	1. Episódios de depressão no passado e história familiar de depressão; 2. Idade; 3. Sexo feminino, especialmente na adolescência, no primeiro ano após o parto, menopausa e pós-menopausa; 4. Perda significativa, mais habitualmente a perda de alguém próximo (morte, separação, abandono); 5. Doenças crónicas (cardíacas, hipertensão, asma, diabetes, história de trombozes, artroses e outras doenças reumáticas, SIDA, fibromialgia, cancro e outras); 6. Coabitar com um familiar portador de doença grave e crónica (por exemplo, pessoas que cuidam de doentes com Alzheimer); 7. Tendência para ter ansiedade e pânico; 8. Profissões geradoras de stress ou circunstâncias de vida que causem stress; 9. Dependência de consumos nocivos (drogas e álcool)		ACES Sintra (2015)
	Saúde Mental	2015	x	x	ACES Amadora (2014)
	Saúde Mental	2014	Contexto socio-económico atual, RH, estratégias de intervenção, isolamento dos idosos	x	ACES Oeste Norte (2014)
Alentejo	Saúde Mental	x	x	x	ARS Alentejo (2013)
Algarve	Perturbações depressivas e ansiedade	2011	Perturbações de sono		ARS Algarve (2011)
Açores	Perturbações psiquiátricas	2014	Stresse, abuso de substâncias ilícitas, dependência e abuso do álcool	x	SRSRAA (2014)
Madeira	Saúde mental	2011	Consumo excessivo de álcool	x	SRASRAM (2011)

## Anexo - 4

Região	Descrição do indicador	Morbilidade		Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
		Ano	Total				
<b>Ansiedade</b>							
Norte	Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	5,65	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Centro	Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	6,32	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
LVT	Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	x	cerca de 3,2	x	x	General Health Questionnaire – versão GHQ-28 ACES Oeste Norte	ACES Oeste Norte (2014)
		2014	3,81	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Alentejo	Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	6,7	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Algarve	Proporção de utentes com registo de perturbações de ansiedade entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	3,45	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Açores	Prevalência da ansiedade crónica (%)	2005-2006	4,4	H:2; M:6,8	x	INS 2005-2006	SRSRAA (2014)
Madeira	x	x	x	x	x	x	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)

Região	Descrição do indicador	Morbilidade		Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
		Ano	Total				
<b>Demência</b>							
	Frequência na população (%)	2014	0,41	x	x	SIARS	ACES Barcelos/ Espoude (2015)

	2014	0,75	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2010	0,25	x	x	SIARS	ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte (2011)
	2014	0,5	H: 0,4; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Aveiro Norte (2014)
	2014	0,9	H: 0,6; M: 1,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Porto Ocidental e Porto Oriental (2014)
	2014	0,6	H: 0,4; M: 0,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gerês/Cabreira (2014)
	2014	1,1	H: 0,7; M: 1,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Alto Tâmega e Barroso (2014)
	2014	0,8	H: 0,5; M: 1,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Marão e Douro Norte (2014)
	2014	1,2	H: 0,9; M: 1,6	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Douro Sul (2014)
	2014	0,5	H: 0,3; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Alto Ave (2014)
	2014	0,4	H: 0,3; M: 0,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Famalicão (2014)
	2014	0,5	H: 0,3; M: 0,6	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Braga (2014)
Norte	2014	0,4	H: 0,3; M: 0,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Barcelos/Esposende (2014)
Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	0,6	H: 0,4; M: 0,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Baixo Tâmega (2014)
	2014	0,6	H: 0,4; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Vale Sousa Sul (2014)
	2014	0,4	H: 0,3; M: 0,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Vale Sousa Norte (2014)
	2014	0,7	H: 0,5; M: 0,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Sto Tirso/Trofa (2014)

		2014	0,8	H: 0,5; M: 1	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gondomar (2014)
		2014	0,6	H: 0,4; M: 0,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Maia/Valongo (2014)
		2014	0,6	H: 0,4; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2014)
		2014	0,7	H: 0,5; M: 0,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gaia e Espinho/Gaia (2014)
		2014	0,5	H: 0,4; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Feira/Arouca (2014)
		2014	0,6	H: 0,4; M: 0,8	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Matosinhos (2014)
		2014	0,9	H: 0,6; M: 1,3	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Nordeste (2014)
		2014	0,7	H: 0,4; M:1	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Alto Minho (2014)
		2014	0,78	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
		2014	0,7	H: 0,4; M: 0,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Baixo Mondego (2014)
		2014	0,6	H: 0,4; M: 0,7	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Baixo Vouga (2014)
		2014	0,9	H: 0,6; M: 1,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Beira Interior Sul (2014)
		2014	0,7	H: 0,4; M: 0,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Cova da Beira (2014)
		2014	0,7	H: 0,5; M: 0,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Dão Lafões (2014)
		2014	0,8	H: 0,5; M: 1	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Pinhal Interior Norte (2014)
		2014	1,3	H: 0,8; M: 1,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Pinhal Interior Sul (2014)
Centro	Proporção de utentes com registo de demência entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)						



Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos (com diagnóstico ativo por código ICPC-2) dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)

2014	x	H: 2,6; M: 10,4	x	SPMS/SIARS	ARS Norte (2014)
2010	7,57	x	x	SIARS	ACES Entre Douro e Vouga II, Aveiro Norte (2011)
2014	11,3	H: 5; M: 17,1	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Aveiro Norte (2014)
2014	9,6	H: 4,5; M: 13,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Porto Ocidental e Porto Oriental (2014)
2014	6,5	H: 2,4; M: 10,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gerês/Cabreira (2014)
2014	7,1	H: 2,8; M: 11	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Alto Tâmega e Barroso (2014)
2014	8,2	H: 3,1; M: 12,9	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Marão e Douro Norte (2014)
2014	12,7	H: 5,5; M: 19,3	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Douro Sul (2014)
2014	9,6	H: 3,7; M: 15,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Alto Ave (2014)
2014	8,7	H: 3,6; M: 13,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Famalicão (2014)
2014	9,1	H: 4; M: 13,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Braga (2014)
2014	7,7	H: 3,1; M: 12	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Barcelos/Esposende (2014)
2014	7,3	H: 2,8; M: 11,6	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Baixo Tâmega (2014)
2014	9,5	H: 3,8; M: 15,1	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Vale Sousa Sul (2014)
2014	7,8	H: 2,9; M: 12,5	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Vale Sousa Norte (2014)
2014	9,1	H: 3,5; M: 14,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Sto Tirso/Trofa (2014)
2014	11,2	H: 4,7; M: 17,3	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gondomar (2014)
2014	9,3	H: 3,8; M: 14,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Maia/Valongo (2014)

Norte		2014	8,3	H: 3,2; M: 13,1	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Póvoa de Varzim/Vila do Conde (2014)	
		2014	10,7	H: 4,8; M: 16,2	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Gaia e Espinho/Gaia (2014)	
		2014	10,8	H: 4,4; M: 16,8	x	Observatório Regional de Saúde	ACES Feira/Arouca (2014)	
		2014	9,7	H: 4,1; M: 14,7	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Matosinhos (2014)	
		2014	7	H: 2,7; M: 11	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Nordeste (2014)	
		2014	6,5	H: 2,6; M: 10	x	Observatório Regional de Saúde	ULS Alto Minho (2014)	
	Frequência na população (%)	2014	7,73	x	x	SIARS	ACES Barcelos/ Espesinde (2015)	
	DALY de episódios depressivos (unipolar) e respetivo peso no total. Contribuição (%) das componentes YLL e YLD do DALY para cada doença.	2004		N.º DALY: 27145; % total DALY: 5,7; %YLL:0,1; %YDL:99,9	% total DALY: H:3,6; M: 8,2	x	x	ARS Norte (2014)
	Proporção de inscritos do sexo feminino com diagnóstico de perturbações depressiva/100 inscritos	2012	x		M: 10,4	x	SIARS	ARS Norte (2014)
	Proporção de inscritos adultos (=>18 anos) com diagnóstico de depressão, com terapêutica antidepressiva	2012	28,9		x	x	SIARS	ARS Norte (2014)
Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	55		x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	54		x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	53		x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	cálculo para 2014 (dados só em 2013)	1		x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	



N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	1,82	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	53	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	51	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	49	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	cálculo para 2014 (dados só em 2013)	2	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	3,77	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	9,73	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2013	9,2	H: 3,9; M: 1,4	x	SPMS/SIARS	ARS Centro (2015)
	2014	11	H: 4,7; M: 16,6	x	SIARS	ACES Baixo Mondego (2014)
	2014	10,9	H: 4,7; M:16,5	x	SIARS	ACES Baixo Vouga (2014)
	2014	10,5	H: 4,1; M:16,1	x	SIARS	ACES Beira Interior Sul (2014)
Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos (com diagnóstico ativo por código ICPC-2) dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	6,5	H: 2,5; M: 10,1	x	SIARS	ACES Cova da Beira (2014)
	2014	10	H: 4,2; M: 15,4	x	SIARS	ACES Dão Lafões (2014)

	2014	12	H: 5,1; M: 18,4	x	SIARS	ACES Pinhal Interior Norte (2014)
	2014	9,1	H: 4; M: 13,7	x	SIARS	ACES Pinhal Interior Sul (2014)
	2014	9,3	H: 3,9; M: 14,2	x	SIARS	ACES Pinhal Litoral (2014)
	2014	9,1	H: 3,7; M: 13,9	x	SIARS	ULS Guarda (2014)
	2015	só meta	x	x	x	ARS Centro (2015)
Centro	2014	50	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	49	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	48	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	cálculo para 2014 (sem dados 2013 e 2014)	1	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	sem dados 2013 e 2014	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	44	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	43	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	42	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	cálculo para 2014 (dados para 2013)	1	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	2,27	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º e % de residentes que tem ou já teve depressão	2005/2006	N.º: 311178; %: 8,6	H: N.º:74585 %: 4,3; M: N.:236593 % 12,7	<a href="#">Anexo 4</a> <a href="#">Tabela 1</a>	INE, IP/INSA, IP - Quarto Inquérito Nacional de Saúde (2005/2006); adaptado por DSP/ARSLVT, IP	ARS LVT (2015)
Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	6,63	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º. de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários	2012	15790	x	x	General Health Questionnaire – versão GHQ-28 ACES Oeste Norte	ACES Sintra (2015)
Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	83	x	x	SIARS e SAM	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	76	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	73	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	3	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	7	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

LVT

Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	8,43	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	143	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	122	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	114	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	8	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	21	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	14,69	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Proporção de UF com acesso e utilização plena dos sistemas de informação definidos pela ACSS, com as respetivas codificações de diagnósticos ICPC2 e referenciem através do Consulta a Tempo e Horas (CTH) (%)	2014	73,9	x	x	ACES Sintra	ACES Sintra (2015)
N.º de projetos implementados, dirigidos a grupos de risco, para formação/ação em competências de avaliação de fatores desencadeantes ou precipitantes de depressão	2014 (meta 2017)	desconhecido	x	x	x	ACES Sintra (2015)
N.º de protocolos aprovados de articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde, visando referenciação, formação e consultoria de forma a melhorar a deteção precoce/diagnóstico	2014 (meta 2017)	desconhecido	x	x	x	ACES Sintra (2015)
	2014	9,62	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2013	9,8	H: 3,8; M: 15,4	x	SPMS/SIARS	ULS Baixo Alentejo (2014)
	2013	10,2	H: 3,8; M: 16,1	x	SPMS/SIARS	ULS Norte Alentejano (2014)
Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2013	8,5	H: 3,2; M: 13,3	x	SPMS/SIARS	ACES Alentejo Central (2014)

	2013	7,2	H: 2,7; M: 11,4	x	SPMS/SIARS	ULS Litoral Alentejano (2014)
	2012	7,3	H: 2,6; M: 11,7	x	SPMS/SIARS	ARS Alentejo (2013)
	sem dados 2013 e 2014	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	sem dados 2013 e 2014	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	sem dados 2013 e 2014	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
Alentejo	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014 (dados só 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

	Prevalência da depressão (%)	2006	x	H:3%; M:9%	<a href="#">Anexo 4 Gráfico 1</a>	Observatório Regional de Saúde- DSP, ARS Algarve, a partir de INSA INS 05/06	ARS Algarve (2011)
	Prevalência da depressão, segundo a ocupação (%)	2006	Trabalhadores ativos: 5,5; Reformados: 7,8; Domésticas: 11,4; Desempregados: 5,7; Estudantes e estágios não remunerados: 1,2	x	x	Observatório Regional de Saúde- DSP, ARS Algarve, a partir de INSA INS 05/06	ARS Algarve (2011)
	Prevalência da depressão, segundo a escolaridade (%)	2006	Escolaridade: <5 anos: 6,1; 5-9 anos: 5; 10-12 anos: 4,1; >12 anos: 5,6	x	x	Observatório Regional de Saúde- DSP, ARS Algarve, a partir de INSA INS 05/06	ARS Algarve (2011)
		2014	5,04	x	x	SPMS/SIARS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Proporção de utentes com registo de perturbações depressivas entre os utentes inscritos ativos dos cuidados de saúde primários (CSP) (%)	2014	5,8	H: 2,6; M:8,8	x	SPMS/SIARS	ACES Barlavento (2014)
		2014	4,9	H: 2,1; M:7,5	x	SPMS/SIARS	ACES Centro (2014)
		2014	7,7	H: 3,2; M: 11,9	x	SPMS/SIARS	ACES Sotavento (2014)
Algarve	N.º Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)
	Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)

N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio simples, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
N.º Episódios de internamento associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos internados com perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos com um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014 (só dados 2013)	x	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Indivíduos com mais de um internamento associado a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
N.º Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Episódios subsequentes associados a perturbação depressiva major, episódio recorrente, severo, com menção de comportamento psicótico (%)	2014	0	x	x	GDH - ACSS/DGS	Carvalho, Mateus e Xavier (2016)	
Açores	Prevalência da depressão (%)	2005/2006	5,4	H: 2,6; M: 8,2	x	INS 2005-2006	SRSRAA (2014)
Madeira	x	x	x	x	x	x	x

Legenda: x - valor(es) medidos não encontrado(s)

#### Morbilidade

Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
<b>Suicídio e lesões auto-infligidas</b>							
Norte	Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP/100000 habitantes), por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente	2008-2011	143,5	x	x	INE/DSP	ARS Norte (2014)
Centro	Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes	2010-2012	161,6	x	x	INE	ARS Centro (2015)

LVT	Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por 100 000 habitantes	2009	166,3	x	x	ACS; DSP/ARSLVT, IP	ARS LVT (2015)
	N.º de episódios de internamento	2012	135	H:53; M:82	x	ACSS/GDH	ARS Alentejo (2013)
	Taxa bruta de internamento por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente/ 100.000 hab.	2012	26,9	H:21,8; M:31,7	x	ACSS/GDH	ARS Alentejo (2013)
Alentejo	Taxa padronizada de internamento por suicídio e lesões autoprovocadas intencionalmente/ 100.000 hab.	2012	25,5	H:19,4; M:31,8	x	ACSS/GDH	ARS Alentejo (2013)
	N.º de AVPP por lesões autoprovocadas intencionalmente	2009-2011	3970	H:3203; M:768	x	INE, Observatório Regional de Saúde do Alentejo	ARS Alentejo (2013)
	Taxa padronizada de AVPP por lesões autoprovocadas intencionalmente/100.000 habitantes	2009-2011	862,5	H:1383,7; M:330,9	x	INE, Observatório Regional de Saúde do Alentejo	ARS Alentejo (2013)
Açores	x	x	x	x	x	x	x
Madeira	x	x	x	x	x	x	x

Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)

#### Morbilidade

Região	Descrição do indicador	Ano	Total	Sexo	Grupo etário	Fonte de informação	Referências
	<b>Doença mental não discriminada</b>						
	Prevalência de doença mental.						
	N.º de institucionalizados com doença mental crónica					Suportes de informação do trabalho comunitário desenvolvido em contexto de visita domiciliar, dos processos de avaliação de pedidos de internamento	
	N.º de casos sociais de idosos sem retaguarda familiar e em isolamento social com demência senil						
	Prevalência de perturbações da personalidade.	indicação de monitorização futura sem especificação de metas	x	x	x		ACES Porto Oriental (2011)
	Prevalência de perturbações comportamentais na criança e no jovem						
	Prevalência de perturbações comportamentais em consequência de deficiência						
	N.º de sem-abrigo, de trabalhadores do sexo e de imigrantes em situação de ilegalidade com doença mental						



						compulsivo ou de avaliação psicopatológica	
Norte	Prevalência de doenças mentais e perturbações psiquiátricas ligadas ao abuso e à dependência de álcool e drogas						
	% de embalagens de psicofármacos dispensadas	2010	22	x	x	SIARS Aveiro Norte	ACES Douro e Vouga II, Aveiro Norte (2011)
	N.º de embalagens de psicofármacos dispensados	2010	Ansiolíticos, sedativos e hpnóticos: 117474; Antidepressores: 64263; Antipsicóticos: 17235; Lítio: 100	x	x	SIARS Aveiro Norte	ACES Douro e Vouga II, Aveiro Norte (2011)
Centro	Nº de novas unidades de saúde mental comunitária na ARS Centro	2015	meta	x	x	x	ARS Centro (2015)
	N.º de Unidade Piloto de Cuidados Continuados em Psiquiatria e Saúde Mental	2015	meta	x	x	x	ARS Centro (2015)
	Diminuição do número de internamentos nas áreas em que funcionarem as Unidades de Saúde Mental Comunitária	2015	meta	x	x	x	ARS Centro (2015)
	Nº de ACES com o projeto + Contigo implementado	2015	meta	x	x	x	ARS Centro (2015)
	Existência provável de sofrimento psicológico (%)	2005/2006	27,1	x	x	ACS; DSP/ARSLVT, IP	ARS LVT (2015)
	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos, sedativos e antidepressivos (DDD/1000 hab./dia), no Serviço nacional de Saúde (SNS), em regime ambulatório	2009	151,9	x	x	CCDR/OLVT	ARS LVT (2015)
Lotação internamento (n.º) nos hospitais do centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa e Taxa de variação de 2006 a 2009 (%)	2009	N.º 540; Taxa de variação: -35,3	x	x	Alto Comissariado da Saúde - PNS em Foco. Especial Regiões. Perfil de Saúde na Região de Lisboa e Vale do Tejo, Boletim Informativo n.º 1.	ARS LVT (2015)	
LVT							

					Alto Comissariado da Saúde - PNS em Foco. Especial Regiões. Perfil de Saúde na Região de Lisboa e Vale do Tejo, Boletim Informativo n.º 1.	
		Total: 88; Doentes agudos:73; Doentes crónicos: 99; Reabilitação: 91; Forense: 91	x	x		ARS LVT (2015)
	Taxa de Ocupação (%) nos hospitais do centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa (Doentes agudos, crónicos, reabilitação e forense)	2009				
	Taxa de anos de vida potenciais perdidos (AVPP) por doenças do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos excluindo epilepsia, por 100 000 habitantes	2009	90,2	x	x	ACS; DSP/ARSLVT, IP ARS LVT (2015)
	N.º de episódios de internamento por doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos / 100.000 hab.	2012	861	H: 435; M:426	x	ACSS, HESE, ULSNA, ULSBA, ULSLA ARS Alentejo (2013)
	N.º de episódios de internamento por doença mental/ 100.000 hab.	2012	626	H: 275; M:351	x	ACSS/GDH ARS Alentejo (2013)
Alentejo	Taxa bruta de internamento por doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos / 100.000 hab.	2012	171,6	H: 178,7; M:164,9	x	ACSS, HESE, ULSNA, ULSBA, ULSLA ARS Alentejo (2013)
	Taxa bruta de internamento por doença mental/ 100.000 hab.	2012	124,8	H: 113,0; M:135,8	x	ACSS/GDH ARS Alentejo (2013)
	Taxa padronizada de internamento por doença do sistema nervoso e dos órgãos dos sentidos/100.000 hab.	2012	137,1	H: 147,5; M:128,5	x	ACSS, HESE, ULSNA, ULSBA, ULSLA ARS Alentejo (2013)
	Taxa padronizada de internamento por doença mental/100.000 hab.	2012	116,9	H: 102,5; M:131,7	x	ACSS, ACS e Eurostat 2010 ARS Alentejo (2013)
	Consumo de ansiolíticos, hipnóticos, antidepressivos no SNS em ambulatório (1000 hab/dia)	2009	109,9	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/Infarmed ARS Algarve (2011)
	Prevalência de mandatos de condução para observação psiquiátrica de emergência por 1000 hab (total e por ACES)	2005-2010	Total: 0,053; ACES Sotavento:0,08; ACES Central: 0,06; ACES Barlavento: 0,03	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de DSP ARS Algarve (2011)

	Número de mandados de condução para observação psiquiátrica de urgência por 100.000 hab.	2009	230	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de DSP	ARS Algarve (2011)
	Existência provável de sofrimento psicológico por grupo etário (proporção Homem-Mulher)	2006	x	Anexo 4 Gráfico 2		Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/INSA, INS 2005-2006	ARS Algarve (2011)
	Prevalência de sofrimento psicológico por género (%)	2006	22,4	H: 15,2; M: 29,5	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/INSA, INS 2005-2006	ARS Algarve (2011)
Algarve	Prevalência de sofrimento psicológico segundo a escolaridade (%)	2006	Escolaridade: <5 anos: 32,4; 5-9 anos: 18,7; 10-12 anos: 13,2; >12 anos: 9,4	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/INSA, INS 2005-2006	ARS Algarve (2011)
	Prevalência de sofrimento psicológico segundo a ocupação (%)	2006	Trabalhadores ativos: 16,1; Reformados: 34,5; Domésticas: 36; Desempregados: 33,9; Estudantes e estágios não remunerados: 23,4	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/INSA, INS 2005-2006	ARS Algarve (2011)
	Prevalência de sofrimento psicológico segundo o estado civil (%)	2006	Viúvos: 46,4; Divorciados e Separados: 30,4; Casados: 21,4; Solteiros: 15,1	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve a partir de ACS/INSA, INS 2005-2006	ARS Algarve (2011)

Causas de internamento, por grupos de doenças associadas a transtornos mentais por 1000 hab.	2009	0,7	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve, a partir de MS, ACSS, DGS/DSEES, GDH e Eurostat	ARS Algarve (2011)
Causas de internamento por grupos de doenças associadas a doenças do sistema nervoso e órgãos dos sentidos por 1000 hab.	2009	0,8	x	x	Observatório Regional de Saúde-DSP, ARS Algarve, a partir de MS, ACSS, DGS/DSEES, GDH e Eurostat	ARS Algarve (2011)
N.º de consultas de psiquiatria	2011	625	x	x	x	SRSRAA (2014)
N.º de consultas de psiquiatria em regime de deslocação de especialistas à USI	2011	972	x	x	x	SRSRAA (2014)
N.º de consultas de psicologia clínica	2011	11334	x	x	x	SRSRAA (2014)
Proporção de crianças/adolescentes rastreados por doença mental por entrevista de avaliação diagnóstica da MGF através da grelha de avaliação de Turk (2007)	2017	x	x	x	x	SRSRAA (2014)
Proporção de crianças/adolescentes encaminhadas para equipas comunitárias de saúde mental	2017	x	x	x	x	SRSRAA (2014)
Proporção de crianças/adolescentes encaminhadas para consulta de especialidade	2017	x	x	x	x	SRSRAA (2014)
Proporção de crianças/adolescentes a quem foi realizada visita domiciliária por doença mental prolongada, ou por se encontrar em situação de risco	2017	x	x	x	x	SRSRAA (2014)
% de atividades em saúde mental desenvolvidas no ano letivo 2011/2012, no âmbito do Programa Regional de Saúde Escolar e de Saúde Infanto-Juvenil (PRSEIJ)	2012	x	x	x	Equipa interdisciplinar de educação para a saúde das escolhas e Equipa de Saúde Escolar (ESE) do CS/USI da sua área de residência	SRSRAA (2014)

	% de alunos abrangidos por projetos de promoção da saúde mental	2017	x	x	x	Equipa interdisciplinar de educação para a saúde das escolhas e Equipa de Saúde Escolar (ESE) do CS/USI da sua área de residência	SRSRAA (2014)
	N.º de jovens com comportamentos de risco (substâncias ilícitas e álcool) e sinalizados para as diferentes equipas de cuidados em saúde mental	2017	x	x	x	x	SRSRAA (2014)
	Proporção de Jovens e Adultos com comportamentos de risco (substâncias ilícitas e álcool)	2017	x	x	√	x	SRSRAA (2014)
	N.º de episódios de urgência Psiquiátrica	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
Açores	N.º de episódios de urgência Psiquiátrica infanto-juvenil	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	Taxa de ocupação geral dos Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental (SPSM)	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de primeiras consultas médicas no Hospital de Dia de psiquiatria/ total de consultas médicas no Hospital de Dia de psiquiatria	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de primeiras consultas médicas na Consulta externa de psiquiatria/ total de consultas médicas na Consulta externa de psiquiatria	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes referenciados para consulta externa atendidos em tempo adequado/Total de utentes referenciados	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	Percentagem de utentes saídos com duração de internamento acima do limiar máximo	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	Percentagem de reinternamentos em 30 dias	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de unidades/serviços criados até 2016 no âmbito da Saúde Mental	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente dos SPSM	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente das consultas de medicina familiar	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes com menos de 18 anos sinalizados para a equipa comunitária de saúde mental proveniente das consultas de medicina familiar	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes seguidos pela equipa comunitária de saúde mental	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)
	N.º de utentes com menos de 18 anos seguidos pela equipa comunitária de saúde mental	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)

Nº de consultas de enfermagem no domicílio realizadas no âmbito da saúde mental	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Nº de referências existentes entre cuidados de saúde primários e secundários	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 18 anos e diagnóstico de depressão, a quem foi prescrita terapêutica antidepressiva	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 65 anos, a quem não foram prescritos ansiolíticos, nem sedativos, nem hipnóticos, no período em análise	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos, com quantificação dos hábitos alcoólicos, nos últimos 3 anos	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Proporção de inscritos com idade igual ou superior a 14 anos e com hábitos alcoólicos, a quem foi realizada consulta relacionada com alcoolismo, nos últimos 3 anos	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Nº de Dias Mundiais na área da saúde mental comemorados	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Nº de sessões de educação para a saúde realizadas sobre a temática da saúde mental	2017	x	x	x	ROSIAçores	SRSRAA (2014)	
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos;	2009	53	<a href="#">Anexo 4, Gráfico 3</a>		Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)	
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoactiva;	2009	55	<a href="#">Anexo 4, Gráfico 3</a>		Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)	
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes;	2009	210	<a href="#">Anexo 4, Gráfico 3</a>		Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)	
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos do humor (afectivos);	2009	48	<a href="#">Anexo 4, Gráfico 3</a>		Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)	
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos neuróticos, transtornos relacionados com o "stress" e transtornos somatoformes;	2009	7		x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)

	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Síndromes comportamentais associadas a disfunções fisiológicas e a factores físicos;	2009	0	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos da personalidade e do comportamento do adulto;	2009	7	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Retardo Mental;	2009	316	<a href="#">Anexo 4, Gráfico 3</a>		Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos do desenvolvimento psicológico;	2009	24	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
Madeira	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos do comportamento e transtornos emocionais que aparecem habitualmente durante a infância ou a adolescência;	2009	27	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtorno mental não especificado;	2009	6	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Doenças extrapiramidais e transtornos dos movimentos;	2009	1	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Transtornos episódios e paroxísticos;	2009	10	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Polineuropatias e outros transtornos do sistema nervoso periférico;	2009	1	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
	Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Paralisia cerebral e outras síndromes paralíticas;	2009	17	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)

Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: Outros transtornos do sistema nervoso;	2009	4	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
Frequência de patologias em internamento psiquiátrico: N.º de pacientes em observação com transtornos mentais e comportamentais em internamento.	2009	11	x	x	Casas de Saúde e Centro de Reabilitação	SRASRAM (2011)
Distribuição percentual (%) de população residente com 15 ou mais anos, por existência provável de sofrimento psicológico	2005-2006	17,3	H: 11,7; M: 22,2	x	4º INS 2005-2006	SRASRAM (2011)
Formação na área da saúde mental	2009	304	x	x	SESARAM, EPE	SRASRAM (2011)
Protocolos de intervenção na comunidade	2010	49	x	x	SESARAM, EPE	SRASRAM (2011)
Manual de Boas Práticas em Saúde Mental	2008	1	x	x	SESARAM, EPE	SRASRAM (2011)
Instrumentos criados de intervenção na comunidade	2009	49	x	x	SESARAM, EPE	SRASRAM (2011)
N.º de consultas de pedopsiquiatria, psiquiatria e de psicologia	2009	6791	x	x	SESARAM, E.P.E., Consulta Externa	SRASRAM (2011)

Legenda: x - valor(es) não encontrado(s)



**ANEXO 5: DADOS DE MORBILIDADE DE DOENÇA MENTAL COMUM, POR REGIÃO, GÉNERO E POR GRUPO ETÁRIO**

Tabela 1:

**População residente (N.º e %) que tem ou já teve depressão, por sexo e grupo etário, na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 2005/2006**

Grupo etário	População residente (a)			População residente que tem ou já teve depressão (N.º e %)					
	Total	Masculino	Feminino	Total		Masculino		Feminino	
	N.º	N.º	N.º	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Total	3604264	1737491	1866774	311178	8,6	74585	4,3	236593	12,7
Menos de 15 anos	550618	282415	268203	x	x	x	x	x	x
15 a 24 anos	408019	207256	200763	6247	1,5	1432	0,7	4815	2,4
25 a 34 anos	579517	292907	286610	47113	8,1	12680	4,3	34432	12,0
35 a 44 anos	522223	258333	263891	52659	10,1	7401	2,9	45258	17,2
45 a 54 anos	482421	231028	251394	60397	12,5	16154	7,0	44244	17,6
55 a 64 anos	443016	208508	234508	64109	14,5	16112	7,7	47997	20,5
65 a 74 anos	356966	160215	196751	50429	14,1	14761	9,2	35668	18,1
75 anos ou mais	261486	96831	164655	30224	11,6	6046	6,2	24178	14,7

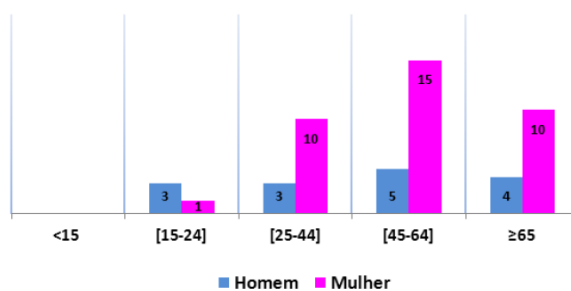
NOTAS:

(a) "Estimativa de população média para 2005" (INE, IP/INSA, IP)

Fonte: ARS LVT (2015)

Gráfico 1:

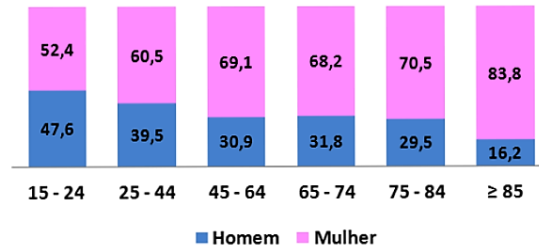
**Prevalência da depressão, por género e grupo etário (%) - Algarve – INS 2005/06**



Fonte: ARS Algarve (2011)

Gráfico 2:

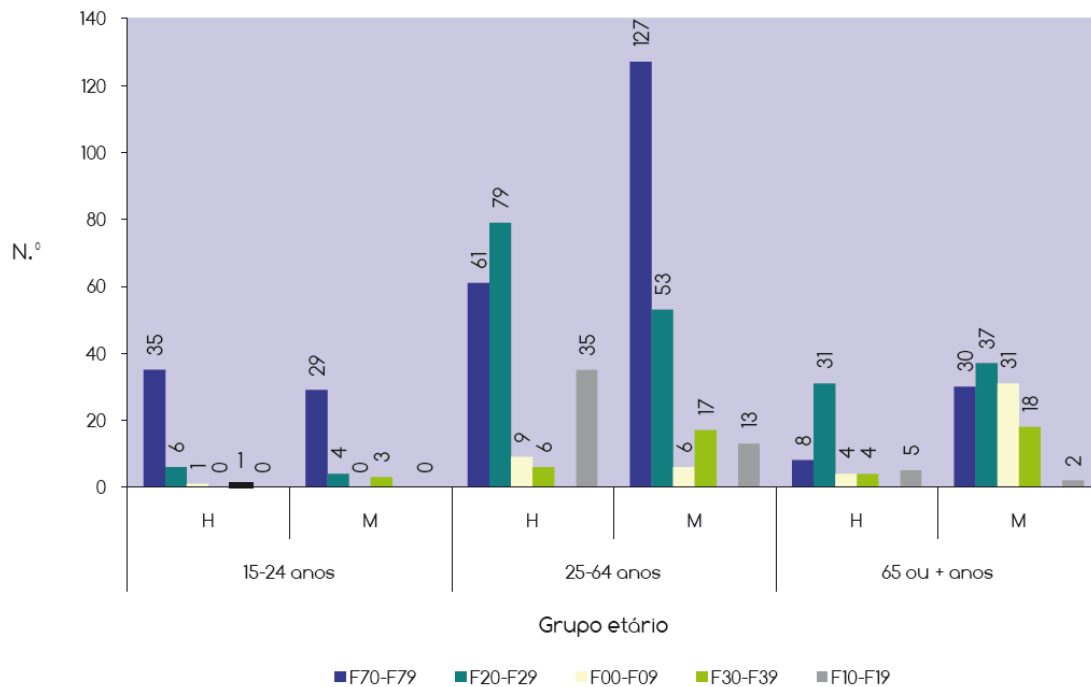
Existência provável de sofrimento psicológico por grupo etário (proporção Homem-Mulher) – Algarve – INS 2005/06



Fonte: ARS Algarve (2011)

Gráfico 3:

DOENÇA MENTAL MAIS FREQUENTE POR GÉNERO E GRUPO ETÁRIO, EM REGIME DE INTERNAMENTO, RAM, 2009



Fonte: IASAÚDE, IP-RAM, Movimento Assistencial de: Casa de Saúde Câmara Pestana; Centro de Reabilitação Psicopedagógica da Sagrada Família; Casa de São João de Deus, 2009

Legenda:

F70-F79: Retardo Mental

F20-F29: Esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e transtornos delirantes

F00-F09: Transtornos mentais orgânicos, inclusive os sintomáticos

F30-F39: Transtornos do humor (afectivos)

F10-F19: Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoactiva

Fonte: SRASRAM (2011)